

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2017 à Poitiers
par **Mademoiselle Elise WATRIN**

De la contrainte à l'adhésion aux soins :
Etude prospective de 122 patients hospitalisés sans consentement

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mélanie VOYER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Étienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maitre de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions de la richesse et la clarté de votre enseignement, votre goût pour la pédagogie et la transmission. Nous avons eu la chance et le plaisir de bénéficier de votre accompagnement bienveillant tout au long de notre internat, au sein du D.E.S. de Psychiatrie et du D.I.U. de Psychiatrie Criminelle et Médicolégale, discipline à laquelle vous nous avez sensibilisée dès la première année en contribuant ainsi au développement de notre intérêt et de notre curiosité pour ce champ de la psychiatrie, à l'interface de la Santé et de la Justice. Nous vous en sommes très reconnaissante et tenons à vous présenter notre profond respect.

Monsieur le Professeur Roger GIL,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury. Nous vous remercions de votre enseignement et votre éclairage éthique, lors de vos interventions au sein du D.E.S. de Psychiatrie. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette thèse et tenons à vous présenter notre gratitude et notre profond respect.

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury. Nous vous remercions de votre incitation et vos encouragements à nous lancer dans un projet de recherche en psychiatrie. Merci de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Nous tenons à vous présenter notre profond respect.

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury. Nous avons eu le plaisir et la chance de bénéficier de votre riche enseignement au sein du D.I.U. de Psychiatrie Criminelle et Médicolégale et de découvrir votre pédagogie et votre sagesse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette thèse et tenons à vous présenter notre estime et notre profond respect.

Madame le Docteur Mélanie VOYER,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Nous avons eu la chance et le plaisir de travailler à vos côtés pendant notre semestre à l'U.C.M.P. et de bénéficier de votre enseignement et de vos conseils avisés. Nous vous remercions de votre disponibilité, votre bienveillance, votre rigueur et votre humilité qui sont pour nous un exemple. Merci d'avoir accompagné et cru en ce travail.

Madame le Docteur Caroline ALLIX-BEGUEC,

Nous te remercions de ton accompagnement bienveillant depuis la naissance de ce projet, de ton esprit pragmatique et synthétique, de tes conseils avisés en matière de recherche et de statistiques, qui ont été pour nous salutaires. Merci de ta disponibilité, de ta délicatesse et de ton soutien.

A la direction de l'hôpital Marius Lacroix et à ses chefs de service, les Drs Pascale PUZOS, Patrick BENDIMERAD et Pierre PARRY qui ont accueilli cette étude avec enthousiasme. Aux équipes soignantes et tous ceux qui ont contribué à sa réalisation. Un remerciement particulier au Docteur Florence BERTHELEMY pour son aide dans la réalisation de notre appariement, qui n'a pas été des plus faciles !

A ma lumineuse petite sœur, Anne-Sophie, pour son amour indéfectible, sa complicité et son intelligence. Ton sens de l'analyse, ton attrait pour les mots, leur sens et leur symbole t'ont conduite vers la sémiotique quand j'ai choisi la sémiologie : nous marchons côte à côte !

A mes parents, pour leur amour, leur constance, la transmission de leur goût pour la vie, leur curiosité et leur liberté intellectuelles. A la croisée de vos chemins – judiciaire et médicosocial – j'ai trouvé ma voie.

A Jérôme, pour son amour, sa joie de vivre au quotidien, sa spontanéité et sa clairvoyance. Merci de tes précieux conseils et réflexions, de ton regard bienveillant et protecteur, de ton pragmatisme et de ta candeur aussi... Et merci à ton accent chantant qui me rappelle chaque jour notre Sud-Ouest !

A mes amis. A Marion, les Hélène, Guillaume, Vincent, Florent, Camille & Benjamin, Sophie.

Aux co-internes rencontrés depuis 4 ans jusqu'à ce délicieux ultime semestre. A Camille, Coralie, Damien, Tatiana, Pierre-Marie, Lisa, Camille, Raphaël, Xavier et Antoine.

Aux équipes médicales qui m'ont accueillie et formée. Un merci tout particulier au Dr Anne-Sophie BARON, ma première chef et désormais amie, aux Drs Claudine LUBOCHINSKY et Mélanie VOYER pour la période pictavienne, aux psychiatres rochelais pour leur compagnonnage, au Dr Jean-Michel DURAND pour sa sagesse, au Dr Katia BONNIN pour son humanité.

Au Dr Pierre PARRY et à son équipe pour leur accueil et leur confiance.

Aux équipes paramédicales, qui m'ont formée et vue grandir.

A mes secrétaires. A Delphine & Patricia, Anabel, Isabelle, Anna et Anne-Do.

Aux patients des hôpitaux psychiatriques et à ceux qui m'ont fait confiance le temps de cette étude.

Et à cette pizzeria rochelaise, où l'idée de ce travail est née.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	11
I- Evolution juridique de la question des soins sans consentement : de l’Ancien Régime à nos jours	11
A- Avant 1838, la période « anté-psychiatrique »	12
B- Loi de 1838, dite « Esquirol »	15
C- De 1838 à 1990 : vers un projet de loi libertaire.....	17
D- Loi du 27 juin 1990	19
E- De 1990 à 2011 : entre revendications libertaires et climat sécuritaire	20
F- Loi du 5 juillet 2011	23
1- Contexte	23
2- Aspects de la loi	26
G- Loi du 27 septembre 2013.....	35
H- Depuis 2013.....	38
I- Etat des lieux statistique des soins psychiatriques	39
1- Avant 2011 : hospitalisations sans consentement	39
2- Après 2011 : soins sans consentement	41
3- Soins psychiatriques généraux	45
II- Réflexions éthiques autour des « soins sans consentement ».....	47
A- Fondements historiques et juridiques du consentement	47
1- Evolution de la relation de soins : entre paternalisme et autonomie.....	47
2- Principaux textes juridiques	51
B- Consentement et autres concepts éthiques	57
1- Consentement, autonomie, bienfaisance et non-malfaisance	58
a- Définitions du consentement	58
b- Au-delà de Beauchamp et Childress.....	59
c- Entre compétence et dynamique relationnelle : le consentement	63
2- De la question du refus de soins	65
C- Vers une clinique du consentement ?	68
1- Réflexion sémiologique	68
2- Entre tentatives d’approche, de mesure et de corrélation.....	71

D-	Penser le soin en psychiatrie	74
1-	Sollicitude, care, accompagnement	74
2-	« Soins sans consentement » : un oxymore ?	77
3-	Autour d'une question de sémantique	81
4-	De la question des programmes de soins ambulatoires	82
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL & MEHODE.....		85
I-	Justification scientifique et description générale.....	85
A-	Problématique générale.....	85
B-	Etat actuel de la recherche.....	86
II-	Objectifs de la recherche.....	89
A-	Objectif principal et critère d'évaluation principal	89
B-	Objectifs secondaires et critères d'évaluation secondaires.....	90
C-	Hypothèses initiales	91
III-	Conception de la recherche	93
A-	Temporalité et localisation de l'étude	93
B-	Sélection et recrutement des patients.....	94
1-	Critères d'inclusion.....	94
2-	Critères de non-inclusion	95
3-	Période d'inclusion et modalités de recrutement.....	96
C-	Déroulement de l'étude	97
1-	Design de l'étude.....	97
2-	Suivi et recueil des données	98
D-	Présentation des outils d'évaluation et de recueil des données	100
1-	Recueil des données cliniques.....	100
2-	Recueil des données sociodémographiques	101
3-	Questionnaires	102
a-	Choix de l'outil.....	102
b-	Conception de l'outil	102
4-	Cahier d'observation	104
IV-	Traitement des données	104
A-	Analyse statistique	104
B-	Analyse qualitative	105

V-	Accès aux données, confidentialité et considérations éthiques	106
A-	Accès aux données	106
B-	Confidentialité des données.....	106
C-	Considérations éthiques.....	107
TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....		108
I-	Caractéristiques de la population incluse	108
A-	Déroulement de l'inclusion	108
B-	Caractéristiques sociodémographiques	110
1-	Genre et âge	110
2-	Statut marital et familial.....	111
3-	Statut professionnel	112
4-	Lieu d'habitation.....	112
5-	Protection juridique	113
C-	Caractéristiques cliniques.....	114
1-	Mode légal de soins sans consentement	114
2-	Antécédents de soins psychiatriques	115
a-	Hospitaliers.....	115
b-	Ambulatoires	116
3-	Temps de l'initiation des soins sans consentement.....	116
4-	Motifs d'hospitalisation sans consentement	118
5-	Diagnostic (CIM-10).....	120
6-	Conditions d'hospitalisation sans consentement	121
7-	Durées des soins, de la contrainte légale et modes de levée	122
II-	Adhésion aux soins des sujets inclus.....	125
A-	Données descriptives	125
B-	Données analytiques	127
C-	Données de l'appariement.....	128
III-	Réponses aux questionnaires.....	131
A-	Questionnaire 1 (J6-J7).....	131
1-	Information perçue par les sujets	131
2-	Satisfaction	134
3-	Connaissance et conscience de la maladie	137
4-	Vécu émotionnel	145

5- Autonomie.....	147
B- Evolutivité des réponses : questionnaires 2 et 3 (J14 et M3)	148
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	155
I- Démarche de l'étude	155
II- Population de l'étude	157
III- Adhésion aux soins ambulatoires librement consentis des sujets inclus.....	162
IV- Conditions de réalisation de l'étude	169
V- Limites et biais de l'étude.....	172
VI- Perspectives de recherches ultérieures	177
CONCLUSION	179
BIBLIOGRAPHIE.....	182
LISTE DES TABLEAUX	191
LISTE DES GRAPHIQUES.....	192
ANNEXES.....	194
SERMENT	210

INTRODUCTION

La naissance de la psychiatrie s'enracine dans l'histoire de la société française et de ses importants événements politiques, juridiques et sociaux. La Révolution française et l'arrivée des aliénistes ont largement contribué à fonder le socle de la psychiatrie moderne, notamment grâce à Pinel et Esquirol. En 1838, la première loi d'internement encadre de manière légale l'enfermement des « aliénés » et instaure la possibilité de les prendre en charge dans des lieux spécifiques, dénommés « asiles ». La création d'un statut juridique pour ces malades autrefois qualifiés de « furieux » ou d'« insensés » signe le commencement de l'ère de la reconnaissance de la maladie mentale et du handicap psychique et inaugure le travail de collaboration entre deux mondes – Santé et Justice – qui ne cesseront d'entretenir des rapports étroits ; la proximité temporelle de rédaction du Code Pénal (1810 et 1994) et des lois portant sur les hospitalisations sans consentement (1838 et 1990) en est un indubitable témoin. La maladie mentale est alors reconnue comme étant du ressort de la médecine et on entrevoit désormais la possibilité d'un traitement – le traitement moral – pour ces sujets en souffrance qui vont progressivement être considérés comme des sujets de droit. *« Pour être fou, on avait besoin de certificats ! Aujourd'hui, on n'a qu'à pousser une porte »* (Londres 1925).

Ce n'est qu'en 1990 qu'est publié un nouveau texte législatif encadrant l'internement : il n'est plus question de parler de « placement » mais d'« hospitalisation » et la tendance est au respect des droits du patient. Suite à l'intervention d'associations d'usagers par le biais de Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC), le Conseil Constitutionnel reconnaît que la loi de 1990 est doublement inconstitutionnelle et qu'il faut la réformer en urgence : les hospitalisations sans consentement constituent une privation de liberté individuelle – notamment de la liberté d'aller et venir – qui doit être contrôlée et encadrée par l'autorité judiciaire, selon l'article 66 de la Constitution. Ainsi l'Etat Providence (prônant les valeurs de solidarité, de prévention, d'assistance) a peu à peu laissé place à un modèle néolibéral, en miroir de l'évolution de la société française, société à tonalité paternaliste et au récent visage sécuritaire.

La France connaît son plus grand bouleversement juridique en matière d'hospitalisations sous contrainte avec la loi du 5 juillet 2011, qui instaure les « soins psychiatriques sans consentement » dans un climat politique, juridique et social particulier : apparaissent alors les répercussions sanitaires du développement d'une politique gouvernementale sécuritaire dans un contexte pourtant de revendication sociétale de respect des droits et des libertés des patients, reconnus et prônés depuis la loi du 4 mars 2002.

Alors qu'elle est appliquée depuis six ans – après une modification de certains de ses aspects en septembre 2013 – cette nouvelle loi soulève bien des interrogations, notamment d'ordre éthique, tant sur ses objectifs que sur le sens de certaines de ses modalités.

Libertés, autonomie, vulnérabilité, soins, consentement, sont autant de sujets que la pratique de la psychiatrie réveille chaque jour, notamment par les hospitalisations sans consentement.

Dans ce contexte, il paraît donc intéressant de comprendre les articulations entre les aspects juridiques des droits des patients que l'on retient dans des soins et les réflexions éthiques qu'impose une telle contrainte. Peut-on soigner sans consentement ? Que signifie « soin » en psychiatrie ? Quelle est l'évolution de la question du soin psychiatrique « sous contrainte », désormais qualifié de « sans consentement » ? Quel est le vécu des patients qui bénéficient de tels soins ? Existe-il un impact sur la qualité des soins dans lesquels ils s'inscrivent par la suite ?

Tels ont été les questionnements qui ont guidé ce travail que nous proposons d'exposer en quatre temps. Tout d'abord, nous retracerons l'évolution juridique et historique de la question des soins sans consentement (SSC), en nous intéressant particulièrement aux contextes politiques et sociétaux qui ont permis de faire naître chacune des lois successives portant sur cette question, ainsi que leurs avancées spécifiques en matière de conditions d'hospitalisation et de protection des droits des patients. Parallèlement, nous proposerons un éclairage éthique concernant la thématique du « consentement » et les nombreuses questions qu'elle soulève, notamment en matière de respect des libertés individuelles et du principe d'autonomie dans des soins « contraints » et nous nous interrogerons sur les modalités d'évaluation du consentement.

Ensuite, nous présenterons l'étude que nous avons réalisée entre le 28 novembre 2016 et le 28 août 2017 au Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle, portant sur l'évaluation du vécu des patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie et de l'impact d'une telle mesure initiale sur leur adhésion à des soins ambulatoires librement consentis. Après avoir décrit la méthodologie de l'étude, nous exposerons dans une troisième partie les différents résultats obtenus et nous discuterons, pour finir, de l'évolution du consentement et de l'adhésion aux soins, au regard des expériences subjectives vécues par les sujets pendant leur hospitalisation sans consentement.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I- Evolution juridique de la question des soins sans consentement : de l'Ancien Régime à nos jours

« La société doit protéger la santé des citoyens, aussi bien que leur liberté. Le premier besoin de l'Homme malade est de guérir ».

Esquirol

La naissance et le développement de la psychiatrie française sont relativement impactés par la question des hospitalisations sans consentement, elle-même traduisant dans une certaine mesure l'évolution de la société française, bercée par d'importants tournants historiques (Révolution française, Révolution industrielle et essor des villes, Guerres mondiales), socioculturels, économiques, scientifiques.

Ainsi, la première mesure d'internement légal en France en 1838 par la « loi Esquirol » autorisait ce qu'on dénommait initialement « placement » (volontaire ou d'office), qui a été requalifié en 1990 d'« hospitalisations sous contrainte » (à la demande d'un tiers ou d'office). Depuis 2011, la sémantique s'est encore modifiée puisque l'on parle désormais de « soins sans consentement » (à la demande d'un tiers ou du représentant de l'Etat).

Globalement, depuis le XX^{ème} siècle, les indications de soins sans consentement (SSC) demeurent identiques pour les personnes dont l'état mental ne leur permet pas de consentir librement aux soins dont elles relèvent pourtant.

L'avancée a surtout été juridique, notamment en termes de reconnaissance des droits du patient et de respect des libertés individuelles.

Afin de respecter et protéger les droits sacrés et la liberté individuelle, toute mesure d'isolement, de soins sans consentement, de privation de liberté doit être contrôlée par une autorité publique, rempart contre les abus. Au cours de l'histoire, ce contrôle a été confié tantôt à l'autorité administrative, tantôt à l'autorité judiciaire. De nos jours, le nombre de personnes et d'autorités en charge du contrôle des mesures de soins sans consentement a considérablement augmenté : Juge des

Libertés et de la Détention (JLD), Procureur de la République, Tribunaux administratifs, Préfets, Maires, Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Commissions départementales des soins psychiatriques (Caire 2010). Dans la loi de 1838, c'est au Préfet que revient le pouvoir de prononcer l'internement des aliénés, alors qu'avant la Révolution, il était partagé avec le Juge, et après la Révolution, ne dépendait que du Juge. La loi de 1990 constitue une transition vers un système de contrôle judiciaire total, mais réalisé a posteriori, avec la loi de 2011 modifiée en 2013 (Rossini et al. 2015a).

Les réformes successives de la loi historique de 1838 ont constitué un travail colossal de réécriture, en plaçant le législateur dans une position d'équilibriste, de funambule sur le fil réglementaire de la loi, devant respecter d'un côté les libertés individuelles et les droits des malades, de l'autre la protection de l'ordre public.

A plusieurs reprises ces dernières années, les « Sages » du Conseil Constitutionnel ont retoqué les lois en raison de leur caractère inconstitutionnel, et ce, par le biais de Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) émanant d'associations d'usagers, de patients et leurs familles, QPC qui représentent un nouveau droit depuis la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 (entrée en vigueur le 1^{er} mars 2010) qui permet « *à tout justiciable de contester devant le Juge en charge de son litige la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son affaire parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution* » (Vie publique 2014).

Dans cette première partie, nous proposons de revenir sur les éléments historiques principaux expliquant l'évolution juridique des lois d'internement qui, de fait et de droit, impactent le statut et les conditions d'hospitalisation des sujets, tantôt appelé « insensés », « aliénés », « malades mentaux », « personnes souffrant de troubles mentaux », « personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » (Hazif-Thomas et al. 2014).

A- Avant 1838, la période « anté-psychiatrique »

Si l'histoire de l'internement commence, sur le plan législatif, à partir de 1838, il faut considérer cependant que de nombreuses personnes ont été enfermées, retenues, séquestrées pendant plusieurs années, au prétexte qu'elles étaient « insensées ». En ces temps, il convenait d'isoler plutôt que de soigner (Beydon 2013).

Avant 1838, il n'existe pas d'autre article de loi faisant référence à la pathologie mentale, alors dénommée « démence », que l'article 64 du Code Pénal de 1810 précise : « *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action.* » C'est la première fois que rentre en considération la maladie mentale, comme comportement délinquant mais qui peut également avoir un impact suspensif sur la responsabilité pénale (Rhenter 2010).

Jusqu'en 1838, il n'existe ni établissement dédié à ces malades, ni personnel soignant ou médical : les « insensés » sont reclus dans des hôpitaux généraux (parfois dans des cabanons à proximité), des maisons religieuses, des dépôts de mendicité, des asiles, ou bien sont gardés à la maison par leurs familles, avec le devoir de veiller à ce que les insensés ne dérangent pas l'ordre public (Hazif-Thomas et al. 2014). Quelques-uns étaient parfois incarcérés bien qu'il était alors convenu que la prison n'était pas la place de ces malades. Les médecins sont rares, les spécialistes quasiment introuvables.

Plusieurs autorités ont le pouvoir d'ordonner une hospitalisation qui s'apparente, en ces temps, plutôt à une « séquestration », une « réclusion » des sujets « insensés » : parmi elles, le Ministre de la Maison du Roi (par ordre du Roi ou lettre de cachet), le Procureur Général au Parlement, le Lieutenant Général de police et en province, les Intendants, les commissaires-enquêteurs-examineurs au Châtelet, le lieutenant civil, ainsi que toute Cour de Justice, Parlement, Prévôté, Présidial. Le lieutenant de police rend son ordonnance de placement : le sujet est alors « séquestré » pour « *être traité et médicamenté jusqu'à parfaite guérison* » (Caire 2010).

Des mesures d'appel existent – mais sont non suspensives – pour toutes les décisions d'enfermement, exceptées celles prises par le Roi qui sont indiscutables.

Le type d'enfermement le plus répandu est alors celui qui suit une décision du Lieutenant Général de police – contrairement à la représentation que l'on a de l'exclusivité des lettres de cachet – qui ressemblerait aux « placements d'office » de la loi de 1838 bien que le rôle médical soit totalement absent de cette décision.

Comme l'écrivaient P. Sérieux et L. Libert, « *la coutume, sous l'Ancien Régime, avait organisé le régime des aliénés avec des règles précises et des garanties réelles* » (Caire 2010), organisation qui disparut entre 1790 et 1838 pour passer d'un système mixte où pouvoirs administratif et judiciaire cohabitent avant la Révolution, à celui de la judiciarisation de l'internement.

C'est fin XVIII^{ème}-début XIX^{ème} siècle, que naît le concept d' « asile d'aliénés ». De nombreuses mesures législatives vont se succéder, parmi lesquelles on retiendra :

- La loi des 16-26 mars 1790 (Assemblée Constituante) abolit les lettres de cachet et instaure, dans son article 9, que la privation de liberté du malade est une décision judiciaire éclairée par le médecin. En réalité, le très faible nombre d'établissements adaptés ne permet pas l'application de cette mesure.
- Le décret des 16-24 août 1790 confie la privation de liberté à l'autorité administrative (municipale) qui a le « *soin d'obvier (=prévenir) aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les fous laissés en liberté* » (art.3).
- Le décret-loi des 19-22 juillet 1791 crée une infraction dans le fait de « *laisser divaguer des insensés ou furieux* », infraction reprise dans le Code Pénal de 1810 (contravention correspondant à une amende).
- C'est en 1800 que l'organisation de l'administration française et notamment les préfetures sont créées. Ainsi, à partir de 1801, « *l'autorité administrative [...] est autorisée [...] à faire arrêter [un insensé] et à le placer provisoirement dans un dépôt de sûreté* », ce qui cependant « *ne peut jamais dispenser de faire prononcer définitivement sur son état par les tribunaux* ». C'est « *à eux seuls qu'il appartient de déclarer par un jugement la démence des individus qui en sont atteints, après les avoir interrogés, et après avoir entendu des témoins et fait vérifier leur état par des officiers de santé* » (Lettre du Ministre de la Justice au Ministre de l'Intérieur, 15 Thermidor an IX).
- Le décret du 8 Germinal an XI, incorporé au Code Civil de 1804, instaure l'interdiction légale pour les personnes en « *état habituel d'imbécilité, de fureur ou de démence* » et réaffirme le pouvoir du juge dans la décision de « placement ». L'interdiction correspond, en quelque sorte, à l'ancêtre des mesures de protection juridique pour les sujets vulnérables et concerne essentiellement une protection patrimoniale (le sujet conserve la possibilité d'engager des actes civils, comme le mariage). Les parents, le conjoint et le ministère public ont la possibilité de provoquer une interdiction.
Un lien est fait entre l'incapacité nécessitant une interdiction et l'internement qu'elle autorise, de droit. On retrouvera ce lien dans la loi de 1838 mais renversé, c'est-à-dire que l'aliéné bénéficiera d'une administration provisoire de ses biens dès lors qu'il sera interné. Très souvent, des malades sont maintenus en prison en attendant leur jugement d'interdiction qui permettra leur placement dans une « maison d'aliénés » (Caire 2010).
- Le code civil de 1804 acte que la détention des insensés est du ressort de la Justice. « *Les furieux doivent être mis en lieu de sûreté. Mais ils ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un jugement que la famille doit provoquer* ».

Peu à peu, de nombreuses questions se posent, soulevées par une carence législative : sur quels critères et donc dans quelles situations peut-on autoriser la séquestration, tout en respectant les libertés individuelles ?

A partir de 1830, le concept d'isolement – en tant que mesure thérapeutique – va peu à peu remplacer celui de l'interdiction – mesure juridique – et constituer, selon Esquirol, la base du « traitement moral ».

La rédaction de nombreux rapports critiquant la situation de ces lieux d'enfermement, notamment par Ferrus et Esquirol, aboutit à des débats parlementaires (1837-1838) qui confirmeront la préoccupation centrale des autorités et du corps médical autour des questions suivantes : le traitement des aliénés, leur sûreté personnelle, l'ordre public, le pouvoir de l'autorité administrative, et la nécessité d'une coexistence d'établissements publics et privés. Une distinction est bien faite entre interdiction et isolement mais il faut attendre 1837 pour qu'un projet de loi reconnaisse que « *l'isolement du malade, dans un but de traitement, ne devrait plus être subordonné à l'interdiction* », mais que cette dernière devait rester « *la condition nécessaire de toute séquestration prolongée au-delà de deux ans* ».

B- Loi de 1838, dite « Esquirol »

C'est en 1838, après l'arrivée des psychiatres aliénistes, que les malades mentaux ont bénéficié pour la première fois d'un statut, élevant ainsi le « *fou à la dignité de malade* » (Vidon 2012). « *Mais l'aliéné représente en même temps une charge pour la société, ou pour mieux dire une obligation morale : incapable de diriger sa vie, incapable de gérer ses biens, et selon l'expression consacrée, d'agir avec discernement, il serait bientôt victime des cupidités qui s'agitent autour de lui, il périrait bientôt de misère et de faim, si la protection tutélaire de nos lois ne venait soustraire ce grand enfant malade aux dangers de toute nature auxquels il est sans cesse exposé.* » (Ball 1881).

La loi de 1838, « Loi sur les aliénés, n°7443 » a été élaborée sous Louis-Philippe, dans un esprit d'assistance, pour établir les garanties nécessaires à la protection des patients. Cette loi est le socle du développement du système asilaire en Europe (Descarpentries 2007).

Pour Pinel, « *le fou est une personne à qui l'on peut s'adresser* ». Selon lui, il existerait chez toute personne atteinte de troubles mentaux (« aliénée ») une partie « saine », masquée par la maladie. Rhenter citant G. Lantéri-Laura rappelle que Pinel « *démarque la notion de folie, culturelle et sociale,*

de celle de l'aliénation mentale, à partir de ses expériences à la Maison de Santé de M. Belhomme, puis à Bicêtre et surtout à la Salpêtrière » (Rhenter 2010). Il introduit alors le « traitement moral », que l'on pourrait comprendre par « traitement du psychisme », qui préfigure notre concept contemporain de « psychothérapie » ; il est affirmé alors que la maladie mentale relève du ressort de la médecine et l'on accepte d'entrevoir la possibilité d'un traitement.

Ferrus et Falret, deux aliénistes, ont introduit la notion d'assistance, de soins, de guérison pour l'aliénation mentale. Ils prônent la nécessité de créer les conditions d'un internement légalisé, afin de mettre fin à l'arbitraire royal des lettres de cachet.

L'article 1 de la loi de 1838 oblige chaque département à disposer d'un établissement public dédié à ces personnes ou de collaborer avec un autre établissement (public ou privé) du département ou d'un autre, voisin. C'est la création de lieux spécialisés de soins sans consentement, dénommés « asiles » (du latin, « asylum » qui signifie « lieu inviolable, refuge ».)

Pour la première fois deux statuts d'internement voient le jour : le placement volontaire (PV), demandé par la famille, et le placement d'office (PO), décidé par l'autorité publique ou le Roi.

Cette loi de 1838 introduit une tentative d'équilibre nécessaire garantissant les conditions d'internement des sujets considérés alors comme « insensés », entre maintien de la sécurité publique et préservation des libertés individuelles, avec une répartition (inégaie) des pouvoirs entre les quatre autorités en jeu : l'autorité administrative (représentant l'ordre public), l'autorité judiciaire (garant des libertés individuelles), l'autorité médicale (responsable de la qualité des soins) et l'autorité familiale (préservant la santé de son proche). La loi renforce le pouvoir de l'autorité administrative qui devient responsable du devenir de l'aliéné dans les lieux qui leur sont dédiés. L'autorité judiciaire n'intervient qu'après la décision de la mesure, pour évaluer son éventuelle levée et n'a donc qu'un rôle relativement secondaire. Le médecin n'intervient pas dans la décision d'internement, ni comme consultant en amont de la mesure de placement d'office, alors qu'il le fait dans les placements volontaires. Les médecins sont rares, les spécialistes d'autant plus, mais l'on peut trouver davantage d'officiers de santé. L'examen médical d'un aliéné avant son internement est donc chose peu aisée et ne peut être réalisée que dans la Capitale.

La loi de 1838 institue donc le caractère médical de l'aliénation avec la possibilité d'un traitement, à commencer par l'isolement dans des structures de soins dédiées, et le caractère administratif de la décision d'une mesure d'internement.

C- De 1838 à 1990 : vers un projet de loi libertaire

Après 1838, les asiles sont rapidement surpeuplés, avec une prédominance des placements d'office par rapport aux placements volontaires. Des critiques fusent, notamment concernant les conditions d'entassement des malades, qui créent une « fabrication d'aliénation chronique » et l'absence de réel traitement psychiatrique. Ces asiles ressemblent dans une certaine mesure aux dépôts de mendicité du début du XIX^{ème} siècle, notamment en termes d'organisation administrative (Rhenter 2010).

Des enquêtes parlementaires sont alors lancées avec des propositions de modifications de la loi mais qui n'aboutiront jamais en raison de la guerre de 1870 dont l'impact économique fut très préjudiciable pour le département consacré aux aliénés (en raison du caractère non obligatoire des dépenses). La survie des aliénés à cette époque n'est due qu'à leur travail à l'intérieur de l'asile (Rhenter 2010).

En 1922 est créé par Etienne Toulouse l'asile Sainte Anne à Paris, premier lieu dédié aux personnes nécessitant des soins en dehors des mesures de placements (PO/PV), traduisant ainsi la pensée en vogue à l'époque de l'utilité de services extrahospitaliers, principalement tournés vers les pathologies névrotiques (essor des thérapies psychodynamiques).

De 1870 à 1939 se succédèrent plus de quinze projets de réforme de la loi de 1838 sans qu'il n'y ait aucune modification. La circulaire Rucart du 10 octobre 1937 officialise l'ouverture des services libres.

A partir de 1945, les débats opposent ceux qui revendiquent des lois spécifiques de judiciarisation du placement volontaire et ceux qui souhaitent des lois créant un droit commun en abrogeant les lois spécifiques alors en vigueur. On retrouve là la difficulté historique de trancher entre lois spécifiques et obligations de droit commun, valable quel que soit le type de vulnérabilité, non spécifiquement psychique.

La majorité des psychiatres entre 1960 et 1980 est plutôt opposée à la judiciarisation des mesures de soins sans consentement et favorable au renforcement du rôle de l'autorité judiciaire lors de contrôles « a posteriori ». Leur postulat est la défense d'une compétence médicale en matière de soins sans consentement. Ils prônent une dé-spécification juridique du statut du malade, se basant sur l'indistinction maladie somatique/maladie psychique (Rhenter 2010). L'évaluation de la nécessité de soins, de l'aptitude de la personne à consentir, de la validité de son jugement doivent revenir au psychiatre. Quant au Préfet, son rôle est d'apprécier la dangerosité. Le juge, enfin, doit s'assurer de la régularité de la procédure. Mais parallèlement, les juristes dénoncent les pouvoirs attribués aux

médecins et au Préfet alors que dans le droit français, seule l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles.

Aussi, de nombreux positionnements critiques naissent entre 1838 et 1990, en lien manifestement avec l'évolution sociétale, juridique et scientifique de la France. Sur quels fondements repose la maladie mentale ? Quelles explications peut-on apporter d'un point de vue médical alors que la médecine progresse dans les autres champs (premières vaccinations en 1885, découverte de la pénicilline en 1928) ? (Vidon 2012)

Le champ de la psychiatrie s'est progressivement étendu au domaine social et les soins de psychiatrie et de psychologie médicale se sont diversifiés depuis le siècle dernier, par de multiples influences.

La découverte des premiers neuroleptiques par Henri Laborit puis la commercialisation de la chlorpromazine (Largactil®) en 1952 ont révolutionné la psychiatrie moderne, en rendant possible le dialogue avec des malades jusqu'ici délirants et souvent enfermés dans des manifestations psychotiques affectant leur rapport à l'autre, au monde, à leurs propres émotions.

Puis le courant « antipsychiatrique » a bouleversé les considérations communes : les institutions psychiatriques (comme la pression familiale et sociale) sont accusées d'engendrer sinon d'entretenir la « folie » en majorant l'enfermement, la ségrégation, l'abrutissement.

Les « asiles » se sont progressivement ouverts, permettant aux malades de réinvestir la vie extérieure, avec notamment l'instauration d'hospitalisations à temps partiel (hôpital de jour, de nuit), la création de la psychiatrie de liaison permettant une articulation entre soins somatiques et soins psychiques, puis l'invention du secteur psychiatrique (Lucien Bonnafé), apportant à toute personne des soins spécialisés de proximité, via notamment les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), etc. Le développement de divers courants de psychologie et psychopathologie a permis d'enrichir la compréhension des phénomènes psychiques et d'associer les psychologues cliniciens aux psychiatres pour un travail de collaboration au service des malades. Parallèlement, se sont développées également des associations de malades favorisant l'information, l'échange et l'entraide des patients souffrant de troubles mentaux ainsi que de leur famille (Korn 2009).

Malgré la pression générée par les régulières suppressions de lits, l'hôpital psychiatrique constitue aujourd'hui un lieu d'accueil et d'écoute, ressource pour toute une frange de la population, écorchée par la vie, ayant perdu tout lien familial et que la paupérisation socioéconomique ne cesse de fragiliser.

D- Loi du 27 juin 1990 (Journal Officiel de la République Française 1990)

La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », dite « Loi Evin », est une loi libertaire, qui a pour but d'étendre la protection des libertés individuelles et de rappeler les droits des patients. En outre, elle tient aussi à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des sujets souffrant de maladie mentale, avec notamment la création des « sorties d'essai » et crée les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) visant à surveiller la situation des personnes hospitalisées, notamment en matière de respect des libertés individuelles et de la dignité humaine (Vidon 2012).

Elle renverse la « norme » en matière d'hospitalisation puisqu'elle institue que l'hospitalisation libre devienne la règle et les hospitalisations sans consentement l'exception, alors que la loi de 1838 avait créé la seule condition pour bénéficier de soins psychiatriques – les « placements » – conduisant à l'internement (Ledesma 2012a).

Cette loi valide les recommandations européennes de 1983 (Comité des Ministres du Conseil de l'Europe), représente une avancée concernant les droits de la personne qui, cependant, conservent des spécificités liées à l'hospitalisation sans consentement. Elle maintient le caractère administratif de la décision d'hospitalisation et reconnaît que celle-ci dépend d'une nécessité thérapeutique. Le poids de l'avis médical est renforcé. Mais il persiste, comme dans les textes européens, une ambiguïté quant au motif principal de ces hospitalisations : nécessité de soins ou critère de dangerosité. Les psychiatres se défendent alors d'être une annexe de l'autorité judiciaire ou administrative.

La loi de 1990 crée l'hospitalisation libre et deux statuts d'hospitalisation sans consentement viennent remplacer les placements dits volontaire et d'office, qui sont respectivement les « hospitalisations à la demande d'un tiers » (HDT) et les « hospitalisations d'office » (HO). La mesure d'HDT nécessite deux certificats au lieu d'un seul dans la loi de 1838, les certificats mensuels sont instaurés. Le Préfet, éclairé par le médecin, reste cependant le seul détenteur du pouvoir d'internement.

E- De 1990 à 2011 : entre revendications libertaires et climat sécuritaire

Lors de la promulgation de la loi de 1990, il est prévu que celle-ci fasse l'objet de contrôles avec mises à jour tous les cinq ans ... ce qui ne sera jamais réalisé, expliquant en partie l'important décalage et le « retard » dans les années 2010, notamment en matière de libertés fondamentales, après vingt années de législation renforçant les droits des patients. Cependant, différents rapports émanant des inspections générales de plusieurs ministères (Affaires Sociales, Justice, Intérieur) et visant à évaluer l'application de la loi du 27 juin 1990 se succèdent : tous concluent qu'il est indispensable de la réformer (Ledesma 2012b).

S'opposent alors deux courants de pensée : ceux qui défendent les hospitalisations sans consentement comme des mesures dépendant uniquement du ressort des soins et du domaine médical (autrement dit, juges et préfets ne sont pas spécialistes) et ceux qui déplorent la dimension privative de liberté de ces hospitalisations et ainsi justifient la compétence judiciaire (cette position est confirmée par de nombreuses associations d'usagers).

En 1996, les CDHP font remonter leurs observations et affirment que leurs rôles devraient être intensifiés, que la complexité et la lourdeur de la procédure d'HDT avec la nécessité de deux certificats initiaux ne garantissent pas un meilleur respect des droits du sujet, que la loi possède des formulations imprécises sujettes à la controverse (par exemple, pour la notion de « péril imminent » dans les HDT ou de « danger imminent » pour les HO), qu'il est nécessaire de mieux définir le statut du « tiers », qu'il existe un mésusage des sorties d'essai, parfois utilisées comme des obligations de soins ambulatoires, que la situation des personnes irresponsabilisées sur le plan pénal (art. 122-1 alinéa 1 du CP) comporte des difficultés.

En 1997, le rapport Strohl apporte quelques propositions, comme une définition claire des motifs d'hospitalisations sans consentement, l'affirmation que les hospitalisations relèvent des compétences sanitaires et qu'elles ne doivent plus être motivées par des objectifs d'ordre public, l'unification des deux procédures d'hospitalisations afin de créer un régime unique dont l'entrée se ferait comme celle de l'HO (autorité administrative, décision préfectorale) après proposition par le médecin hospitalier, et la sortie comme l'HDT (autorité médicale), la création d'une période d'observation de 72h maximum, l'instauration de soins ambulatoires obligatoires, la réaffirmation du respect de tous les droits de l'homme, une extension des indications d'hospitalisations sans consentement des détenus aux indications de droit commun, un renforcement des CDHP (Strohl et Clemente 1997).

En 2001, le rapport Piel-Roelandt déplore toujours l'objectif sécuritaire de l'HO, réaffirme qu'il faut bien distinguer les situations de danger que l'individu représente pour lui – et qui, dans certains cas, justifient une mesure d'hospitalisation sans consentement – ou pour autrui – et impliquent alors l'intervention des autorités judiciaire et policière (s'il n'existe pas de troubles mentaux). Le rapport insiste donc sur la séparation des questions sanitaires et sécuritaires (délinquance) en ajoutant qu'il existe un risque de confusion entre obligations de soins et hospitalisations sans consentement et propose l'abrogation de l'hospitalisation sans consentement avec possibilité de créer une forme d'obligation de soins décidée par le Juge Civil, qui ne serait pas spécifique à la maladie mentale (Rhenter 2010). Il préconise également une période d'observation de 72h avant d'indiquer une hospitalisation sans consentement, rappelant qu'elle n'est pas un équivalent de « garde à vue psychiatrique », ainsi qu'une obligation de soins ambulatoires, dans l'idée, alors en vogue, de réautonomiser les individus et de les maintenir tant que possible dans leur cadre de vie habituel (Piel et Roelandt 2001).

Le plan de Santé Mentale du Gouvernement, en novembre 2001, affirme la nécessité de s'aligner sur les politiques européennes : HO et HDT de la loi de 1990 devaient être réunies.

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », dite « Loi Kouchner », a également impacté la loi d'internement de 1990 avec l'introduction des sorties de « courte durée » (<12h) avec un soignant, la modification des compositions des CDHP (adjonction de deux représentants d'association d'usagers et de familles d'usagers et d'un médecin généraliste), un changement de terme concernant les indications de l'HO : on retient désormais un « trouble qui compromet l'ordre public » et non « compromettrait ».

Puis la loi du 9 septembre 2002 crée les UHSA (Unités d'hospitalisation Spécialement Aménagées) dédiées aux personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques, celle du 25 février 2008 introduit le placement judiciaire, permettant au magistrat de prendre une décision d'HO (le Préfet reste celui qui prononce l'admission et décide des conditions de sortie) (Vidon 2012).

Le rapport Cléry-Melin-Kovess-Pascal en 2003 propose la création d'unités intersectorielles dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) ; une période d'observation de 72h avec, au terme de celle-ci, une orientation des malades ; une obligation de soins ambulatoires ; un aménagement différent des sorties d'essai de longue durée.

Le rapport de l'IGA-IGPN-IGN (Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale) de 2004 propose également cette période d'observation clinique, que toute décision d'hospitalisation (maire, préfet, directeur d'établissement)

ne soit valable que 72h, que s'il n'existe pas de troubles menaçant la sûreté des personnes ou l'ordre public, une obligation de soins soit mise en place, hospitalière ou ambulatoire, et enfin que le maire dispose de la possibilité d'enclencher une procédure d'HO, non uniquement dans les cas de « danger imminent ».

Le rapport de l'IGAS-IGSJ (Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Services Judiciaires) en 2005 recommande des critères stricts pour l'HO, fondés sur la clinique et non sur la dangerosité sociale, ainsi qu'une période d'observation et d'orientation de 72h, à l'initiative du directeur d'établissement, qui se convertirait en hospitalisation complète ou en suivi ambulatoire (Rhenter 2010).

Il est important de noter également l'accumulation, dans les années 2000, de nouveaux textes législatifs répressifs, avec notamment les « Lois Perben » 1 et 2, la loi du 12 décembre 2005 portant sur « la récidive » avec l'instauration de peines plancher, ainsi que celle du 25 février 2008, instaurant la « rétention de sûreté » (art. 706-53-13 à 706-53-22 du Code de Procédure Pénale), c'est-à-dire une mesure d'enfermement renouvelable pour des criminels jugés comme « dangereux », responsables sur le plan pénal et condamnés, qui ont accompli leur peine (Rossini et al. 2014). Le Conseil Constitutionnel a décidé de la non-rétroactivité de cette loi, en vertu des principes de légalité et de stricte nécessité des peines, mais a validé le pouvoir donné à la Chambre de l'Instruction, d'imposer des mesures de sûreté à ceux pour lesquels elle constatait l'irresponsabilité pénale (art. 122-1 du CP), par une décision inscrite au casier judiciaire, ce qui paraît curieux sur le plan juridique, puisqu'une telle décision prise par le juge qui rend ainsi une ordonnance d'« irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » implique l'impossibilité de faire appliquer une quelconque condamnation pénale, si l'on considère que la rétention de sûreté en est une (Leclerc 2010). Cette mesure doit être prévue par la Cour d'Assises au moment du jugement et prononcée en même temps que la condamnation, pour les personnes dont la loi estime qu'elles « *présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité* ». Elle est valable un an, renouvelable sans limite et conduit au placement de la personne en « centre socio-médico-judiciaire de sûreté ». Certains parlementaires avaient suggéré que cette période de rétention soit accomplie sous la forme d'une HO, oubliant qu'une telle mesure d'hospitalisation repose sur la nécessité de soins en raison d'une maladie mentale (Jonas et Senon 2008). On pourra commencer à observer son application à partir de 2023 puisqu'elle est rentrée en application en 2008 et qu'elle concerne des sujets ayant été condamnés à une peine de réclusion criminelle de 15 ans (assassinat, meurtre, torture, barbarie, viol, enlèvement, séquestration, sur mineur ou majeur avec circonstances aggravantes). Cette mesure est jugée « *contraire aux principes fondamentaux du droit pénal français* » par le Contrôleur Général des lieux de privation de Liberté (Hazan 2015).

Dans ce contexte, les lois sécuritaires laissent penser qu'on peut « soigner le crime » avec, toute proportion gardée, un risque de retour à la pensée de la société de l'Ancien Régime qui enfermait les fous plus qu'elle ne les soignait. Ces éléments doivent nous questionner sur l'apparition des doubles peines combinant une condamnation pénale (parfois, une incarcération) et une obligation de soins (parfois, une hospitalisation).

Par ailleurs, il est important de noter également que le contexte sociétal est « *marqué par l'affirmation croissante et continue de la prééminence du principe de précaution comme norme juridique* », principe qui est inscrit dans le droit français depuis 1995 (Loi dite « Barnier ») et dans la Constitution en 2005, suite à divers scandales sanitaires et à l'explosion des préoccupations écologiques (Rossini et al. 2014).

F- Loi du 5 juillet 2011 (Journal Officiel de la République Française 2011)

1- Contexte

Dans le droit français, toute intervention sur le corps humain – et donc toute hospitalisation supposant la mise en place de soins – ne peut être réalisée qu'avec le plein consentement du patient (Senon et al. 2012). En psychiatrie, il existe une dérogation depuis la loi Esquirol de 1838, réformée en 1990 puis en 2011 (modifiée en 2013).

Toute la difficulté de cette loi consistait à rédiger un texte qui devait se positionner entre « protection de la liberté du citoyen et nécessité de donner des soins à un patient qui, du fait de sa maladie, a perdu toute liberté, y compris celle de consentir à des soins » (Senon et al. 2012).

La loi de 1990, qui devait être retravaillée dans les cinq ans suivant sa promulgation, s'est vue finalement réformée par 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 ».

Cette dernière a été rédigée dans un climat brûlant, après une période d'accumulation de faits divers qui nous a fait « *redécouvrir la violence des malades mentaux, violence peut-être un temps oubliée depuis le développement des chimiothérapies modernes et la désinstitutionnalisation douce qu'a connue la France avec le développement du secteur* » (Senon et Manzanera 2005).

Le discours de Nicolas Sarkozy à Antony le 2 décembre 2008 constitue un élément capital de la compréhension de la genèse de la loi du 5 juillet 2011 (Sarkozy 2010). En effet, à l'occasion d'une visite qu'il effectuait auprès de l'hôpital psychiatrique d'Antony, M. Sarkozy, alors Président de la République française, a présenté un discours politique sécuritaire dans un contexte bien particulier, un mois après le fait divers de Grenoble qui avait coûté la vie à un étudiant, victime d'un patient schizophrène qui avait fugué de l'hôpital dans lequel il était alors hospitalisé, ce qui n'était pas sans rappeler à la mémoire collective le double meurtre perpétré à Pau, en 2004, par un autre patient schizophrène.

On retrouve parmi les éléments de langage, l'idée du « fou dangereux » qu'il faudrait à tout prix enfermer afin de protéger la société. « *Mon devoir, c'est de protéger la société et nos compatriotes, de la même façon que les professionnels. [...] L'espérance parfois tenue, d'un retour à la vie normale ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Les malades particulièrement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte.* » « *Les experts donnent leur avis mais la décision, ce doit être l'Etat.* »

C'est à l'occasion d'un discours riche d'enseignements en matière d'orientation politique du gouvernement de l'époque que d'importantes annonces ont été faites, au-devant desquelles celles de la nécessaire réforme des hospitalisations sans consentement, du déploiement d'un « *plan de sécurisation des hôpitaux* » de soixante-dix millions d'euros, destiné également à créer quatre nouvelles UMD (Unités pour Malades Difficiles) supplémentaires (« *Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques* »).

Ces propositions concernent essentiellement les patients qualifiés de « dangereux » pour lesquels il existerait un risque d'hétéro-agressivité et/ou de trouble à l'ordre public, soit une minorité des patients occupant les hôpitaux psychiatriques. Rien en revanche n'a été dit sur les droits des patients ni les moyens donnés aux soins psychiatriques « du quotidien », qui concernent la majorité des patients.

Notons qu'une autre proposition concernait « *la création d'unités fermées et de chambres d'isolement supplémentaires* », mesure qui va à l'encontre de ce qui a été préconisé très récemment par les Présidents des Commissions Médicales d'Établissement (Conférence nationale des Présidents de CME des CHS 2016).

Enfin, N. Sarkozy opposait dans son discours, le médecin qui, selon lui, est « *du côté du malade* » aux « *obligations de résultats vis-à-vis de la société* » qui lui revenaient en tant que Chef de l'Etat (« *C'est le rôle des soignants que d'être en quelque sorte inconditionnels du malade et de sa guérison* »).

C'est ainsi que la loi de 2011 a été qualifiée de « sécuritaire » (alors que celle de 1990 était plutôt libertaire), proposant une judiciarisation des prises en charge sanitaires.

En outre, les délais entre le vote (5 juillet 2011), la parution au Journal Officiel (6 juillet) et l'application (1^{er} août) ont été extrêmement réduits du fait de l'injonction du Conseil Constitutionnel de réviser la loi du 27 juin 1990 au plus vite, dans l'urgence, en raison du caractère inconstitutionnel de certains de ses aspects qui nécessitaient une mise en conformité au plus tard le 1^{er} août 2011, soit en plein été (Rome 2012) (Castaing 2010).

En effet, chose peu commune jusqu'à présent en matière de lois sanitaires, c'est suite au dépôt de deux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) par des associations d'usagers que le Conseil Constitutionnel a été saisi pour étudier le texte de loi de 1990 ; la première QPC en date du 26 novembre 2010 portait sur les HDT, la seconde du 9 juin 2011 sur les HO.

Le Conseil Constitutionnel relevait une double inconstitutionnalité, dans ces deux procédures d'hospitalisation sans consentement, dans le fait qu'elles pouvaient jusqu'alors être maintenues au-delà de quinze jours sans consultation d'un juge de l'ordre judiciaire, contrairement à ce que l'article 66 de la Constitution de 1958 exige : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ».

Le deuxième point concernait le fait que rien n'était prévu pour réexaminer rapidement la situation de la personne hospitalisée « sous contrainte » s'il existait une divergence entre le psychiatre traitant et l'autorité administrative.

Dans sa décision du 18 novembre 2008, le Conseil Constitutionnel rappelait que « *la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au centre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue un principe à valeur constitutionnelle* ».

La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), en date du 18 novembre 2011, condamnait la France pour violation de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, en ne prévoyant pas de possibilité de recours par la personne hospitalisée sans son consentement. L'article 5.4 de la Convention précise : « *Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à **bref délai** sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale.* » Le droit de pouvoir saisir une juridiction est une condition sine qua non pour que la procédure de soins sans consentement soit conventionnelle (Péchillon 2012a).

En outre, dans un contexte d'avancée rapide de la société, avec une multiplication des sources de droit, la jurisprudence en matière de psychiatrie évolue également avec une explosion des recours et l'apparition d'une authentique « jurisprudence psychiatrique ». Pour le justiciable, saisir une juridiction lui permet de « *contraindre l'autorité administrative à respecter l'ensemble des dispositions des normes supérieures (Constitution, droit international, lois)* » (Péchillon 2012a). Cette accélération de la jurisprudence serait liée à une augmentation des recours en responsabilité et au développement des contrôles de constitutionnalité et de conventionalité. C'est aussi dans ce contexte que la loi de 2011 a vu le jour.

2- Aspects de la loi (Voyer et al. 2012)(Davignon et al. 2013)

En comparaison avec la loi de 1990, certains aspects ont été conservés, comme le statut des hospitalisations libres, la distinction de deux procédures d'hospitalisation sans consentement (ancienne HDT désormais « Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers » (SDT) ; ancienne « HO » désormais « Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat » (SDRE)).

- La première procédure de soins, les « soins psychiatriques à la demande d'un tiers » (SDT) est définie par l'article 3212-1-I du CSP et toujours basée sur la rédaction de deux certificats médicaux initiaux. Il existe une procédure d'urgence, utilisable « à titre exceptionnel », permettant dans ce cas la réalisation d'un unique certificat (art. L3212-3 du CSP). La nouveauté réside dans la création du mode « péril imminent » (art. L3212-1-II-2° du CSP), s'il existe un risque de péril en l'absence de soins immédiats et dans les situations où il est impossible de recueillir le consentement des proches. Ce type de soins sans consentement a été créé notamment pour faire face aux situations de patients isolés socialement, qui ne pouvaient pas avoir accès aux soins (Mondoloni et al. 2014). A noter que cette mesure de soins peut également être utilisée dans les situations exceptionnelles où le praticien constate la nécessité de soins immédiats en raison d'un risque de « péril imminent », l'impossibilité du malade à consentir aux soins, et le refus de ses proches pour une hospitalisation en dépit de l'explication de ce risque.
- La seconde procédure de soins, les « soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat » (SDRE) est encadrée par l'article L3213-1-I du CSP et réservée aux personnes

dont « *les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* », sur arrêté préfectoral. Il existe également une procédure d'urgence, déclenchable par arrêté du maire en cas de « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » (art. 3213-2 du CSP). Dans ce cas, le maire doit en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat qui se prononce sur la décision d'admission en SDRE. Ce « *danger imminent* » était attesté, jusqu'au 6 octobre 2011 (cf. QPC du 6 octobre 2011 infra) soit par « avis médical », soit en raison de la « notoriété publique » (Castaing 2010).

De nombreux aspects de la loi de 1990 ont été modifiés en profondeur par cette nouvelle loi (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé 2011) (Laguerre et Schürhoff 2012) (Dupont et al. 2015):

- On ne parle plus d'« hospitalisation sans consentement » mais de « soins sans consentement ».
- Une période d'observation de 72h en hospitalisation complète est créée et dédiée aux soins et à l'observation avec la rédaction d'un avis motivé à l'issue de ce temps, stipulant la prise en charge ultérieure et notamment la nécessité de poursuivre les soins, en milieu hospitalier ou non. Cette période permet de procéder à une observation clinique, réaliser un examen somatique dans les vingt-quatre premières heures, et tout mettre en œuvre pour inciter le patient à accepter les soins libres.
- La création des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, sans tiers, en cas de « péril imminent » (cf. supra).
- L'intervention systématique du JLD (art. L3211-12-1 du CSP), au plus tard le 15^{ème} jour de l'hospitalisation et tous les 6 mois, afin de répondre aux exigences de l'article 66 de la Constitution, qui constitue une victoire des patients (par le biais des associations d'usagers) en matière de droit, gagnée suite aux QPC. Ce contrôle judiciaire est donc réalisé « a posteriori ».

Le JLD a été créé par la loi du 15 juin 2000, historiquement pour dégager le juge d'instruction du pouvoir de mettre en détention provisoire celui qu'il mettait en examen. Aujourd'hui, ses pouvoirs se sont accrus puisqu'il a désormais pour missions de contrôler toutes les situations de contrainte et les atteintes aux droits. En somme, il incarne l'article 66 de la Constitution en étant le « gardien des libertés individuelles ». Il pouvait déjà intervenir sur requête du patient

(art. L3211-12 du CSP), dans la loi du 27 juin 1990, ce qui est maintenu par la loi du 5 juillet 2011 ; il peut également être saisi par les proches du patient, le Procureur de la République ou s'autosaisir. Il intervient désormais systématiquement lors de chaque mesure d'hospitalisation sans consentement et dans les situations de désaccord entre le préfet et le psychiatre traitant au sujet d'une sortie d'hospitalisation complète de SDRE.

Son rôle est de vérifier la régularité de la procédure (conditions d'admission, délais de saisine, demande de tiers, certificats, circonstances du SPI, etc.) ainsi que de pratiquer un contrôle au fond, afin que l'hospitalisation complète sans consentement, qui constitue une atteinte à la liberté individuelle quel qu'en soit son motif, soit bien « *adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs* ». La loi ne fournit aucune « prescription » au JLD qui doit donc se référer à la jurisprudence du Conseil Constitutionnel (21 février 2008, 26 novembre 2010, 20 avril 2012) : « *La liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire. [...] Les atteintes portées à l'exercice des libertés constitutionnellement garanties doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** aux objectifs poursuivis. [...] Au nom de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire* » qui a ensuite été reprise dans l'article 3211-3 du CSP.

Il y a donc un double contrôle : vérification de la forme et du bien-fondé de la mesure, en tenant compte du respect de l'interdiction des détentions arbitraires, de la nécessité de sauvegarde de l'ordre public ainsi que celle de soins psychiatriques (Fauconnier 2013).

Face à l'évolution récente du regard sociétal sur la maladie mentale, impactant la législation spécifique par la multiplication de règles procédurales, le JLD est là pour rétablir ce droit que chaque citoyen a de pouvoir bénéficier de la même Justice, d'une « application irréprochable du droit », même quand il est malade, avec un accès au contradictoire (Rome 2012).

Si le JLD ne statue pas dans les délais, la mainlevée de la mesure de soins sans consentement est acquise.

Certains ont pu porter quelques critiques à l'égard de la lourdeur imposée par l'intervention systématique de l'autorité judiciaire (délais légaux des saisines, certificats, etc.) comme si la forme réglementaire constituait un « carcan » faisant (presque) oublier qu'il s'agit de mesures de soins. Leclerc rappelle les propos de Jhering : « *La forme est une sœur jumelle de la liberté [...] elle la fortifie au-dedans et la protège au-dehors* » (Leclerc 2010).

Plutôt que de parler de « judiciarisation » des soins psychiatriques, il conviendrait peut-être mieux de retenir qu'il s'agit d'un « contrôle judiciaire » des soins puisque le JLD n'a pas la

responsabilité de la décision de l'instauration de la mesure de soins sans consentement (Seltensperger 2010).

L'audience du JLD peut se tenir au tribunal, dans une pièce spécialement aménagée de l'établissement de soins psychiatriques (on parle alors d'audience « foraine ») ou en visioconférence, mais de nombreux magistrats questionnent cette décision notamment dans le fait que cette audience, en dépit du principe constitutionnel qu'elle incarne (vérification de la mesure de privation de liberté par l'autorité judiciaire, impartiale), peut se vêtir d'une certaine forme de violence à l'encontre de patients qui n'ont aucunement commis d'infraction, n'ont en rien réclamé de se retrouver au tribunal. « *Doit-on infliger une venue au tribunal à une personne en extrême souffrance ?* » se demande I. Rome (Rome 2012). « *Il est évidemment intolérable que les malades soient mélangés aux délinquants dans une douteuse proximité, presque un amalgame* » ajoute H. Leclerc (Leclerc 2010). Pour certains, il y aurait un véritable intérêt dans le fait que le juge se déplace, afin qu'il s'imprègne notamment du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, qu'il puisse échanger avec les professionnels de santé et ainsi mieux appréhender cet univers. Enfin, concernant la possibilité donnée par la loi du 5 juillet 2011 d'utiliser la visioconférence pour les audiences, on peut se demander si elle ne constitue pas une dérive actuelle de la société, avec tous les risques de désincarnation, de déshumanisation qu'elle comporte. Par ailleurs, elle peut être considérée comme totalement inadaptée – car confortant une altération de la réalité – pour certains patients schizophrènes ou maniaques décompensés, lesquels intègrent parfois dans leur délire la conviction d'être filmés à des fins persécutoires... (Seltensperger 2010)

La garantie des droits du patient, et notamment celle du droit à la défense, réside dans le fait que sa présence soit vivement souhaitée à l'audience (dans la mesure où son état de santé psychique est évalué comme compatible par son psychiatre traitant) ; de plus, cette loi instaure que le patient puisse être accompagné (ou représenté) par l'avocat de son choix, sinon un commis d'office, mesure qu'il peut très bien refuser également.

Les audiences sont publiques (art. L3211-12-2 du CSP) alors que le sujet-même dont il est discuté entre le juge et la personne en soins sans consentement est de l'ordre de l'intimité psychique, de la vie privée ; pour cette raison, nombreux sont les magistrats qui tiennent leur audience en Chambre du Conseil, ce qui semble en adéquation avec ce que propose la CEDH au sujet du secret médical et du respect de la vie privée (Seltensperger 2010).

La démarche d'appréciation de la situation de chaque patient pour le JLD est « in concreto », au cours de cette audience, tout en réalisant un contrôle de proportionnalité. Le rôle du JLD

est de valider ou invalider la procédure de soins sans consentement mais celui-ci n'a pas la possibilité d'en modifier la teneur. A noter que s'il lève la procédure, la loi a prévu un délai de 24h maximum pour qu'un programme de soins ambulatoires sans consentement soit mis en place.

Toute la difficulté vient du fait que le JLD est un magistrat et non un professionnel de santé et qu'il doit, alors qu'il n'a pas de formation spécifique, juger en un temps imparti à la fois la procédure et l'état psychique du sujet qu'il a en face de lui. Certes, il possède sous les yeux les différents certificats médicaux des psychiatres lui fournissant des éléments cliniques de nature à orienter son analyse et sur lesquels repose une part importante de sa décision, mais celui-ci doit également se fier à son propre jugement, à son « intime conviction » (Rome 2012) (Fauconnier et al. 2015). Le JLD doit présenter les qualités de neutralité, impartialité, indépendance : il incarne ainsi une position de tiers dans ce que le patient considère souvent comme une relation duelle entre lui et le corps médical qui le retient en hospitalisation sans son consentement. L'exercice est donc délicat, surtout qu'il doit statuer dans un bref délai, et qu'il sait que les conséquences d'une mainlevée peuvent être lourdes pour le patient et la société. Une étude réalisée auprès des JLD bordelais face aux patients hospitalisés au Centre Hospitalier de Cadillac montre que les critères décisionnels retenus par le JLD lors de l'audience sont : le consentement aux soins et la conscience du patient de leur nécessité, l'amélioration psychique depuis l'admission, la qualité de l'environnement familial, social et professionnel, la lucidité de la personne, sa capacité d'expression (claire et cohérente), l'absence de troubles psychiatriques avant son admission (Fauconnier 2013). Ainsi, la combinaison de ces différents points – décision rendue rapidement, intime conviction et jugement subjectif, absence de formation spécifique à la question de la santé mentale, devoir de se prononcer sur une impression faite par un sujet à un instant T – peut paraître problématique mais constitue pourtant la tâche quotidienne de tous les magistrats. « *L'intime conviction du juge, recherche au plus profond de soi de la vérité, est ainsi cette opinion personnelle, cette connaissance intuitive et éclairée qu'il s'est faite au terme de son appréciation souveraine des faits.* » (Bénézech 2012). Et J. Fauconnier de conclure que « *l'intime conviction du JLD devrait se nourrir de connaissances précises des différentes pathologies afin de réduire dans ce domaine sa marge d'erreur d'appréciation et diminuer ainsi les risques* » puisque l'on sait désormais que dans cette appréciation immédiate rentrent en compte, plus que les processus cognitifs rationnels volontaires, des processus émotionnels implicites et inconscients, intervenant dans le jugement moral.

Les décisions du JLD sont rendues au terme de l'audience et doivent être motivées en fait et en droit. Il s'agit d'un travail d'équilibriste, entre rigueur et conciliation des éléments à la fois juridiques et médicaux : sans s'avancer trop sur le plan médical, le JLD doit trouver les mots justes, sans blesser, sans anéantir tout espoir, sans trahir non plus une certaine réalité clinique, ce qui constitue un exercice complexe visant à maintenir une triple garantie au sujet : celle de liberté individuelle, d'égalité en droits des citoyens et de dignité de chacun. Cette notification est aussitôt expliquée au sujet en présence en général des soignants qui l'accompagnent, ce qui permet aussi que la situation soit reprise ensuite par ces mêmes soignants, au retour de l'audience.

A noter que, comme toute décision judiciaire, celle du JLD peut être « imparfaite » et faire l'objet de recours. L'appel aura lieu devant la Cour d'Appel du tribunal.

Cette nouvelle activité du JLD, désormais de saisine systématique et obligatoire, va renforcer et être au cœur de l'approvisionnement progressif des univers psychiatrique (médecins et soignants) et judiciaire (magistrats).

- La création de soins sans consentement ambulatoires à travers les « programmes de soins » (art. L3211-2-1-2° du CSP), qui sont, en quelque sorte, une réapparition des « sorties d'essai » mais mieux encadrées. Pour le législateur, ils semblent être une mesure intermédiaire entre hospitalisation complète sans consentement et suivi ambulatoire libre. Le programme de soins peut comporter des modalités de soins très variées, allant d'une hospitalisation à temps partiel en hôpital de jour, à des consultations en Centre Médico Psychologique (CMP), en passant par des activités de CATTP (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel), des visites à domicile, etc. En théorie, des hospitalisations à temps complet de « courte durée » (de type « hospitalisation programmée à durée déterminée ») peuvent faire partie des programmes de soins (Dupont et al. 2015).

Le programme de soins doit mentionner le type, les lieux et la périodicité des soins, sans faire apparaître la nature des traitements, ni des conditions de réalisation trop strictes qui ne pourraient pas être tenues par la structure d'accueil. A noter que les programmes de soins ne font pas l'objet d'un contrôle par le JLD : le Conseil Constitutionnel a en effet considéré (dans sa décision rendue le 20 avril 2012 sur une QPC) que les soins sans consentement ambulatoires ne constituaient pas une privation de liberté mais une restriction (Jonas 2012).

Jusqu'alors, l'obligation de soins ambulatoires n'existait que dans le cas d'une procédure pénale, ordonnée par le juge, en pré- ou post-sentenciel (Velpry 2010).

Ces soins ambulatoires sans consentement ont été décriés par une partie de la profession, au motif qu'en dépassant les murs des hôpitaux, cette obligation de soins ferait intrusion dans la vie privée du malade, jusqu'à s'inviter dans son domicile, lieu inviolable selon la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (article 17, cf. Annexe 1). Et qu'il s'agirait d'un argument économique masqué permettant de diminuer les dépenses de Santé, en évitant les coûts faramineux de journées d'hospitalisations pour des patients dits « chroniques » qui pourraient bénéficier de soins dans les mêmes (voire de meilleures) conditions, chez elles.

Parmi les arguments des défenseurs des programmes de soins, on retrouve la possibilité de porter assistance à des personnes qui nécessitent des soins mais pas obligatoirement sous forme d'hospitalisation complète, l'intérêt d'éviter à certains le stress de l'enfermement à l'hôpital psychiatrique et celui de promouvoir l'autonomie des patients en les maintenant au plus près de leur vie sociale (et professionnelle parfois), une meilleure organisation de ces programmes de soins par rapport aux sorties d'essai dont il existait de nombreux abus, la possibilité d'éviter les rechutes des personnes en rupture de soins par une action préventive au quotidien (Vidon 2012). Ce type de soins obligatoires ambulatoires existe par ailleurs dans plusieurs pays, dont les Etats-Unis (certains états) depuis les années 1970, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Israël, le Royaume-Uni, l'Ecosse, la Suisse : dans ces états, cette forme de soins est considérée généralement comme moins attentatoire aux libertés que les hospitalisations complètes ; par ailleurs, en Nouvelle-Zélande, il existe davantage de personnes en programme de soins qu'en hospitalisation à temps complet (Velpry 2010).

- La création d'un collège (art. L3211-9 du CSP) pour des situations spécifiques : les sujets irresponsabilisés sur le plan pénal au titre de l'article 122-1 (alinéa 1) du Code Pénal de 1994, les patients sortants d'Unité pour Malades Difficiles (UMD) qui y ont séjourné plus d'un an au cours des dix dernières années, ainsi que les sujets bénéficiant de SDT depuis plus d'un an (art. L3212-7 du CSP). Ce collège est sollicité dès lors qu'une fin d'hospitalisation complète est proposée par le psychiatre traitant de ces sujets hospitalisés en SDRE. Il est composé du psychiatre traitant, d'un autre psychiatre de l'établissement nommé par le directeur de l'établissement ainsi que d'un membre de l'équipe soignante pluridisciplinaire. Ce collège rend un avis motivé afin d'éclairer le Préfet dans sa décision de levée (ou non) de l'hospitalisation complète sans consentement, avis qui s'ajoute aux deux avis des experts (n'exerçant pas dans l'établissement) nommés par le Préfet (art. L3213-5 du CSP).
- Dans les situations où il existerait un désaccord entre psychiatre traitant et Préfet au sujet d'une levée de la mesure d'hospitalisation complète de SDRE, le directeur d'établissement doit

demander l'avis d'un second psychiatre qu'il désigne et qui devra rendre son verdict dans les soixante-douze heures (ce qui fait suite à la nécessité d'un « *bref délai* » d'intervention). Deux situations peuvent se présenter : soit ce second avis est concordant avec le premier et dans ce cas, le Préfet doit suivre en prononçant une levée de la mesure d'hospitalisation complète ; soit le second avis n'est pas conforme : le directeur d'établissement saisit alors le JLD qui se prononcera (art. L3213-8 du CSP). Cette situation est une conséquence directe de la QPC du 9 juin 2011. A noter que cette procédure ne concerne que les hospitalisations complètes de SDRE (donc ni les hospitalisations à temps partiel, ni les soins ambulatoires).

- Les droits des patients sont renforcés, avec notamment l'obligation d'informer le sujet de ses droits, des voies de recours possibles, celle de recueillir ses observations. Les CDHP deviennent des CDSP (Commission Départementales des Soins Psychiatriques) : leur mission est d'étudier les situations « sensibles », c'est-à-dire les procédures d'urgence (notamment les SPI), ainsi que les mesures de SDT supérieures à un an. Elles transmettent leur rapport annuel au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Elles ont le pouvoir d'obtenir la levée de toute mesure d'hospitalisation complète sans consentement.
- Les ARS (Agences Régionales de Santé) ont désormais le rôle d'organiser un dispositif territorial de réponses aux urgences psychiatriques, avec notamment la création d'accords et de conventions pour assurer les transports sanitaires des patients en soins sans consentement (transfert d'un patient d'un établissement spécialisé en UMD, par exemple).
- La loi définit dans quel cadre peuvent être levées les mesures de SDT : la première, la plus évidente, par le directeur d'établissement, à la demande du psychiatre lorsque celui-ci estime que les conditions initiales qui avaient posé l'indication d'une mesure de soins sans consentement ne sont plus réunies. La deuxième possibilité concerne la demande de la CDSP auprès du directeur d'établissement qui implique une levée systématique de la mesure de soins. Enfin, la troisième option intéresse les proches, la personne responsable de la protection juridique ou « toute personne justifiant des relations antérieures » avec le patient (art. L3212-9 du CSP). Deux situations particulières sont retenues par la loi pour maintenir la personne en soins sans consentement malgré la demande de levée, la première proposant la transformation des SDT en SDRE dans le cas où « *l'état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public* » (art. L3212-9-2° et L3213-6 du CSP) ; la seconde précisant que le directeur d'établissement peut s'opposer à cette demande de levée en suivant l'avis motivé du psychiatre, à condition que

celui-ci ait attesté que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour le patient (art. L3212-9-2° du CSP).

A noter que depuis la circulaire du 21 juillet 2011, le Greffe doit demander systématiquement le casier judiciaire de certains patients, qui devient alors une pièce de procédure, révélée au public puisque les audiences doivent se tenir publiquement (Ministre de la Justice 2011). Dans quelle mesure cela a-t-il un intérêt pour le JLD, outre celui de connaître une décision d'irresponsabilité pénale dans les dix dernières années, classant le malade dans la catégorie de ceux bénéficiant d'un « régime renforcé » ? De plus, le personnel soignant n'est pas tenu de connaître ces informations.

Cette loi n'est pas que sécuritaire, elle est également le fruit de l'évolution de la jurisprudence allant dans le sens du renforcement des droits et des garanties du respect des libertés individuelles, avec notamment trois aspects : l'obligation de recueillir les observations de la personne malade, la nécessité d'un « *bref délai* » de recours, le respect de la dignité de la personne, même si pour certains, ces droits ont été subordonnés à des engagements sécuritaires contraints par la pression sociétale, et ravivant ainsi le mythe du « fou dangereux » (Senon 2011). La loi du 5 juillet 2011 « *renforce les garanties juridictionnelles des personnes en soins sans consentement en confiant le contentieux à un seul ordre juridictionnel et en organisant le contrôle de plein droit du JLD. (Art. L3211-12-1-I du CSP)* » (Castaing 2010). Elle modifie l'équilibre des pouvoirs : jusqu'alors, le Préfet avait la possibilité de lever une mesure de soins sans consentement (ex-HO) ; désormais, il est obligé de suivre les avis médicaux qui doivent être conformes et l'avis du juge, dans le cadre d'une possibilité de transformation d'hospitalisation complète en programme de soins (Tyszler 2010). Il conserve la possibilité de traduire une levée d'hospitalisation, soit en « sortie sèche », soit en la création d'un programme de soins, établi par le psychiatre.

Cette loi maintient la spécificité d'un « *statut exorbitant du droit commun pour les personnes ayant des troubles psychiatriques, catégorie dont on suppose l'homogénéité au regard de la capacité/incapacité à consentir* » (Rhenter 2010). Elle constitue une contradiction avec la loi du 4 mars 2002 concernant l'égalité des citoyens devant le droit au refus de soins, qui comporte deux exceptions, la personne « hors d'état de manifester sa volonté » et le « mineur ou majeur sous tutelle » alors que le refus de soins risque d'entraîner « des conséquences graves » (Comité Consultatif National d'Éthique 2005).

Quelques mois après la mise en application de cette loi, un premier bilan réalisé par l'ADESM (Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale) en novembre 2011 constatait une diminution très modérée d'environ 2% des hospitalisations sans consentement, que les audiences avaient lieu à l'hôpital psychiatrique dans deux tiers des cas, que le JLD levait les mesures de soins sans consentement dans 7.9% des cas, que les SPI correspondaient à 4.2% des mesures. Enfin, dans les situations de désaccord entre préfet et psychiatre traitant au sujet de demande de sortie d'hospitalisation complète des patients en SDRE, plus de la moitié ont abouti à la levée de la mesure après avis d'un second psychiatre.

Cette loi reconnaît un fort pouvoir au médecin qui a la capacité d'initier et de clore les soins sans consentement. En revanche, les familles sont tenues à l'écart, ce qui vient à l'encontre de ce que les associations d'usagers demandaient.

Début août 2011, alors que nombre de personnes prédisaient un démarrage catastrophique pour cette loi – en raison des faibles délais d'application et de la période estivale – les tribunaux ont réussi à s'adapter aux nouvelles conditions imposées par la loi, en mobilisant, au prix d'importants efforts (avec des répercussions inévitables sur d'autres contentieux), personnels – pourtant en effectif réduit au mois d'août – et moyens (Ledesma et Peyron 2012). Ce qui n'est pas sans modifier également la pratique des psychiatres, pour lesquels cette nouvelle loi alourdit la charge administrative de leur travail, tandis qu'elle apporte un cadre « exagérément strict » pour certains auteurs, ce qui s'oppose au dessein initial et risque de « porter atteinte à la qualité des prestations soignantes » (Bénézech et al. 2012).

G- Loi du 27 septembre 2013 (Journal Officiel de la République Française 2013)

La loi de 2011 n'a pas fait l'objet d'un contrôle de constitutionnalité par le Conseil Constitutionnel, alors qu'elle avait été rédigée et adoptée à la hâte, pendant l'été. E. Péchillon, y voit là non pas un oubli mais une volonté délibérée des Parlementaires de privilégier la QPC au contrôle préalable par l'instance des Sages, sachant que dans cette voie de recours, le contrôle du Conseil Constitutionnel porte seulement sur les questions posées par les requérants (et non sur toute la loi). Il précise également que le Conseil d'Etat, qui peut exercer un rôle de filtre, n'avait d'ailleurs pas transmis au Conseil Constitutionnel les questions portant notamment sur le pouvoir du Procureur de faire appel de la décision de mainlevée du JLD (art. L3211-12-4-3° et 4° du CSP), le délai de 24h

permettant au JLD de différer la prise d'effet de sa décision, ce qui permet à l'autorité administrative de s'organiser (art. L3211-12-1-IV du CSP), la création d'un « casier psychiatrique » lorsque des informations concernant un éventuel séjour en UMD (pour une durée supérieure à un an) ou un jugement d'irresponsabilité pénale sont transmises au Préfet, et enfin la situation des détenus en psychiatrie, sans alternative à l'hospitalisation complète (Péchillon 2012a).

Quelques mois après la mise en application de la loi du 5 juillet 2011, une nouvelle QPC portait sur la question de la « notoriété publique », retenue comme argument pouvant justifier la mise en place d'une mesure d'urgence de SDRE par le maire « en cas de danger imminent ». Le Conseil Constitutionnel a annulé cette décision le 6 octobre 2011, la jugeant inconstitutionnelle (Leclerc 2010).

Une autre QPC, à l'initiative d'une association, le « Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie » (CRPA) a remis en cause certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : la QPC a été examinée par le Conseil d'Etat, ce dernier ayant ensuite saisi le Conseil Constitutionnel en date du 8 février 2012 (Bitton et CRPA 2014). La QPC contestait quatre articles du Code de Santé Publique (CSP) se rapportant à trois situations:

- Le fait que l'intervention du JLD ne soit pas prévue dans le cadre des programmes de soins (art. L3211-2-1 du CSP).
- Le fait que le JLD n'intervienne que tous les six mois après un premier contrôle à J15 (art. L3211-12-1 du CSP)
- L'existence de conditions de sortie très restreintes aux « patients réputés plus dangereux que les autres », c'est-à-dire aux patients visés par l'article 122-1 (alinéa 1) du CP dont la décision date de moins de dix ans, ainsi que les patients séjournant ou ayant séjourné en UMD pendant plus d'un an au cours des dix dernières années (art. L3211-12 et L3213-8).

Dans sa décision rendue le 20 avril 2012, le Conseil Constitutionnel considérait comme constitutionnelles les deux premières situations citées plus haut. En revanche, il invalidait les deux derniers articles et demandait au législateur de modifier cette situation avant le 1^{er} octobre 2013, en raison du caractère imprécis de la définition des « patients particulièrement dangereux » qui ne permet pas de légitimer des règles beaucoup plus rigoureuses que celles du droit commun (Jonas 2012). L'équilibre entre intérêts de la société et libertés individuelles n'étant plus assuré, il faut à nouveau procéder à une réécriture de la loi.

Parmi les modifications notables de la loi du 27 septembre 2013 (mise en application le 30 septembre 2013), on relèvera :

- La suppression du régime spécifique des patients admis en UMD, désormais soumis au régime de droit commun ;
- La suppression des dispositions faisant référence au passé psychiatrique des patients ;
- La clarification des règles en cas de désaccord entre préfet et psychiatre traitant concernant les demandes de fin d'hospitalisation complète dans les SDRE (un deuxième avis psychiatrique est demandé qui conduit le Préfet à prononcer la fin d'hospitalisation dans le cas de deux avis concordants, sinon le directeur d'établissement saisit le JLD en cas d'avis non conformes).
- Un nouveau régime de mainlevée de soins pour les patients déclarés pénalement irresponsables (art. 122-1 alinéa 1 du CP) est créé : si le Collège est favorable à la levée de la mesure de soins sans consentement, le Préfet ordonne une expertise psychiatrique par deux psychiatres qui se prononcent dans les soixante-douze heures. Si ces deux avis d'experts confirment celui de collège, alors le Préfet lève la mesure. Si les avis ne sont ni concordants entre eux ni avec le Collège, et que le Préfet maintient la mesure, alors le directeur d'établissement saisit le JLD à bref délai. Cette mesure ne concerne plus que les patients ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale (art. 122-1 du CP, alinéa 1) pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.
- La création de sorties non accompagnées de courte durée (<48h) ;
- La disparition du certificat « entre J5 et J8 » ainsi que de l'avis conjoint, remplacés par l'avis motivé transmis au JLD quarante-huit heures avant l'audience (art. R3211-12-1) ;
- La modification des délais de saisine du JLD qui doit être réalisée dans les huit premiers jours avec une audience désormais à J12 (dans le cas de l'audience des six mois, le JLD doit être saisi au moins quinze jours avant l'audience au lieu de huit jours dans la loi de 2011), ce qui ne semble pas modifier grandement le déroulement de l'hospitalisation sans consentement ; pour Panfili, c'est « *moins le délai d'intervention du premier contrôle du juge, que la fréquence des contrôles ultérieurs qui est déficiente. Après le douzième jour d'hospitalisation, s'ouvrira une période de six mois, pendant lesquels seul un recours facultatif et volontaire au juge sera possible* » (Panfili 2013).
- Les modifications concernant la tenue de l'audience du JLD : celle-ci reste publique mais on constate une extension du huis clos qui devient « de droit » s'il est demandé par le patient, l'audience se tient dans ce cas en Chambre du Conseil. Il est maintenu que la décision à l'issue de l'audience soit rendue publiquement. L'audience a lieu désormais dans une salle spécialement aménagée de l'établissement psychiatrique sauf si celle-ci ne permet pas la « *clarté, la sécurité, la sincérité des débats ainsi que l'accès au public* », imposant alors qu'elle se tienne au Tribunal de Grande Instance. En cas d'appel, l'audience a lieu à la Cour. Par

ailleurs, les dispositions permettant le recours à la visioconférence ont été abrogées. La représentation ou l'assistance par un avocat deviennent obligatoires (avocat choisi, commis d'office ou aide juridictionnelle, les frais étant à la charge du patient si ses ressources dépassent l'aide juridictionnelle). Le patient doit être entendu par le juge, à l'exception des situations dans lesquelles un avis médical circonstancié s'y oppose. Une notification spécifique des décisions est envoyée à l'avocat. Enfin, les parties sont obligatoirement entendues et elles-seules peuvent avoir accès au dossier. Les tiers sont seulement avisés de l'audience et de la décision du JLD (Bulletin Officiel du Ministère de la Justice 2014)(Dalloz 2014)(Ecole Nationale de la Magistrature 2013) .

- La réaffirmation qu'il ne peut exister de mesures de contrainte dans le cadre de programme de soins (Rossini et al. 2014).

H- Depuis 2013...

Le 17 février 2017, la mission d'évaluation de l'Assemblée Nationale (dirigée par Mrs D. Jacquart et D. Robilliard) chargée de dresser un bilan de la loi du 27 septembre 2013 a rendu son rapport, concernant notamment l'accès aux droits des patients et « l'effectivité de leur exercice ».

Trois grands axes apparaissent: le premier concerne la nécessité de rendre plus effectifs les droits des patients, avec la proposition de généraliser au niveau national des points d'accès au droit dans les établissements autorisés en psychiatrie accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement, d'octroyer l'aide juridictionnelle de plein droit à tous ces sujets, d'élaborer des recommandations spécifiques aux programmes de soins par la HAS, de publier des recommandations sur l'isolement et la contention (ce qui a été réalisé début 2017 par un groupe de travail missionné par la HAS : HAS 2017).

Leurs auditions démontraient que les patients contestaient davantage les conditions d'hospitalisation que l'hospitalisation elle-même.

Le second point consiste en une recommandation d'harmonisation des pratiques, notamment au sujet du rôle du JLD dans le contrôle des admissions en soins psychiatriques sans consentement, de proposer une formation commune aux avocats, magistrats et soignants sur le contentieux des mesures de SSC.

Enfin, les deux parlementaires suggèrent d'encadrer les recours aux procédures d'urgence, dénonçant leur banalisation et encourageant les dispositifs alternatifs de prise en charge, en amont et en aval des urgences (Roubinowitz 2017).

I- Etat des lieux statistique des soins psychiatriques

1- Avant 2011 : hospitalisations sans consentement

En 2008, une étude d'impact du Ministère de la Santé présentée aux Parlementaires montrait que 69 000 personnes avaient été hospitalisées sans consentement au moins une fois dans l'année. Les statistiques semblent stables entre 1998 et 2007 concernant les hospitalisations sans consentement (entre 11 et 13%) et les hospitalisations libres. En 2009, le rapport de l'IGAS (Mmes Lalande et Lépine, IGAS, Rapport n° RM2011-071P) comptabilisait 80 235 hospitalisations sans consentement dont 62 155 HDT et 15 570 HO (Senon et al. 2012).

L'étude d'impact a permis de préciser les motifs de ces hospitalisations sans consentement : le premier groupe (environ 50% des hospitalisations sans consentement) concerne les troubles psychotiques, la schizophrénie, les troubles schizotypiques et délirants, les bouffées délirantes aiguës, les troubles délirants persistants (incluant le délire paranoïaque, la paraphrénie et la psychose hallucinatoire chronique). Le second groupe rassemble les troubles de l'humeur (dépression avec ou sans idées suicidaires, états maniaques). Le troisième représente les troubles de la personnalité, le quatrième, les troubles mentaux et comportementaux liés à un abus de substances toxiques (Senon et al. 2012).

En 2010, un état des lieux est réalisé par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), afin d'évaluer la situation des personnes hospitalisées sans consentement en psychiatrie en France, avant l'application de la loi de 2011. Cette étude a été rendue possible notamment par l'utilisation des données du « Rim-P » (Réseau d'Informations Médicalisées en Psychiatrie). D'autres sources de données statistiques en matière d'hospitalisation en psychiatrie existent, dont la CDSP qui constitue la plus ancienne institution pour ce type de recueil d'information mais qui ne comptabilise que les mesures de soins sans consentement (et non le nombre d'individus). Parallèlement, la SAE (Statistique des Etablissements de Santé) fournit des informations intéressantes mais difficilement

analysables depuis son changement de décompte en 2010 (nombre de mesures et non plus nombre de patients).

Le Rim-P, créé en 2007, ne peut être raisonnablement exploité que depuis 2010. Il décompte le nombre de patients, de séjours, de journées d'hospitalisation, permet de décrire le parcours d'un patient à l'aide d'un identifiant national.

Les résultats de cette étude montrent que (Coldefy et Nestrigue 2013) :

- Plus de 71 000 personnes ont été hospitalisées sans consentement en 2010, ce qui représente environ 5% des patients suivis (file active) et 29% des patients hospitalisés en psychiatrie.
 - 80% d'entre eux l'étaient en HDT (environ 57 000 personnes) dont la moitié sont des procédures d'urgence (chiffre de 2009), contre 30% en 1997
 - 20% des mesures sont des HO (environ 14 000 personnes), dont les procédures d'urgence par les maires sont également en augmentation (64% des HO en 2009)
 - Parmi ces hospitalisations sans consentement, on comptabilisait 1 300 détenus, 400 personnes irresponsabilisées au titre de l'article 122-1 (alinéa 1) du Code Pénal, 100 mineurs en Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).
- L'hospitalisation a été réalisée à l'hôpital public pour 88% des cas, dans des établissements privés d'intérêt collectif dans 11% des cas et dans le privé à but lucratif pour 1% des cas (quatre cliniques psychiatriques françaises sont habilitées à recevoir ce type de patients), selon l'article L3222-1 du Code de Santé Publique.
- La population reçue en soins sans consentement est jeune, majoritairement masculine, surtout pour les HO : les hommes représentent 67% des patients hospitalisés sans consentement, tout mode confondu, 80% des HO, 54% des HDT, 91% des décisions d'irresponsabilité pénale, 93% des détenus hospitalisés (art. 398 du CPP). Leur âge moyen est de 43 ans (tout mode compris), 40 ans pour les HO, 33 ans pour les détenus.
- Les troubles psychotiques constituent l'indication première des hospitalisations sans consentement (plus de 50% contre 21% d'hospitalisation libre, 35% des HO le sont en raison de schizophrénie). On retrouve ensuite les troubles addictifs, puis les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité (deux fois plus fréquents chez les personnes en soins sans consentement et en deuxième position pour les HO).
- Pour près de 30% des patients, les soins sans consentement représentent la seule modalité de soins dans l'année et 40% des personnes hospitalisées sans consentement avaient une prise en charge exclusivement intra-hospitalière à temps plein. Les durées annuelles d'hospitalisations sans consentement s'élèvent à 46 jours pour les HDT, 74 jours pour les HO,

171 jours pour les patients irresponsabilisés et 24 jours pour les détenus. Tout mode compris, la durée moyenne d'une hospitalisation sans consentement en France en 2010 était de 53 jours/an.

- La moitié des patients hospitalisés sans consentement n'avait pas eu de soins en établissement psychiatrique dans les 3 mois précédant l'hospitalisation.
- Un quart des patients ne bénéficie pas d'un suivi en établissement dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.

2- Après 2011 : soins sans consentement

Afin de mesurer l'impact de l'arrivée de la loi de 2011 qui instaurait notamment les programmes de soins, la même équipe a proposé un nouvel état des lieux en 2012 (Coldefy et Tartour 2015):

- Plus de 77 000 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en 2012, ce qui représente une augmentation de 4,5% par rapport à 2010 essentiellement due à l'augmentation parallèle de la file active psychiatrique. Les soins sans consentement restent stables en représentant 4,8% de cette file active totale.
Parmi ces personnes, plus de 71 000 ont été hospitalisées à temps plein sans leur consentement.
- Détenus, irresponsabilisés pénaux et mineurs sous OPP représentent toujours une faible part des soins sans consentement, soient 2 700 patients.
- Les SDT restent le premier mode de soins sans consentement (avec 60 000 personnes soient 73%), ce qui représente une diminution en part malgré une augmentation en nombre de patients, que l'on peut mettre en lien avec la création des SPI qui représentent 8 500 personnes (soient 11% des hospitalisations sans consentement). Les personnes en SPI sont comparables sur les plans démographique et clinique avec celles en SDT mais les différences concernent : des prises en charge plus courtes (26 jours/an) et moins intenses (8 actes en moyenne/an contre 12 en SDT). Il existe des disparités nationales dans le recours aux SPI. Cinquante pour cent d'entre eux sont des premières entrées dans les soins psychiatriques. Enfin la majorité des patients en SPI poursuivent des soins librement consentis ensuite.
- Enfin, les patients en SDRE représentent 18,7% des patients hospitalisés sans consentement.

- Concernant les programmes de soins : 26 600 patients en bénéficiaient en 2012, soient 34% des patients hospitalisés sans consentement (contre 25% des patients en sorties d'essai en 2010).
- Près de 50% des patients ont une prise en charge ambulatoire après une hospitalisation sans consentement dont 27% en soins libres.
- La durée moyenne de séjour annuel diminue pour les SDT, les patients irresponsabilisés, les OPP mais augmente pour les SDRE (83 jours/an) et les détenus (41 jours/an).
- Il existe une surreprésentation des patients schizophrènes (38%) ou souffrant d'un autre type de psychose (26%) en programme de soins. Ce dernier est en revanche peu utilisé dans le cas de sujets dépressifs (11%). En moyenne, les personnes en programme de soins sont hospitalisées plus longtemps que celles qui n'en ont pas, ce qui peut être expliqué par la possibilité d'hospitalisations séquentielles ou de réhospitalisations. Il existe par ailleurs d'importantes disparités nationales dans le recours au programme de soins en 2012 (moins de 10% des patients en soins sans consentement dans l'Aude, les Landes, la Haute-Corse, l'Eure notamment).

Au total, on constate entre 2010 et 2012 une augmentation du nombre de patients en soins sans consentement mais qui est parallèle à la hausse de la file active (avec proportion constante) ainsi qu'une augmentation de la durée de l'obligation de soins depuis la mise en place des programmes de soins.

Par ailleurs, le rapport annuel du Contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2015 s'appuyant sur la SAE de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) présente les statistiques de l'évolution des mesures d'hospitalisations sans consentement en psychiatrie de 2006 à 2014, statistiques difficilement interprétables de manière fine en raison des modifications des « catégories » de soins sans consentement depuis 2011, avec notamment l'arrivée des SPI et des programmes de soins. Ce rapport confirme le fort recours aux SPI (22 500 en 2014, alors qu'il s'agit d'une mesure dérogatoire de droit commun qui devrait être prise de manière exceptionnelle), qui vient rogner une partie des SDT et des SDRE, mais alors que les SDT sont en légère baisse, les SDRE restent stationnaires. A l'inverse, les hospitalisations de personnes jugées pénalement irresponsables ou de détenus sont en hausse (ces dernières ont quasiment doublé entre 2011 et 2014). Enfin, il existe une diminution du nombre total de journées d'hospitalisation, très probablement en lien avec l'apparition des programmes de soins (Hazan 2015).

De même, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) recense 375 000 hospitalisations en psychiatrie pour l'année 2015 (à partir de l'étude des données fournies par le Rim-P), dont 79 000 sans consentement, ce qui représente environ 21% des hospitalisations en France (ATIH 2016). Ainsi, plus d'une hospitalisation sur cinq en psychiatrie se fait sans le consentement du sujet. Les principales pathologies responsables des hospitalisations (libres et sans consentement) sont par ordre décroissant les troubles de l'humeur (134 000 patients codés « F3 » dans la CIM-10), les troubles psychotiques (94 000 patients codés « F2 »), les troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et somatoformes (58 000 patients codés « F4 »), les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (48 000 patients codés « F1 »). Selon l'ATIH, la file active de patients adultes s'élève à environ 1,7 millions de patients en 2015 (suivis en structures bénéficiant d'une dotation annuelle de fonctionnement), avec plus de 20 millions d'actes ambulatoires (76% d'actes d'entretien, 16% d'actes de groupe, 6% d'acte de démarche et 2% d'actes d'accompagnement), réalisés pour 60% d'entre eux en CMP, 13% en CATTP, 7% au domicile du patient.

Début 2017, a été publié un nouveau rapport de l'IRDES réalisant le bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi de 2011 (Coldefy et Fernandes 2017). Les auteurs se sont intéressés à plusieurs aspects de cette loi et notamment ses mesures phares : l'intervention du JLD dans le contrôle de la mesure des SSC et la création des soins ambulatoires sans consentement dans le cadre des programmes de soins. De plus, la naissance des SPI, censés favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées, reste dans le viseur des analystes.

Les principaux constats réalisés par l'équipe de l'IRDES montrent que :

- 92 000 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en 2015, c'est-à-dire une hausse de 12 000 personnes (soit +15%) par rapport à 2012, ce qui peut être expliqué à la fois par l'augmentation du temps de la contrainte hors des murs de l'hôpital avec l'instauration des programmes de soins – qui, mécaniquement allongent le temps des soins sans consentement – et par le recours toujours plus important aux SPI.
- Cette population en soins sans consentement représente 5,4% de la file active de psychiatrie en 2015 (contre 4,8% en 2012), file active qui s'élève à 1,7 millions de personnes (et qui a augmenté de 5% entre 2012 et 2015). L'augmentation de cette population entre 2012 et 2015 est supérieure à celle de la file active de psychiatrie (alors qu'elles avaient progressé dans des proportions similaires entre 2010 et 2012). Tous les modes légaux de soins sont concernés par cette hausse avec une nette avance cependant pour les SPI.

- Par ailleurs, la file active hospitalisée en psychiatrie à temps plein est constante (soins libres (SL) + SSC) avec 342 500 personnes hospitalisées en 2015 (âgées de 16 ans et plus) ; celle des personnes hospitalisées exclusivement librement a baissé de 4%. La file active hospitalisée sans consentement compte près de 80 000 personnes, ce qui représente 24% des hospitalisations totales à temps plein en psychiatrie en 2015 (contre 21% en 2012), c'est-à-dire qu'une personne sur quatre hospitalisée en psychiatrie l'est sans son consentement.
- Cette population reste essentiellement masculine (60% contre 47% dans la file active totale de psychiatrie) et jeune (âge moyen de 43 ans, contre 47 ans en psychiatrie générale). Les troubles majoritairement présentés sont les troubles psychotiques (dont schizophréniques) pour près de la moitié des personnes en soins sans consentement (contre 11% des personnes suivies en psychiatrie), suivis des troubles bipolaires (11%) puis les troubles de la personnalité (8%). Il s'agit donc des troubles psychiatriques les plus sévères.
- Parmi les 92 000 personnes en soins sans consentement 2015, près de 31% avaient déjà bénéficié de soins sans consentement l'année précédente et parmi eux, environ 11 000 personnes se sont vues proposer des soins ambulatoires sans consentement l'année précédente. De plus, chaque année, plus de la moitié des mesures de soins sans consentement concernent des personnes qui n'en avaient pas eu l'année précédente.
- Malgré une montée en charge des SPI (dont la population a plus que doublé entre 2012 et 2015), les SDT restent la mesure de soins sans consentement majoritaires (64%, soient 59 000 personnes), contre 21% pour les SPI (19 500 personnes) et 18% pour les SDRE (16 000 personnes). Cette procédure qui devait être une « procédure d'exception » à destination des personnes socialement isolées et ne pouvant accéder facilement aux soins est en réalité largement utilisée, notamment dans les services d'urgences (63% des admissions en SPI, contre 53% des SDT), probablement en raison du caractère simplifié de sa procédure (un seul certificat, pas de tiers). La population concernée par les SPI est cliniquement comparable à celle des SDT. La durée moyenne d'hospitalisation est plus courte que pour les autres modes légaux (plus d'une mesure sur deux dure moins de 12 jours) et est convertie plus fréquemment en hospitalisation libre (10% contre 6% des SDT). De plus, il persiste une grande disparité inter-régionale dans le recours aux SPI : parmi les 260 établissements publics psychiatriques, 40 n'ont déclaré aucun patient en SPI alors que 40 autres déclaraient avoir accueilli plus de 35% des SPI nationaux en 2015. Ces chiffres questionnent l'usage et la finalité de ce mode légal de soins.
- Concernant l'instauration des programmes de soins, près de 37 000 personnes en ont bénéficié en 2015, soit 40% des personnes hospitalisées sans consentement, avec en tête les personnes en SDRE (une personne sur deux en SDRE sortait en programmes de soins en 2015)

et les personnes présentant des troubles psychotiques sont également surreprésentées (59% des programmes de soins). Parmi cette population, 81% ont pu bénéficier de consultations médicales, 61% d'entretiens soignants, plus de 50% d'un suivi social et 25% de soins à domicile. Ces chiffres sont deux fois plus élevés que pour les personnes ayant été hospitalisées sans consentement sans instauration de programmes de soins. Les sujets en programmes de soins ont donc un accès plus important et plus intensif aux soins psychiatriques. Parallèlement, lorsque ces personnes sont hospitalisées, elles le sont plus longtemps et plus fréquemment que les autres personnes suivies en psychiatrie. Coldefy et al. précisent que les programmes de soins auraient pu diminuer le recours à l'hospitalisation par l'amélioration du suivi ambulatoire, ce qui n'est pas le cas puisque les taux de réhospitalisations à 15 jours (27% de réhospitalisations contre 18% pour les sujets en hospitalisation sans consentement sans programmes de soins) et 30 jours (32% contre 22%) sont plus élevés pour les sujets bénéficiant de programmes de soins.

- Enfin, concernant l'intervention du JLD, 96,8% des saisines en 2015 étaient des saisines dites « obligatoires », avec une diminution des saisines « facultatives » entre 2013 et 2015, ce qui interroge la réalité de l'accès aux voies de recours, pourtant promu par la loi de 2011, qui défend une meilleure garantie des droits du patient. En outre, ces saisines aboutissent dans près de 10% à une levée de la mesure de soins sans consentement par le JLD ; elles sont plus élevées dans le cas de saisines facultatives (13,5%) ou lorsqu'il existe un désaccord entre les psychiatres et le Préfet (25%). Cinquante-neuf pour cent des levées sont dues à des vices de procédures, 24% à des vices de forme, 17% au non-respect des compétences de l'auteur de l'acte administratif (Legohérel 2014).

3- Soins psychiatriques généraux

Les hospitalisations en psychiatrie rassemblent autant d'hommes que de femmes avec un âge moyen se situant autour de 41,9 ans. En 2014, parmi les 415 000 patients hospitalisés, 346 000 l'ont été à temps complet (19,2 millions de journées). La durée moyenne d'hospitalisation était de 53,8 jours par an. Environ 50% des sujets hospitalisés en psychiatrie proviennent de leur domicile, 25% après un passage aux urgences ou en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Selon la DREES, 90% des séjours en psychiatrie se soldent par un retour à domicile, 5% par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3% par une transfert en MCO ou SSR (Soins de Suite et réadaptation et 2% vers une structure d'accueil médicosociale (DREES 2016). Ces séjours hospitaliers concernent 415 000

personnes, adultes ou enfants, sur deux millions bénéficiant d'un suivi ambulatoire psychiatrique. Il existerait des disparités concernant les prises en charge hospitalière avec une forte tendance à l'hospitalisation dans le Sud de la France (Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées) alors que le Nord possède les taux les plus élevés de prise en charge ambulatoire (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine). Par ailleurs, le diagnostic de troubles psychotiques (« F2 » dans la CIM-10) correspond au premier motif de recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour les hommes, alors que les femmes séjournent à l'hôpital plutôt pour des troubles de l'humeur (« F3 »). Les diagnostics retrouvés en ambulatoire sont beaucoup plus variés et incluent davantage de situations modifiées par le rôle de l'environnement (les diagnostics « Z » dans la CIM-10, c'est-à-dire les « facteurs influant sur l'état de santé (incluant toutes les difficultés familiales, psychosociales et économiques)). Les hommes sont surreprésentés parmi les troubles du développement psychologique ou les troubles du comportement et les femmes, parmi les troubles névrotiques.

II- Réflexions éthiques autour des « soins sans consentement »

Outre les aspects juridiques que nous venons de décrire dans une première partie, les soins sans consentement questionnent l'éthique. Il convient d'avoir, parallèlement à une démarche clinique de la psychiatrie, un regard critique historique, sociologique et éthique. L'éthique infiltre toutes les réflexions théoriques autour du domaine du psychisme et de nombreuses situations pratiques quotidiennes – on pourrait dire qu'éthique et psychiatrie sont intimement liées du fait de la proximité de leur siège d'action et de leurs perspectives (ce sont des disciplines dont les points de départ sont des psychismes qui regardent ensemble dans la même direction, celle du fonctionnement humain, en ce qui le rend humain).

Que définit-on par « consentement » ? Dans quelle mesure peut-on évaluer son altération et sur quels principes se base-t-on ? Comment comprendre et mettre en œuvre des soins lorsqu'on a estimé que le patient n'était pas en mesure de donner son consentement ? Les « soins sans consentement » ont-ils un sens intrinsèque et sont-ils accessibles aux patients ? Voici autant de questions auxquelles nous proposons de réfléchir, en commençant par rappeler la législation encadrant le consentement et les droits des patients, puis en tentant de définir le consentement et les principes éthiques qu'il soulève avant de s'intéresser à la possibilité d'une clinique du consentement, pour enfin proposer une discussion générale sur le sens des soins psychiatriques dans ce contexte particulier de la contrainte légale.

A- Fondements historiques et juridiques du consentement

1- Evolution de la relation de soins : entre paternalisme et autonomie

L'évolution du système de santé a été bercée par l'Histoire de l'homme, à la fois sociétale, sociale, culturelle, philosophique et ces dernières années, de plus en plus par l'évolution de l'économie (Senon et Jonas 2004). La place du patient dans les soins ainsi que sa relation au système de soins et au médecin ont considérablement évolué.

L'éthique médicale, née dans les suites du Procès de Nuremberg, a peu à peu infiltré tous les champs de la médecine qui a longtemps essayé de contourner l'étape du consentement en affichant les bénéfices attendus de ses actions (Sicard 2009).

Voici ce qu'Hippocrate prônait, au V^{ème} siècle avant J-C : *"On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses, lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent (...) ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui le menace : car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait"* (Hippocrate 1861).

Hippocrate a fondé les piliers d'une relation médecin-malade basée sur le « primum non nocere », qui implique un objectif thérapeutique de « bienfaisance », assorti du concept de « non-malfaisance ». Le consentement du patient n'était alors pas considéré comme nécessaire.

Du temps du modèle judéo-chrétien, les « hôpitaux » ressemblaient davantage à des mouvoirs, tenus par des personnes religieuses. La maladie était vécue comme un Châtiment, une épreuve imposée par Dieu pour tester l'authenticité et la sincérité de la Foi des hommes et leur capacité à sublimer la douleur.

Puis le modèle paternaliste, apparu fin XIX^{ème}-début XX^{ème} siècle mais dont on retrouve les prémices dans l'œuvre d'Hippocrate (cf. supra), a fait naître une relation asymétrique entre le médecin et le malade : d'un côté, le malade, à qui l'on demande d'être « patient » est dans une position de passivité, il subit la douleur, les soins et ne détient aucune information d'ordre médical ; face à lui, le médecin est détenteur d'un savoir spécifique, acteur de soins et bien souvent décideur puisque le patient s'en remet à son avis. Beaucoup ont décrié ce déséquilibre relationnel, basé sur le fait que la détention de savoirs implique une relation de pouvoir (Fainzang 2006).

L'arrêt Mercier en 1936, définit la relation médecin-malade comme un contrat qui engage la responsabilité du médecin (Chermak 2014).

C'est dans les années 1970 que le principe de bienfaisance, « se teinte de paternalisme » pour finalement consister à *« traiter autrui conformément à ce que l'on estimait être le bien d'autrui en subordonnant rarement à ce bien les préférences éventuelles, exprimées ou non, par cet autrui »* (Moutel 2012).

Puis des changements s'opèrent avec la création du service public dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle et la modification du statut du patient qui devient un « usager du système sanitaire public ».

Le sujet est alors dans une position « *légale, règlementaire, générale et impersonnelle* » (Senon et Jonas 2004).

Aujourd'hui encore, on retrouve deux conceptions de la relation de soins, éthiquement et philosophiquement opposées : le modèle paternaliste et le modèle autonomiste. Dans le premier, le soignant agit dans un dessein altruiste, bienveillant, selon le principe philosophique de bienfaisance ; la finalité serait le bien du patient. Seulement, est-il (aisément) possible de déterminer ce qui est bien ? Toute la question est de savoir si l'on doit donner au patient toutes les informations, les hypothèses évolutives de sa maladie, sous couvert du principe d'autonomie ou s'il est préférable de lui délivrer l'information seulement nécessaire et qui semble au clinicien plus adaptée, dans un souci de bienfaisance ? (Sicard 2009)

De manière relativement caricaturale, dans le modèle paternaliste, la responsabilité est du côté du soignant, alors qu'elle se déplace vers le patient dans le modèle autonomiste. La tendance actuelle est plutôt au respect de l'autonomie, d'un point de vue médico-légal, alors qu'il règne toujours une « *asymétrie radicale dans l'acte de soin* » (Sicard 2009).

Dans le principe d'autonomie, du grec « *autonomia* » (c'est-à-dire « celui qui peut se donner lui-même sa propre loi »), on estime que le sujet peut décider seul de ce qu'il estime être bon pour lui et ainsi refuser de consentir aux propositions de son médecin et d'assumer, sous réserve d'une information appropriée, le rôle de décideur final des soins qui le concernent, en tant que citoyen adulte, libre et responsable.

Le modèle autonomiste anglo-saxon tente d'horizontaliser la relation médecin-malade en la rendant égalitaire et en transférant vers le patient le poids de la décision et de la responsabilité.

Selon Descarpentries, l'autonomisme contractualiste trouve ses fondements dans les progrès de la médecine, l'exigence légitime d'information des usagers, la judiciarisation galopante de nos sociétés (Descarpentries 2007). Il reprend les propos de Suzanne Rameix à propos du consentement, expliquant qu'il s'agit d'un « *contre-pouvoir à la technique et un contre-pouvoir au tabou de la mort* » (Louzoun et Salas 1997). Le consentement redonne du sens à l'acte médical et permet une énonciation de la question de la mort, occultée et pourtant omniprésente derrière toute maladie, laissant place à l'activité fantasmatique. Dans la conception anglo-saxonne, l'autonomisme induit que chaque individu dispose de son corps comme il l'entend, comme s'il existait un droit de propriété, découlant de l'Habeas corpus.

L'autonomisme kantien, quant à lui, prône l'affirmation de l'inaliénable dignité de la personne, découlant de la rationalité et de la Loi et imposant une volonté autonome et libre (Descarpentries 2007).

Seulement, quels sont les êtres réellement autonomes ? Dans le champ de la psychiatrie, surgissent plusieurs questions : peut-on (doit-on) laisser un sujet sans soins alors même qu'il a « décidé » de s'y opposer, tandis que l'on estime que sa maladie atteint justement son autonomie ?

A la recherche d'un équilibre entre paternalisme et autonomie, il s'agit de respecter les choix des individus tout en les protégeant d'eux-mêmes dans certaines situations, afin que leur autonomie ne soit pas synonyme de liberté arbitraire, totalitaire et autodestructrice.

Quoi qu'il en soit, l'asymétrie de la relation médecin-malade oblige le médecin à une responsabilité, tournée vers l'avenir, pour celui qui est menacé ou fragile, dans une perspective d'éthique hétéronomique (Descarpentries 2007).

Aujourd'hui, la relation médecin-malade est contractuelle : il y a partage de responsabilités et de décisions. La spécificité du patient contemporain est de pouvoir choisir, négocier avec le corps médical et agir en patient éclairé : on assiste à la célébration de l'ère de l'autonomie du malade.

Même s'il faut reconnaître l'importance de l'évolution de la relation de soins, en termes de bénéfice et de richesse transactionnels, il convient cependant de se questionner sur la nouvelle dynamique impulsée par ce changement d'équilibre, de configuration dans une relation qui reste, quoi qu'on en dise, asymétrique.

L'information due au malade doit apporter la transparence, l'éclairage sur « les données actuelles de la science » avec l'obligation de présenter aussi les zones d'incertitudes, les effets et les risques attendus ainsi que les éventuelles alternatives de soins afin que celui-ci puisse choisir.

L'évolution de la pratique incluant désormais un droit (pour le patient) et un devoir (pour le médecin) à l'information peut être analysée selon deux niveaux : le premier, éthique, avec les principes d'autonomie et de liberté de choix ; le second, juridique, fournissant un encadrement légal des pratiques (Moutel 2012).

2- Principaux textes juridiques

« *Le respect des droits des patients commence par la reconnaissance du statut de citoyen au malade mental* » (Mazodier 2012).

La relation de soins, historiquement bercée par le paternalisme médical s'est vue grandement modifiée depuis la récente législation, tendant au respect des libertés individuelles, du principe d'autonomie, ainsi que de l'absolue nécessité de recueillir le consentement du sujet avant toute intervention médicale quelle qu'elle soit. Aujourd'hui le patient peut affirmer sa qualité d'usager du système de santé et faire valoir des droits qui lui sont reconnus.

Avec le Procès de Nuremberg naquit une éthique de la dignité humaine, proclamée dans le « Code de Nuremberg » de 1947 qui affirmait « *le respect du patient, l'expression de sa volonté, l'engagement de ne jamais lui nuire et la nécessité du « consentement éclairé* » (Korn 2009).

Le principe de liberté a été repris dans de nombreux textes nationaux et internationaux. La Constitution française du 4 octobre 1958, dans son Préambule (cf. Annexe 2), reconnaît la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, dont l'article 1^{er} rappelle la liberté et l'égalité de droits des hommes, ainsi que le Préambule de la Constitution de 1946 (Senon et al. 2013). « *Il n'y a point de mot qui ait reçu plus de significations, et qui ait frappé les esprits de tant de manières, que celui de liberté* » disait Montesquieu, dans L'esprit des Lois. La liberté est plurielle et peut se percevoir à travers plusieurs champs spécifiques ; Ainsi, le Conseil Constitutionnel distingue :

- Les libertés qui relèvent du respect de l'autonomie de la personne (sûreté, liberté individuelle au sens de *l'habeas corpus* (du latin, « sois maître de ton corps », qui rappelle que nul ne peut être arrêté et détenu sans jugement), respect de la vie privée, inviolabilité du domicile, respect de la personne humaine)
- Les libertés d'agir (liberté d'aller et venir, liberté d'entreprendre) (Ott 2007).

Plusieurs textes juridiques apportent, à ce jour, un cadre de réflexion aux questionnements éthiques, ontologiques soulevés par la reconnaissance de droits aux patients de psychiatrie, notamment en matière de liberté, d'autonomie et de consentement. Les Nations-Unies et le Conseil de l'Europe ont reconnu les principes d'éthique médicale et de protection des malades mentaux.

« *Chaque personne dispose ainsi de droits fondamentaux opposables à tous, y compris à la puissance publique. La liberté existe sans texte, elle n'a pas besoin d'autorisation pour s'exercer. A l'inverse, toute*

limitation doit être justifiée et légitimée par un texte circonstancié [...] Les droits fondamentaux inscrits dans la Convention ont vocation à s'appliquer à l'ensemble de la population sans distinction » (Péchillon 2012a). Si la liberté individuelle a longtemps été considérée comme « supra-constitutionnelle » et n'apparaissait donc pas dans les lois, elle s'est, depuis quelques années, inscrite dans un certain nombre de droits (Senon et al. 2013).

- Concernant la question de la protection du corps humain, de l'information et du consentement

Le principe du consentement avant toute intervention sur le corps humain n'était pas inscrit dans les textes de loi avant celle du 29 juillet 1994, dite « loi de bioéthique ». Depuis, ce principe apparaît au début du Code Civil, dans les articles 16-1 et 16-3 sur la protection du corps humain : « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.* » ; « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* » Depuis 1994, c'est dans cette dernière phrase (« hors le cas où son état ... ») que les spécialistes envisagent la possibilité d'hospitalisations sans consentement.

De plus, le Code Civil prévoit, outre une information adaptée, qu'il n'existe ni erreur, ni dol ni violence pour qu'un consentement soit reconnu valide (Descarpentries 2007). Jonas explicite cet aspect : « *Traduite en langage médical, l'erreur est la conséquence d'une altération ou d'une abolition du discernement chez l'un des contractants. Le dol peut survenir à l'occasion d'une particulière suggestibilité, d'un jugement critique en partie affaibli chez l'une des parties dont l'autre profite, ce qui lui permet de surprendre le consentement. Enfin, la violence suppose des pressions, des menaces sur l'un des contractants.* » (Jonas 2000)

Le Code de Déontologie médicale propose deux articles importants: l'article 35 : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a*

préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » et l'article 9 : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. ». A noter que l'article 7 du Code de Déontologie précisait jusqu'en 1995 que « la volonté du malade doit toujours être respectée, dans toute la mesure du possible » avec toute la difficulté que cela implique en termes de paradoxe de réponse entre un « toujours » et un « possible ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, dite « Loi Kouchner », présente une avancée majeure en termes de droits des patients (Journal Officiel de la République Française 2002): le principe de consentement y est clairement exprimé avec son pendant : le droit à l'information, qui marque ainsi un tournant dans la législation en matière de santé. Les textes antérieurs (loi du 31 juillet 1997 sur la réforme hospitalière et l'article 35 du Code de Déontologie médicale) faisaient déjà référence aux conditions nécessaires aux soins : une information préalable au consentement (« *loyale, claire et appropriée* ») (Jonas 2002) (Jonas et Senon 2003). Elle apparaît dans le Code de Santé Publique (CSP), rassemblant les droits fondamentaux de l'homme : le droit à la protection de la santé (reconnu par la Constitution depuis 1946) permettant un accès égal et libre aux soins, incluant la protection sociale (depuis 1945) ; le respect de la dignité ; le droit au respect de la vie privée et au secret ; le droit de recevoir des soins appropriés ; le droit d'accéder aux informations sur sa propre santé (cf. Annexe 3).

L'article L. 1111-2 du CSP affirme que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.[...] Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »*

L'obligation du recueil du consentement avant toute intervention médicale est posée par l'article L1111-4 du CSP : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des*

informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] 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. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». L'article L1111-4 du CSP tend à responsabiliser le patient et éloigner le médecin de la non-assistance à personne en péril (NAPP). Notons qu'il existe dans la loi un article (art. L1111-6 du CSP) précisant le rôle des proches lorsque le recueil du consentement est impossible auprès du patient pour obtenir, malgré tout, une forme de consentement. Dans ce contexte, la loi du 4 mars 2002 a également créé la « personne de confiance ».

Parallèlement, le Code de Déontologie médicale crée un « droit au refus de soins » du patient, dans son article 36 : « *lorsque le malade en état d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* ». Des situations « graves » ou « urgentes » font toujours surgir la question/le dilemme auquel est confronté le médecin : respecter la volonté du patient et son droit de refuser les soins ou agir au nom de son devoir d'assistance vis-à-vis de lui, inscrit dans le Code de Déontologie médicale (article 9, NAPP). Cela soulève la question de la responsabilité du choix du patient, contrebalancée par le devoir du médecin de rechercher constamment son consentement. On retrouvait ce débat dans le discours sécuritaire de N. Sarkozy à Antony en 2008 : « *Peut-on laisser des gens qui ont besoin d'être soignés sans être soignés, simplement pour la liberté qu'ils peuvent avoir de se détruire ? C'est un vaste débat. Ayons ce débat. Moi je pense que c'est de la non-assistance à personne en danger.* » (Sarkozy 2010)

Enfin, la recommandation Rec(2004)10 du conseil de l'Europe, dans son article 17, rassemble les critères du « placement volontaire » (actuel SDT) : il faut qu'il existe un trouble mental associé à un risque réel de dommages pour la santé de la personne ou d'autrui, que le placement soit pensé dans une visée thérapeutique, qu'aucun autre moyen moins restrictif ne soit disponible, que l'avis de la personne soit pris en considération et qu'on lui reconnaisse un droit à l'information (article 22) (Jonas et al. 2015).

La HAS rappelle que le « *consentement aux soins demeure la règle et le recours à la contrainte l'exception* », ce qui fait de l'hospitalisation sans consentement une « *dérogation au principe général du consentement* » (HAS 2005).

La charte du patient hospitalisé résultant de la circulaire interministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 affirme que : « *le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade, il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs* ».

Gardons aussi à l'esprit que s'il existe a posteriori une situation judiciairisée, c'est au professionnel de santé ou à l'établissement de prouver qu'il y a bien eu information et recherche de consentement, ce qui témoigne de l'importance médico-légale de la nécessaire bonne tenue du dossier médical, mentionnant les démarches d'information et retranscrivant les observations du patient à cet égard (arrêt Cousin du 25 février 1997 et arrêt Hédreul du 25 mars 1997) (Jonas et Senon 2003).

Dans cette même perspective de responsabilité médicale, certains auteurs affirment que l'obtention de consentements écrits viserait « *davantage à protéger le médecin des conséquences judiciaires de la réalisation éventuelle des risques d'un traitement qu'à informer clairement le malade* » (Fainzang 2006). Ainsi le plan juridique supplanterait les plans éthique et thérapeutique.

On retrouve donc sur le plan législatif récent trois axes importants : la place centrale du consentement du patient ; le rôle d'accompagnement du professionnel de santé qui conseille la décision de soins ; la place donnée aux proches (notamment quand le malade n'est plus à même d'exprimer sa volonté) (Senon et Jonas 2004).

- Concernant les libertés civiles (respect de la vie privée, droit au secret)

Le droit à la vie privée est le premier principe fondamental reconnu par l'ANAES (ANAES 2004). On retrouve ce principe dans le Code Civil (art. 9) : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée* », le Code de Santé Publique (art. L1110-2), le Code d'Action Sociale des Familles (art. L311-3).

Ce droit est entièrement lié à la question de la dignité de la personne, notion qui est considérée comme principe supérieur au niveau international. La décision du Conseil Constitutionnel du 18 novembre 2008 rappelle que : « *la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au nombre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue un principe à valeur constitutionnelle* ».

Le concept de dignité a pris tout son sens au XXème siècle, notamment par les atteintes et les risques d'atteintes qu'il a pu subir, respectivement au cours des Guerres Mondiales et lors des questionnements autour de la « biomédecine ». C'est un concept qui renvoie à l'essence même de l'Homme, une « *qualité immanente à toute personne* » (Mislawski 2010). Elle ne fait pas l'objet d'une

définition juridique mais est reconnue notamment par la Charte des Nations Unies (1945), et implicitement par le préambule de la Constitution de 1946 auquel la Constitution de 1958 fait référence. Enfin le Code Pénal rassemble dans son livre II (portant sur les « crimes et délits contre les personnes ») des chapitres consacrés au non-respect de la dignité humaine : les « crimes contre l'humanité et contre l'espèce humaine » (titre I) et les « atteintes à la dignité de la personne » (chapitre V, titre II).

Comme le rappelait C. Jonas, « *préserver la santé ne donne aucune autorisation de principe d'attenter aux droits et libertés de chacun notamment sa dignité, sa possibilité d'aller et venir et la nécessité de son consentement avant toute intervention sur son corps* » (Jonas 2014).

- Concernant les libertés publiques

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen reconnaît les libertés publiques (libertés de pensée, de confession, liberté syndicale, liberté d'aller et venir, droit à la sûreté).

Le droit à la sûreté consiste en le fait que chacun puisse être en sécurité dans la société. C'est un droit sécuritaire. En psychiatrie, il correspond au fait de devoir protéger les personnes vulnérables. Tout patient hospitalisé conserve ce droit à la sûreté. Ainsi le Code Pénal prévoit trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende pour celui qui n'aurait pas dénoncé aux autorités publiques alors qu'il en a eu connaissance « *tout mauvais traitement ou privation infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* » (art. 434-3 du CP). Le droit à la sûreté, par extension, inclut également la prévention du suicide si l'on considère que le suicide constitue une menace pour la sécurité du sujet.

La liberté de déplacement, garantie par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, est fortement impactée par les lois d'hospitalisations sans consentement de 1990, 2011 et 2013 : en effet, l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie constitue une dérogation au droit commun en ce sens qu'elle restreint « légalement » la liberté d'aller et venir. Ce type d'hospitalisation exige que la loi soit rigoureusement appliquée, ce qui justifie les récentes modifications législatives à ce sujet, avec notamment l'intervention du JLD. « *La liberté d'aller et venir est une liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. Elle ne se limite pas seulement aux déplacements de la personne mais inclut le fait de pouvoir vivre une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle aura choisi* » (ANAES 2004).

Un paradoxe peut être souligné dans le fait que l'entrave à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires est souvent justifiée par le principe de protection de la personne, contre elle-

même ou autrui. « *La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution* » (ANAES 2004).

A noter également que les restrictions (notamment d'aller et venir) imposées par les services hospitaliers généraux (orthopédie, réanimation, cardiologie, etc.) ne semblent pas vécues de la même façon par les patients, comme si la maladie physique s'imposait au sujet et, de fait, limitait ses libertés pour un temps donné par une contrainte intrinsèque à la maladie créant une certaine impotence qu'il accepte par la force des choses. Le patient hospitalisé en psychiatrie est pourtant bien moins limité puisqu'il a conservé, en général, toutes ses capacités physiques et peut donc circuler dans les services, et quand ceux-ci en disposent, dans les jardins et parcs attenants. Le vécu difficile voire intrusif de l'hospitalisation en psychiatrie, d'autant plus quand celle-ci a lieu sans le consentement du sujet, semble donc ne pas résider exclusivement dans la question de la privation de la liberté d'aller et venir.

La contention, qui constitue une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir, a fait l'objet de recommandations de l'ANAES en 2000, « chez la personne âgée » et de la HAS en 2017 (HAS 2017). Son caractère systématique doit être banni (Conférence nationale des Présidents de CME des CHS 2016).

Par ailleurs, un récent rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours en UMD, montrait que beaucoup de malades étaient maintenus en UMD alors que la commission du suivi médical ainsi que le Préfet avaient pourtant validé la sortie, faute de possibilité de retour dans une structure « classique » psychiatrique, ce qui constitue une atteinte aux droits fondamentaux, notamment à la liberté d'aller et venir (Delarue et al. 2014).

B- Consentement et autres concepts éthiques

« A la différence des autres maladies, qui peuvent être décrites comme des corps étrangers, à la conscience, exogènes au sujet, même lorsqu'elles l'envahissent tout entier, le trouble mental infiltre le sujet jusqu'au plus intime de lui-même, jusqu'à ce point tout à la fois médical, juridique, philosophique, qui définit le libre arbitre et la conscience de soi » (Barthélémy 2003).

1- Consentement, autonomie, bienfaisance et non-malfaisance

a- Définitions du consentement

D'un point de vue étymologique, « consentir » vient du latin, « *consentio (is, ire, sensi, sensum)* », formé de « *cum* » et « *sentio* » (Dauzat et al. 1989).

« *Sentio* » est un verbe polysémique qui peut signifier tout d'abord « percevoir par les sentiments » aux sens « sentir le plaisir, la douleur », « percevoir les effets d'une chose, être affecté par quelque chose ». Il peut également être traduit par « percevoir par l'intelligence », « se rendre compte », « avoir dans l'esprit, penser », « juger, avoir une opinion » ou enfin « exprimer un avis, voter ».

Avec l'adjonction du préfixe « *cum* » qui crée un lien de relation, « *consentire* » témoigne d'un état de rapport moral et affectif entre le sujet auteur de cette action et autrui, autour du partage d'une opinion, d'une expérience. Il peut être traduit par « être de même sentiment », « être d'accord », « s'accorder à dire que » ou « reconnaître unanimement que », voire « s'entendre, conspirer, comploter » dans certaines situations (Gaffiot 2016).

A partir de ce verbe, plusieurs substantifs ont vu le jour : « *consensio, onis* » qui signifie « conformité des sentiments, accord » et « *consensus, us* », traduit par « accord » voire « conspiration » ou « complot » parfois.

Selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), le consentement désigne l'action de consentir et le résultat de cette action. Dans le domaine juridique, c'est une autorisation, un accord donné à un acte légal. Dans le domaine intellectuel, il s'agit d'une acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante. Enfin dans le domaine moral, il correspond à un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose (CNRTL 2008).

Selon le Littré, le consentement est synonyme de « permission » et « agrément », au sens où ces trois termes se rapportent à des actions de la vie où l'événement dépend en partie de nous et en partie de la volonté des autres. Le consentement signifie « conformité de sentiment », c'est-à-dire que les deux personnes liées par le consentement tombent d'accord (Littré 2017).

Selon le Petit Robert, le consentement est « l'acquiescement donné à un projet », une « décision de ne pas s'y opposer » (Robert et al. 2016).

Ainsi, le consentement est l'acquiescement donné par une partie à la proposition d'une autre, sous-tendu par la création d'une relation contractuelle entre les deux protagonistes.

Le consentement est double, à la fois actif et passif : actif au sens où consentir est un acte et passif puisqu'il existe une dimension de « non-opposition » pour qu'une chose se fasse, comme le rappelle si bien le vieil adage, « *qui ne dit mot consent* ». Le patient donne ainsi son consentement à un acte de soins, acte qu'il vit passivement, puisqu'exercé par le médecin (Descarpentries 2007).

b- Au-delà de Beauchamp et Childress

La naissance de la psychiatrie est originellement intriquée avec les premiers questionnements puis la législation autour de l'absence de consentement et donc « *l'impossibilité de partager le monde de la raison, point de départ scientifique analysé sous le nom d'aliénation mentale* » (Hazif-Thomas et al. 2014). Ainsi, dans la théorie de l'aliénation mentale, le sujet n'est plus libre d'agir, de penser mais soumis à un déterminisme psychique ou neurocognitif, ayant perdu son autonomie psychique.

Hazif-Thomas et al. proposent de penser l'autonomie selon deux axes :

- Un axe ontologique, considérant l'autonomie de l'homme comme une fin
- Un axe phénoménologique, acceptant la condition de l'homme comme vulnérable, exposé au monde et donc mortel.

Beauchamp et Childress exposent les quatre principes éthiques du soin en institution : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp et Childress 2008) (HAS 2013).

- Le principe d'autonomie correspond à la capacité à s'autogouverner, à effectuer des choix sans être soumis à une quelconque volonté autre que la sienne. Dans une vision libertarienne, il est synonyme de liberté de choix. Son objectif suprême est de (ré)instaurer la liberté, aliénée par la pathologie mentale chez le sujet malade, de le rendre à nouveau acteur de sa vie, de ses choix. L'autonomie est à double facette : la liberté de n'être point soumis à une contrainte extérieure (et donc pouvoir s'y opposer), la possibilité d'émettre des décisions raisonnées, désirées et d'avoir un comportement à leur image. « *L'individu n'est libre que dès l'instant où il est en mesure de s'opposer à une décision extérieure* » (Péchillon 2012a).
- Le principe de bienfaisance est entendu comme la capacité d'une intervention de santé à améliorer le bien-être de la personne à laquelle elle s'adresse (HAS 2013). Il nécessite une

écoute, un accueil du patient dans sa souffrance psychique, une bienveillance, une sollicitude dans une finalité de soins.

- Le principe de non-malfaisance vise à ne pas nuire, ne pas entraver l'élaboration psychique du malade en ne surajoutant pas à l'aliénation initiale liée à la maladie, une aliénation liée à l'institution psychiatrique. Veillons donc à n'être point délétères dans nos missions de soins.
- La justice correspond au souci d'équité : « *Répondre à l'impératif de justice, c'est considérer le malade dans sa totalité, comme un être aspirant à introduire du sens dans sa vie, c'est considérer la maladie comme une expérience vécue par un sujet singulier et unique, pris dans sa culture et son histoire* » (Cano 2009).

Dans une étude en 2009, N. Cano montre que dans les situations où les trois premiers principes éthiques sont sous tension, celui qui subsiste au détriment des deux autres est la bienfaisance : l'autonomie ne semble pas être le critère prioritaire qui oriente l'action des équipes soignantes, et le principe de non-malfaisance peut également être sacrifié. « *Il apparaît que la finalité du soin serait de l'ordre de la bienfaisance – plutôt que de l'autonomie – pour une majorité de praticiens* » (Cano 2009). Cano conclut alors que la démarche éthique est remise en cause puisque les trois piliers d'une perception éthique du soin ne sont plus préservés. Elle déplore la disparition, l'effacement d'une culture psychiatrique spécifique accompagné d'une carence de théorisation dans les services hospitaliers (les réunions institutionnelles, cliniques, psychopathologiques se perdent) en lien, selon elle, avec l'évolution sociétale qui prône sans cesse un modèle basé sur l'efficience, la productivité, la réussite, les résultats, l'immédiateté, la concrétisation, en excluant le sens du soin. Et conclut ainsi « *l'éthique est l'affaire de tous. A contrario, la psychiatrie ne peut être défaire et refaite par tous [...] Elle doit aussi intégrer un questionnement éthique permanent autour de concepts qu'il faut aujourd'hui expliciter* ».

Reprenant Ricoeur, Guibet Lafaye distingue la morale de l'éthique, précisant que la première définit les normes (ce qui est permis vs. défendu) alors que la seconde rassemble la démarche de comprendre l'enracinement des normes dans la vie et le désir ainsi que les situations concrètes qui en découlent. Donc l'éthique concernerait un second niveau de réflexion (Guibet Lafaye 2016). Dans son approche – dite « bottom-up », c'est-à-dire partant des situations pratiques pour remonter vers la théorie – elle remet en cause la typologie de Beauchamp et Childress qui prévaut actuellement en éthique médicale. Elle met en évidence, après des entretiens semi-structurés avec des médecins et des soignants que les questions éthiques reviennent de manière récurrente – et qui ne sont pas toujours nommées « questions

d'ordre éthique » d'ailleurs – concernent essentiellement la question de l'humain, de la psychiatrie face à la mort, de la capacité du soignant à se positionner comme humain face à un semblable, notamment quand l'autre face à soi a pu présenter un comportement que l'on réproche (questions de la violence, de la prise en charge des détenus, etc.).

Selon Guibet Lafaye, le « principisme » de Beauchamp et Childress ne permet pas d'appréhender les questions éthiques en psychiatrie de manière satisfaisante car il « *aplatit leur complexité* ». La décision médicale réclame plus que des capacités cliniques : elle exige une posture éthique, notamment dès qu'il est question de libertés fondamentales, d'humanité et de dignité (Guibet Lafaye 2016).

Selon Constantinidès, on associe souvent à l'autonomie, l'autodétermination et la capacité de discernement, de consentement, voire même on la confond avec l'arbitraire individuel, à l'heure où l'éthique médicale emprunte des bases aux grands auteurs mais en les affaiblissant (Constantinidès 2010). Pour lui, à vouloir appliquer les principes de la « bien-pensance » kantienne, on interprète mal la réalité de son discours, voire même, on réalise des contre-sens fâcheux : en partant d'un mauvais constat, on porte des explications en vertu d'une mauvaise théorie, au nom de beaux principes dont on ne garde que les noms, vidés de leur sens.

Kant définit l'autonomie comme « *la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa propre loi* » (conformément à l'étymologie du terme « *autonomia* »). Elle résulte de la raison pure pratique grâce à laquelle l'individu peut identifier les commandements valables universellement et décider de s'y soumettre librement. L'autonomie se définit alors comme la capacité à prendre des décisions guidées par la raison, qui ne soient contraintes ni par les besoins, ni par les sentiments. Il est ainsi d'usage, à la suite de Kant, de considérer que l'individu est autonome lorsqu'il agit en conformité avec ce que lui dicte sa raison plutôt que lorsqu'il suit l'arbitraire de ses désirs. L'autonomie implique le respect inconditionnel dû aux personnes, c'est-à-dire l'obligation de les traiter comme une fin en soi (HAS 2013).

Constantinidès pointe également les limites du « principisme » de Beauchamp et Childress : en effet, il explicite l'autonomie au sens de Kant, c'est-à-dire une auto-législation rationnelle, une intégration de la Loi morale de la manière la plus pure, comme une « boussole intérieure » qui repose sur le sens du devoir moral, nous guide en fonction de la Raison et nous conduit à accepter voire à nous soumettre à cette loi morale, en renonçant à sa volonté, au bonheur, au plaisir.

Ce n'est donc pas la capacité à choisir pour soi (qui s'apparente plutôt à l'« autonomie personnelle »), ni un vague idéal « *d'émancipation politique et sociale de l'individu qui veut être son propre maître* ». Pour Kant, l'autonomie est « *le principe suprême de la moralité* », « *l'unique principe de toutes les lois*

morales et des devoirs conformes à ces lois ». « *Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir* » (Kant 1993).

Constantinidès distingue bien autonomie morale et autonomie personnelle, la première répondant aux exigences kantienne, la seconde, dans une acceptation néolibérale de l'autonomie, à l'opposé de la tradition kantienne.

Ainsi, l'autonomie kantienne serait davantage une hétéronomie, au sens où l'individu se soumet à cette loi morale qui est extérieure à lui. Schopenhauer pointait le paradoxe qui réside dans l'autonomie qui se soumet à une loi extérieure : selon lui, la vision kantienne est puriste, idéaliste, utopiste. Feuerbach critiquait également la vision kantienne en disant : « *l'autonomie est une contrainte contre-nature exercée sur soi, une violation de soi [...] Hétéronomie, et non autonomie, l'hétéronomie comme autonomie de l'heteros, de l'autre, est ma loi* ». Mais Kant diabolisait l'hétéronomie, craignant sans doute une dépendance à la bestialité de la nature. Feuerbach affirme que Kant propose une vision « virginale » de l'autonomie, pure, idéalisée.

Constantinidès propose de partir du postulat initial d'une hétéronomie dans la relation de soins, puisque la maladie affaiblit le sujet et que la relation médecin-malade est, selon lui, de fait inégale ; et « *rejeter dos à dos le paternalisme satisfait et l'idéalisme moral, dont l'hypocrisie latente n'est plus à prouver* » (Constantinidès 2010). En rappelant que l'objectif du médecin est de réduire, minimiser le risque de dépendance du sujet inhérent à sa maladie, en le préservant (et soi avec) d'une relation de dépendance au thérapeute.

La France est un pays dans lequel le principe de bienfaisance est encore nettement reconnu : l'existence d'une loi autorisant les soins sans consentement en est la preuve (rappelons qu'il est précisé dans l'article L3212-1 du CSP concernant la mesure de SDT: « *Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement [...] que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge [...]* »).

Quant à la question de la vulnérabilité, il faut considérer qu'elle laisse une empreinte sur l'Homme depuis sa naissance, jusqu'à sa mort. Le malade en psychiatrie est à ce titre, doublement vulnérable, à la fois par sa condition d'homme et par sa souffrance psychique (Mislawski 2010). Penser la

vulnérabilité liée à cette souffrance psychique comme temporaire ou transitoire est une exigence éthique, qu'il convient d'associer à la réflexion sur l'autonomie.

c- Entre compétence et dynamique relationnelle : le consentement

« Ainsi, le consentement est tout sauf une procédure médico-légale. Il est une sorte de respect de l'altérité qui doit se matérialiser par la loyauté de l'information. » (Sicard 2009).

Le consentement est la base du soin, quel qu'il soit, d'autant plus en psychiatrie où deux régimes de soins sont individualisés : soins libres et « sans consentement ».

Le consentement soulève de nombreuses questions : celle de la « légitimité subjective », celle de l'information, celle de l'alliance et de la confiance. Comme le disait H. Ey, la psychiatrie a ceci de particulier qu'elle a trait « à la pathologie de la liberté ». Le cerveau, l'encéphale, le psychisme, l'esprit, sont à la fois moteurs, acteurs de pensées, décisions, réflexions et émotions (les « capacités cognitives ») mais aussi victimes de maladies nécessitant des soins.

Selon la HAS, le consentement libre réclame trois capacités : le libre arbitre, la capacité juridique et la capacité physique (HAS 2005). Lachaux et Cassan proposent par ailleurs une évaluation du consentement chez les sujets à partir de cinq critères : recevoir une information adaptée, comprendre et écouter, raisonner, exprimer librement une décision, maintenir une décision dans le temps (Lachaux et Cassan 1998) (HAS 2005).

Le consentement englobe deux aspects : l'acceptation qu'une chose se produise et le fait de ne pas l'en empêcher. Selon Marzano, « pour pouvoir qualifier une action de volontaire et [de] libre, il faut qu'elle soit, au moins en partie, intentionnelle et qu'un individu puisse donner des raisons pour l'expliquer » (Marzano 2006). En répondant à la question « pourquoi », les explications rendent l'action intelligible, ce qu'il faut distinguer des justifications, qui la rendent légitime d'un point de vue moral.

Le consentement est souvent décrit comme une compétence, une capacité à consentir, c'est-à-dire à recevoir l'information, la comprendre et émettre une décision que l'on peut maintenir dans le temps. Cette perspective mène à une impasse de compréhension, de réflexion selon Guibet Lafaye. Le consentement est dit « synchronique », c'est-à-dire qu'il concerne un moment précis dans le temps. Ce qui importe, c'est davantage la situation dans laquelle on donne son consentement, en termes de validité, plutôt que la notion de capacité. Plus qu'un degré, qu'une quantification de compétence, c'est donc la situation contextuelle qui prime.

S'opposent alors deux approches du consentement (Guibet Lafaye 2015):

- L'approche rationaliste, considère le consentement (dit « éclairé ») comme une capacité ; c'est un modèle de capacitation. Dans ce type d'approche, on projette finalement sur le malade un modèle de consentement qui a été pensé pour des individus sains, indemnes, autonomes et indépendants. En psychiatrie, l'existence de pathologies « chroniques » touchant le sujet dans ce qu'il a de plus intime, de plus singulier – à savoir sa liberté, ses émotions, son autonomie – fait-elle du malade un « incapable » de consentir pour toute sa vie ?
- L'approche compréhensive, considérant le consentement comme « *toujours partiel, temporaire, fluctuant, dépendant d'une relation de soins, d'une équipe soignante* » (Guibet Lafaye 2015). Ainsi, le consentement n'est pas inconditionnel puisque l'on consent à certains soins, dans certaines conditions, avec une certaine équipe, pour une durée donnée.

Par ailleurs, si le consentement doit être éclairé, c'est que l'on considère que le sujet n'est pas suffisamment autonome pour décider sans l'intervention d'une information que nous jugeons nécessaire pour lui.

Aussi, dans une vision rationaliste, la décision médicale tient compte des explications données par le patient, celles-ci doivent être partageables, compréhensibles par autrui, et pour qu'elles soient recevables, elles doivent faire sens d'un point de vue rationnel, ce qui correspond à une analyse très exigeante du consentement puisque celui-ci doit à la fois exprimer une capacité décisionnelle raisonnable, qui peut rassembler, être claire et intelligible et témoigner de l'absence de symptômes pathologiques. Se pose-t-on les mêmes questions face à des demandes d'interventions chirurgicales esthétiques « extrêmes » ou dans le cadre d'un refus de traitement chez un patient atteint d'une néoplasie cérébrale pouvant altérer ses fonctions cognitives ?

Au total, plutôt que de parler de « consentement éclairé », il semble plus pertinent de parler de « consentement valable ». Doit-il y avoir un consentement spécifique à la psychiatrie pour éviter les écueils du modèle rationaliste basé uniquement sur les capacités du sujet – de fait altérées puisque celui-ci est malade – au risque de stigmatiser encore un peu plus les individus souffrant de troubles mentaux ?

Rappelons que les soins sans consentement représentent un réel stigmatisme pour les patients (alors qu'une hospitalisation libre peut déjà l'être pour beaucoup, constituant ainsi une part très importante des refus d'hospitalisation en psychiatrie). Les patients admis en SDRE sont victimes en quelque sorte d'une « double peine » constituée d'une part, par la privation de liberté inhérente à cette mesure de

soins, d'autre part, par le fait que ces quatre lettres « S.D.R.E » cristallisent toujours beaucoup de fantasmes, avec le risque d'une dérive dans la création d'un lien définitif de cause à effet « SDRE → dangerosité ». D'autant plus que 50% des Français associent la maladie mentale à la dangerosité (Senon 2011).

2- De la question du refus de soins

« Rien ne permet d'imposer une hospitalisation, pas plus en psychiatrie qu'en médecine, pour un malade qui le refuse, du moment que son refus est recevable sur appréciation médicale. » (Descarpentries 2007).

Le refus de soins ne doit jamais être considéré comme pathologique en soi. Il constitue un droit fondamental (art. R4127-36 du CSP) : *« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité »* mais il est éclipsé par la loi de 2011 (modifiée en 2013), en psychiatrie.

Selon la HAS, *« sur le plan juridique, dans l'acceptation ou non du droit du patient à refuser un traitement, sont mis en balance : l'autonomie individuelle, la protection et les besoins propres du sujet et la protection du public »*.

Il faut questionner le consentement, sa valeur, sa validité, plutôt que de se contenter d'attendre une réponse positive pour initier des soins « libres », ou négative pour instaurer une mesure « sans consentement ». Hum et al. proposent de ne pas se satisfaire d'un consentement « gagné » un peu trop rapidement et qui n'aurait pas été « éclairé ».

Un refus de soins n'est, d'une part, pas pathologique ou pathognomonique d'un trouble mental indiquant, de fait, la nécessité de soins – même « contraints » – et d'autre part, correspond à un temps fort de la relation de soins qui mérite qu'on s'attarde davantage sur ses spécificités.

« Quelle est la valeur d'un consentement si aucun refus de soin n'est envisageable ? » (Hum et al. 2015).

On rencontre parfois des situations dans lesquelles on entend les soins libres imposés, brandis comme la seule alternative aux soins sans consentement, faisant planer ainsi sur le patient une menace à travers laquelle il n'existerait pas d'autre issue que les soins que le soignant a « choisi » pour lui. Dans ces situations, le consentement éventuellement obtenu ne répond absolument pas aux attentes juridiques (« consentement éclairé »), encore moins aux exigences éthiques considérant le sujet, même malade, comme son égal.

Le consentement possède quelques caractéristiques intrinsèques, notamment le fait qu'il soit toujours partiel : on consent à des soins, certains soins, peut-être pas tous les soins proposés, remettant en cause ainsi le fantasme d'un « consentement idéal ». De plus, il est temporaire et dépend des conditions du moment et est relationnel au sens où il n'est pas uniquement un accord donné mais est adressé à un interlocuteur avec lequel est passé le contrat de soins. Ce dernier point soulève le paradoxe du consentement aux urgences, évalué sur un temps court, dans un contexte de crise, donné à une équipe qui n'assurera pas la prise en charge. Notons que la difficulté d'évaluer un consentement, à un instant T, alors que le consentement est une dynamique relationnelle, vaut aussi bien pour le juge que pour le médecin dans les situations d'urgence (Hum et al. 2015).

Il faut accepter qu'il y ait une temporalité du consentement, c'est-à-dire qu'il faille un certain temps avant que la personne puisse s'engager dans des soins avec une équipe, un objectif ; ce temps est nécessaire d'un point de vue relationnel.

« Le moment du refus de soin est une étape qui, parfois, peut précéder une décision de soins sous contrainte. Il apparaît donc essentiel de prendre le temps d'évaluer la valeur du consentement, sans tomber dans les pièges liés aux consentements erronés » (Hum et al. 2015).

Il faut identifier ce temps essentiel du refus de soin, le rechercher, en clarifier ses raisons, limiter à tout prix les impasses relationnelles représentées par des consentements « forcés » ou « imposés ». Le consentement est un accord partiel, temporaire, dans une dynamique relationnelle. Le consentement n'a de sens que parce qu'il comporte aussi une possibilité de refus. Consentement idéal et consentements déguisés doivent être bannis : le consentement se construit dans la relation, dans la négociation, dans l'explicitation.

Dans ce contexte de refus de soins, réside toujours le dilemme entre respect de l'autonomie du sujet (et ses libertés individuelles) et le devoir d'assistance du médecin vis-à-vis de lui (NAPP : art. 223-5 du CP et 9 du Code de Déontologie).

Recueillir le consentement « libre et éclairé » est un acte de respect de la personne et pas une seulement une formalité. C'est la réflexion qui lui donne sa validité. Ainsi tout échange « éclairé » est à

proscrire. Le présenter de façon directive comme un aspect seulement médicolégal (et donc implicitement obligatoire) est un grave écueil. Enfin, le réduire à un accord signé est un contresens. Et Sicard d'ajouter : « *en fait, le véritable consentement est une information suffisamment élaborée pour que le refus soit aussi fort que l'acceptation : un choix plutôt qu'un consentement* » (Sicard 2009).

D'un point de vue plus pragmatique, la question du refus de soins médicamenteux interroge régulièrement les soignants des hôpitaux psychiatriques, posant le problème de la double contrainte : peut-on obliger un sujet à un traitement chimique alors que son hospitalisation lui est déjà imposée ? Cette question approche celle du refus de soins somatiques ou de toute intervention sur le corps, si l'on considère que la prise d'un traitement par voie orale ou injectable est un acte médié par le corps. L'article L.1111-4 du CSP indique que « *lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.* »

En même temps, il peut sembler paradoxal de contraindre des sujets souffrant de troubles mentaux à être hospitalisés sans que cette obligation n'inclut l'intégralité des soins qui peuvent leur être médicalement proposés, réduisant ainsi la mission du psychiatre à l'enfermement (Dupont et al. 2015). Légalement, il n'existe pas de texte définissant clairement les conditions d'éventuelles obligations de soins médicamenteux chez les sujets souffrant de troubles mentaux. Cependant, le Ministre de l'emploi et de la solidarité interrogé en 1998 sur cette question, répondait en s'appuyant sur une lettre ministérielle, qu'un traitement ne pouvait être imposé à un patient « *hormis le cas où son état relèverait d'un danger imminent et où une attitude passive du médecin tomberait sous la qualification de non-assistance à personne en péril* » (Aubry 1998).

Plusieurs décisions de jurisprudence ont confirmé le fait que le patient pouvait préférer certaines formes de souffrance à un traitement chimiothérapique : le tribunal administratif de Rennes a considéré qu'une prescription médicamenteuse lourde et non consentie constituait une décision médicale manifestement illégale portant directement atteinte aux droits fondamentaux du malade, et qu'il n'est licite d'y recourir qu'en cas de « *situation extrême mettant en jeu le pronostic vital* » (Péchillon 2012b).

Le Conseil Constitutionnel observe qu'« *en tout état de cause, les garanties encadrant l'hospitalisation sans consentement permettent que l'avis de la personne sur son traitement soit pris en considération ; que, dans ces conditions (...), le législateur a pris des mesures assurant, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement disproportionnée* » (Conseil Constitutionnel 2010).

Enfin, peut-on imaginer l'introduction de directives anticipées en psychiatrie, qui seraient écrites par le patient en « inter-crise », ou comme en Allemagne, un « testament psychiatrique » tenant compte des dispositions, volontés, désirs de chacun qui permettraient de dépasser la question du refus de soins dans les périodes « aiguës » ?

C- Vers une clinique du consentement ?

1- Réflexion sémiologique

« *Le consentement est une notion philosophique et juridique [...] mais son évaluation est d'abord clinique.* » (Jonas et al. 2015).

La loi du 5 juillet 2011 (article L3212-1 du CSP), par sa formulation, « [...] *Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement* » suggère qu'il puisse exister des critères sur lesquels on pourrait affirmer qu'un consentement est impossible. Mais le législateur n'a pas défini ces critères, renvoyant la responsabilité à l'appréciation médicale (Descarpentries 2007).

Lors des entretiens, le psychiatre réalise une appréciation subjective de l'état psychique du sujet qu'il reçoit. Pour l'aider dans cette difficile tâche quand il s'agit notamment d'évaluer son consentement, la recherche de critères cliniques pouvant aiguiller parfois une décision de mise en soins sans consentement peut s'avérer utile. C'est dans cette optique que Jonas et Pignon proposent une revue de la littérature afin de constituer une « clinique du consentement » qui puisse représenter une aide à la décision de soins sans consentement (Jonas et al. 2015)(Pignon et al. 2014). Ces signes ne sont ni sensibles ni spécifiques mais permettent de guider, d'orienter le praticien, sans qu'ils ne représentent pour autant une obligation de marche à suivre. Cette approche relève d'une approche rationaliste du consentement, d'un modèle de capacitation.

Qui est en mesure d'évaluer la validité d'un consentement ?

Le psychiatre est à la fois celui qui reçoit le consentement et qui juge de sa validité. Il évalue surtout la perte de la capacité à faire un choix. Mais la maladie, en soi, n'entraîne pas de fait une incapacité.

La question de la perception de la réalité, de la capacité à discriminer, du discernement paraît alors intéressante à questionner, même s'il semble évident que l'on ne peut affirmer que tout sujet psychotique ne peut apporter de consentement « valide » ni que les soins sans consentement ne concernent d'ailleurs que les sujets psychotiques (Descarpentries 2007). Tout schizophrène qui délire peut refuser des soins, et ce refus peut parfois être recevable. La limite semble être le franchissement du seuil du danger, pour le patient lui-même ou pour les autres. C'est la disqualification du consentement – au sens où la compétence de choisir est perdue – qui rend alors légitime l'existence de la contrainte, dans une optique de préservation de « l'intérêt du sujet ».

En psychiatrie, il existe une double difficulté : la première, commune aux soins généraux, est de savoir définir le consentement ; la seconde est que le siège du jugement, de la discrimination, du lien à autrui, de l'affectivité – intervenant dans l'élaboration du consentement – est justement atteint par la maladie.

Comment donc repérer chez autrui le discernement ?

C'est dans ce colloque singulier que notre « appareil à penser » va penser pour l'appareil en face de nous et juger de son aptitude à évaluer le monde alentour, à la recherche d'éléments, de symptômes pouvant faire penser que le sujet agit au travers de phénomènes sensoriels pathologiques (par exemple, les hallucinations).

Quand le psychiatre « doit-il » indiquer des soins sans consentement ?

→ Concernant les troubles psychotiques, il convient de repérer le degré de conscience du trouble, faire une analyse précise du délire et de son retentissement. Les critères HAS indiquent que « *la présence d'un délire n'est pas obligatoirement corrélée à une altération du consentement* », ce qui signifie que, même si le délire est très productif, la parole du patient doit être écoutée et respectée (HAS 2005). Ce qui importe davantage, c'est l'adhésion à ce délire, le retentissement (rechercher des passages à l'acte auto/hétéro-agressifs sur injonctions hallucinatoires), les conséquences sociales. Le syndrome dissociatif peut, à lui seul (donc même sans délire) altérer le discernement par le biais d'altérations cognitives (Pignon et al. 2014). Parmi les pathologies psychotiques, le délire paranoïaque doit alerter le psychiatre, surtout s'il existe des thématiques d'érotomanie ou de jalousie, pouvant être source de danger pour autrui. Dans ces cas-là, il est fréquent que les sujets soient hospitalisés en SDRE, et non en SDT afin de limiter la persécution du malade par un « persécuteur désigné » et ainsi, éviter des représailles.

Pour Pignon et al, le « *but des soins sans consentement sera [chez les patients psychotiques] la remise en question des croyances délirantes, notamment grâce à une chimiothérapie antipsychotique* », ce qui paraît cohérent et pragmatique mais réducteur, car le soin est pluriel et ne se limite évidemment pas à l'aspect pharmacologique, même s'il est un support, notamment dans le cas des psychoses (cf. partie D).

→ Concernant les troubles de l'humeur : dans les syndromes dépressifs, les critères HAS de soins sans consentement recherchent une menace vitale (risque suicidaire, retentissement somatique (épuisement, cachexie)), l'existence d'un délire, des antécédents familiaux et/ou personnels de suicide, un contexte de bipolarité. Dans les syndromes maniaques (dont 30% sont hospitalisés sans consentement), la conscience du trouble, l'instabilité psychomotrice et le retentissement socioprofessionnel sont plutôt des arguments en faveur d'une mesure de soins sans consentement. Des éléments délirants dans un contexte de trouble de l'humeur sont un signe de gravité.

Dans une crise suicidaire, il faut distinguer deux situations : l'existence d'une crise secondaire à un trouble mental altérant le consentement (trouble de l'humeur, trouble psychotique, personnalité limite) ou réactionnelle à un événement de vie (maladie incurable, fin de vie). Selon les critères HAS, le praticien doit évaluer le risque suicidaire (intention de passage à l'acte, facteurs de risque de suicide) et chercher une éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente.

→ Les patients présentant une problématique addictive s'exposent souvent intrinsèquement à des conduites à risque, des mises en danger, avec parfois un certain déni des troubles. Les soins doivent être généralement ambulatoires, libres et programmés car il n'existe pas (ou très exceptionnellement) de caractère d'urgence. Les seules indications retenues par la HAS pour une mesure de soins sans consentement sont l'association à des troubles psychiatriques, des antécédents de passage à l'acte et l'existence d'un danger pour soi ou autrui (HAS 2005).

Dans les cas des TCA, il convient de rechercher un éventuel risque vital qui indiquerait alors des soins sans consentement (ce qui concerne uniquement les anorexies sévères).

→ Enfin, si les troubles de la personnalité ne représentent pas une population homogène, trois profils s'exposent volontiers à des situations de mises en danger (personnalités états-limites, antisociales, histrioniques). Les troubles de la personnalité (axe 2 du DSM) à eux-seuls peuvent-ils justifier d'une décision de soins sans consentement ? La question ne fait pas l'unanimité. Seuls les troubles entraînant un risque de mise en danger pour soi ou autrui semblent concernés et conduisent à des soins sans consentement généralement courts pour une « mise à l'abri ». Toute la réflexion – dans les situations où il n'y a pas de pathologie psychiatrique décompensée, au sens de l'axe 1 – est

de savoir si le sujet présentant un tel trouble possède une labilité de son discernement et de sa capacité à consentir, en miroir des fluctuations en dents de scie de son trouble. Mais le trouble étant en quelque sorte « constitué », peut-on considérer pour autant que ces sujets-là ont de fait, un consentement instable et fragile de manière durable nécessitant des soins sans consentement lorsqu'il existe des situations de mises en danger?

Toute la difficulté réside dans le fait que le praticien doit anticiper les éventuels passages à l'acte en estimant, en l'absence de pathologie psychiatrique décompensée, s'il existe ou non une altération du jugement et du consentement suffisante pour nécessiter une mesure de soins sans consentement. Ces situations cliniques complexes exposent largement le médecin et sa responsabilité médico-légale.

→ Dans les pathologies démentielles, même s'il existe des altérations cognitives, elles sont le fruit d'un trouble neurodégénératif et non psychiatrique initialement, même si les symptômes peuvent être partagés (neurologiques et psychiatriques). Il faut préférer l'hospitalisation libre mais la HAS retient trois critères pour des soins sans consentement : le fait que le trouble ne puisse pas être pris en charge autrement que sous ce mode ; qu'il existe un danger pour le patient ou autrui ; que le patient ne puisse consentir de façon fiable aux soins en raison de troubles psychiques.

Enfin, l'APA (American Psychiatric Association) définit des critères beaucoup plus vastes pour une décision de soins sans consentement. Elle en retient cinq : un diagnostic fiable d'un trouble mental sévère, une détresse majeure du patient, une disponibilité d'un traitement efficace, l'incapacité à consentir aux soins, le caractère raisonnable du traitement qui serait accepté par une personne compétente à consentir (Braitman et al. 2014).

2- Entre tentatives d'approche, de mesure et de corrélation

Braitman et al. ont tenté de déterminer des critères cliniques pour l'aide à la prise de décision d'une mesure d'hospitalisation sans consentement aux urgences. Il ressort de leur étude que ce sont de faibles scores à l'échelle d'insight Q8 ou à l'étude globale de fonctionnement qui sont les meilleurs prédicteurs d'une décision d'hospitalisation sans consentement (Braitman et al. 2014).

Rappelons que l'insight est un concept apparu vers le milieu du XIX^{ème} siècle en France et traduit de manière approximative en français par différents termes, revêtant à chaque fois une signification spécifique : « anosognosie » (se rapportant à la neurologie), « déni » (renvoyant à une lecture clinique

psychodynamique), « théorie de l'esprit » (utilisée par la psychologie cognitive) (Jaafari et Dauga 2012). En allemand, « Einsicht », l'insight n'a pas de réel équivalent en français, sinon parfois « introspection », « introvision », « conscience de la maladie ». Initialement, il a été utilisé par la Gestalt psychologie puis la psychanalyse, comme Fédida qui le définissait en 1974 comme une « *aptitude de l'individu à une connaissance familière de son inconscient* » (Dictionnaire de la Psychanalyse). Le déni psychotique a été également décrit comme un mécanisme de défense vis-à-vis de la maladie et la dépression post-psychotique, comme un effondrement de ce déni. Selon Bourgeois, « insight » peut désigner une « *vision pénétrante de la nature et du fond des choses, dépassant la superficie des apparences pour en trouver le sens profond* » (Bourgeois 2002).

C'est avec l'émergence de la notion de « folie partielle » que les débats se sont portés sur l'insight ; Pinel rapportait des cas cliniques de patients dont la maladie mentale altérait leur jugement mais qui conservaient une certaine compréhension de leurs phénomènes psychopathologiques (Jaafari et Marková 2011).

D'autres auteurs ont essayé de montrer l'existence d'un lien entre capacité à consentir et insight, notamment auprès des populations pour lesquelles on sait qu'il existe un déficit de conscience de la maladie (troubles psychotiques au premier plan). L'échelle utilisée pour évaluer la capacité à consentir était la Mac CAT-T, fondée sur les travaux de Appelbaum et Roth (1982) distinguant quatre critères nécessaires à la compétence dans la prise de décision : la compréhension, l'appréciation, le raisonnement et la mise en évidence d'un choix. L'évaluation de l'insight a été réalisée à partir de la SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). Les auteurs ont dégagé plusieurs résultats dans un échantillon de 60 sujets schizophrènes : aucun lien n'a été retrouvé entre la dimension « compréhension » et les scores à la SUMD mais il existerait une corrélation négative entre les dimensions « appréciation » et « raisonnement » et cinq dimensions de la SUMD, ce qui validerait l'existence d'une corrélation entre capacité à consentir et insight dans la schizophrénie, corrélation vraisemblablement attribuée aux troubles cognitifs de la maladie (Capdevielle et al. 2011). Les auteurs restaient relativement prudents cependant quant aux conclusions qu'il était possible de réaliser, l'outil standardisé « Mac CAT-T » présentant quelques limites : la capacité à consentir n'est évaluée que sur les habiletés cognitives, sans tenir compte des émotions, valeurs, intuitions qui rentrent en jeu lors de la prise d'une décision, ni de la symptomatologie psychiatrique. De plus, l'absence de seuil clinique à partir duquel il existerait une réelle « incapacité à consentir » n'est pas défini, ce qui limite la portée d'un tel outil pour une utilisation en expertise ou lors de décisions d'hospitalisation sans consentement.

D'autres études réalisées sur les liens entre insight et capacité à consentir retrouvent des résultats contradictoires : certaines montrent une corrélation entre faible insight et déficit de la capacité à consentir, d'autres montrent que les patients souffrant de schizophrénie avec un faible niveau d'insight sont compétents pour consentir aux soins, d'autres qu'il n'existe pas de lien systématique entre ces deux concepts mais plutôt des corrélations dans leurs sous-dimensions (Jaafari et Dauga 2012).

Enfin, dans ses différents travaux sur l'insight, Bourgeois a montré que le score d'insight, était corrélé avec le mode d'hospitalisation (meilleur insight pour les patients en soins libres), le diagnostic (corrélations négatives fortes pour la schizophrénie versus tous les autres diagnostics sauf les troubles bipolaires), la situation maritale (meilleur insight pour les sujets en couple), les fonctions cognitives (corrélations positives avec les scores au MMSE), la durée d'hospitalisation (corrélations négatives). Mais il n'existerait pas de différence statistique entre conscience du trouble et niveau d'études, âge et nombre d'hospitalisations antérieures (Bourgeois et al. 2002; Bourgeois 2002). L'auteur rapporte que selon les études, 50 à 80% des patients psychotiques estiment qu'ils n'étaient pas malades, ce qui impacte fortement l'observance médicamenteuse. Le déficit de conscience du trouble est une des dimensions les plus constantes dans les troubles psychotiques ; il s'atténue un peu lorsque des symptômes dépressifs accompagnent la schizophrénie. La conscience du trouble est associée à une meilleure observance médicamenteuse, de meilleurs résultats thérapeutiques, des durées plus courtes d'hospitalisation qui sont moins nombreuses, un meilleur ajustement à la sortie de l'hôpital, une meilleure adaptation sociale, un meilleur fonctionnement global.

Au total, il apparaît difficile de dégager une ligne de conduite unique pour une indication de soins sans consentement même si toutes les situations évoquées partagent l'altération du jugement entravant, de fait, le consentement. Finalement, outre les signes cliniques, ce qui importe c'est surtout les éléments de contexte, les mécanismes en jeu (un délire de persécution n'a pas le même retentissement qu'un délire paraphrénique par exemple). La conduite à tenir doit être éclairée – comme le consentement – par les données actuelles de la science mais grandement motivée par l'expérience clinique, le bon sens du praticien et une bonne analyse du contexte afin de s'adapter à chaque situation individuelle.

On peut se demander quel réel intérêt thérapeutique existerait dans la construction de nouvelles échelles, pourtant demandées par de nombreux praticiens dans un objectif de « reproductibilité » et de « standardisation », c'est-à-dire niant toute l'atmosphère de réflexion éthique autour des soins sans consentement qui doivent s'articuler tout d'abord autour d'une présence, d'une écoute, d'une relation

unique. L'élaboration de critères permettant d'évaluer le consentement du sujet comporte-elle des risques, notamment celui d'une « protocolisation » de l'appréhension de la clinique du sujet, ou est-elle une utopie ?

D- Penser le soin en psychiatrie

Le questionnement central est de comprendre dans quelle mesure l'on peut prétendre soigner une personne souffrant de troubles mentaux, alors qu'elle est hospitalisée sans son consentement, mesure qui, comme nous l'avons vu, a beaucoup évolué au cours de ces dernières années, avec une nette tendance à la reconnaissance des droits des patients. Entre nécessité de soins, protection des libertés individuelles et maintien de l'ordre public, le psychiatre doit trouver sa place et ne pas perdre de vue sa mission de clinicien et de thérapeute.

Tyszler interroge le positionnement du psychiatre depuis la modification de la loi en 2011, avec l'arrivée désormais d'un contrôle par l'autorité judiciaire à travers la personne du JLD qui peut être perçu soit comme un nouveau tiers dans la relation, soit comme un observateur renvoyant dos à dos le patient et le médecin dans une relation souvent délicate dans ses débuts : « *Ce sont le psychiatre et l'équipe soignante qui, jusqu'alors, étaient en tiers pour le patient.[...] Les nouveaux dispositifs de la loi démasquent une conception duelle de la relation médecin-malade ; c'est le transfert lui-même qui va s'en trouver contesté dans un champ, celui de la santé mentale, dans lequel la position du praticien n'est pas réductible aux « services des biens »* » (Tyszler 2010).

1- Sollicitude, care, accompagnement

Une question – qui n'est absolument pas spécifique à la psychiatrie – est de se demander quel est l'objectif ultime du soin : que le sujet soit en bonne santé, qu'il puisse vivre selon ses propres choix, désirs et préférences (quitte à refuser les soins), qu'il se sente heureux et épanoui ?

Comme le rappelle T. Châtel, « *l'être humain est un être limité par nature, tôt ou tard, débordé dans ses propres forces. [...] Dans une société de la performance qui laisse croire sans honte que la dépendance serait un facteur d'indignité, la fragilité apparaît comme une provocation* » (Châtel 2010). L'auteur explique que cette fragilité, vécue honteusement parfois, est une « provocation » au sens étymologique du mot, c'est-à-dire un appel, un appel à la relation, un appel à l'écoute, un appel au soulagement. C'est ainsi qu'apparaît la nécessité de sollicitude, au sens d'une disponibilité psychique, d'une ouverture, d'un accueil, d'une empathie, d'une capacité à entendre et recevoir la souffrance de l'autre.

Mais cette sollicitude n'est rien sans une mise en action, le « care », concept anglo-saxon, qui n'a pas de réel équivalent en français, si ce n'est le fait de « prendre soin » (« take care »). Son étymologie – du latin « carus » qui signifie « valeur » – a donné naissance également aux mots « caresse », « charité », « caritatif ». Le « care » renvoie à une action responsable, professionnelle, de soulagement, en passant de la position d'écoute, d'analyse d'une plainte (sollicitude) à la mise en œuvre de la recherche d'une solution. « *On glisse de l'appel à la réponse* » (Châtel 2010). Mais le risque du « care » c'est de se restreindre à une unique compétence pratique – dans une logique de soins marquée par des considérations économiques, de rentabilité, oubliant que le « care » relève de l'art et qu'il perd sa valeur lorsqu'il est dépossédé de la sollicitude. T. Chatel explique que le « care » peut aussi être paradoxalement blessant, lorsque, dans la relation, il est à sens unique, plaçant celui qui le reçoit dans une position de « débiteur » – à la lumière des théories de M. Mauss sur le don et le « contre-don ». Le soignant se devant de rester dans une position professionnelle, la réciprocité est ici mise à mal.

C'est ainsi que la notion d'accompagnement permet de trouver la bonne distance. « *L'accompagnement n'est pas une compétence professionnelle spécifique [...] mais un état d'ouverture à l'autre. [Il] vient compléter le « care » [...] en lui donnant un souffle plus ample que la seule sollicitude* » (Châtel 2010). L'accompagnement ne fait pas du soignant un guide, mais une personne respectant le rythme de l'autre, dans une bonne distance, en proposant un « être ensemble ».

« *L'accompagnement se donne à voir comme un triple art du présent : art d'être présent (à soi et l'autre), art d'être au présent (ici et maintenant, sans projection), mais aussi art du présent (au sens du cadeau, don de soi mutuel)* ». « *Accompagner, ce n'est pas tant viser un objectif pour l'autre que de viser l'autre pour objectif* » (Châtel 2010).

Le soin n'est donc pas qu'un acte, qu'une écoute, qu'une réponse. C'est un art combinant sollicitude, « care » et accompagnement.

L'accueil d'un patient ne se restreint pas à sa seule admission dans un service mais rassemble les dispositions d'écoute, la disponibilité pour recevoir la souffrance psychique. C'est peut-être ce qui caractérise les soignants en psychiatrie, cette capacité d'accueil, ce qui fait que la relation de soins est en soi, thérapeutique.

Mais que vise-t-on lorsque l'on prétend soigner un sujet souffrant de trouble mental ? Annuler ses symptômes ? Lui apporter un mieux-être ? Travailler pour qu'il gagne en autonomie ? Créer un lien, outil du soin ?

La question du traitement pharmacologique, notamment dans les psychoses, illustre bien ces questions, et chaque clinicien les a rencontrées dans son expérience : la prescription d'un neuroleptique vise-t-elle la suppression (totale) du délire ou cherche-t-elle à améliorer la qualité de vie (incluant beaucoup de critères sociaux, environnementaux, professionnels, plus que strictement médicaux) en considérant que des symptômes résiduels peuvent faire partie cependant d'une amélioration clinique ? Ceci nous ramène à la question fondamentale des objectifs du soin en psychiatrie.

L'évaluation du consentement n'est pas simple, excepté peut-être pour les grands tableaux cliniques, comme les bouffées délirantes aiguës, les manies, les mélancolies délirantes où les mises en danger sont fréquentes (Beydon 2013). Selon l'auteur, « *devraient s'élaborer une psychologie et une psychopathologie du consentement faisant place aux multiples nuances de la pratique* ». Y a-t-il systématiquement privation de liberté quand on soigne sans consentement ?

Cette question fait écho au rôle de la contenance psychique qui peu à peu a tendance à être remplacée par la contenance physique des murs, de l'isolement, des contentions, des prescriptions médicamenteuses, bien souvent en raison d'un manque de temps, de personnel ou d'un défaut de théorisation psychopathologique. « *Le soin délaisse le modèle psychothérapeutique au profit de réponses pharmacologiques* » (Cano 2009). L'auteur ajoute qu'il existe aujourd'hui un réel paradoxe concernant la psychiatrie hospitalière qui devient « *moins contenante et plus contraignante, voire répressive pour les malades* ». Un des risques inhérents à l'usage de l'enfermement est sa protocolisation abusive alors que la question doit, bien sûr, être pensée de manière individuelle. Par ailleurs, sous le prétexte d'un devoir de « protection », il faut veiller à ne pas vouloir maîtriser, surveiller un risque fantasmé de dangerosité, de passage à l'acte et de tomber dans l'excès de l'isolement, de la contention matérielle plutôt que de passer du temps à travailler une relation de parole avec le malade (Beydon 2013).

Beaucoup disent que les missions « administratives » dédiées désormais aux infirmiers sont venues rogner petit à petit leurs missions de soins, d'accompagnement, d'écoute, ainsi que leur disponibilité. D'autres avancent que la dimension sécuritaire des soins psychiatriques (notamment dans les pavillons fermés et de crise) empiète sur les capacités d'initiative des soignants. « *Avant, quand on contenait psychologiquement le patient, une relation se nouait et elle était indéfectible* » rapporte un soignant interrogé par N. Beydon (Beydon 2013).

Dans quelle mesure imposer des soins à une personne qui y est hostile est-il légitime ? La maladie est déjà, en soi, une contrainte que le patient ignore parfois. L'obligation de recevoir des soins peut être vécue de manière intrusive, envahissante, infantilisante, comme une atteinte à la liberté, une forme de violation de l'autonomie. Cela questionne également la manière dont on peut raisonnablement imposer des soins et utiliser une certaine violence, physique lors de l'usage exceptionnel de la contention et/ou de l'isolement ou morale lorsque le cadre soignant est débordé par cette décision et ne parvient plus à l'expliquer au patient ni à l'apaiser.

Il faut ici concilier respect de la dignité humaine, de l'intégrité corporelle, de l'humanité, selon la célèbre formule de Kant : « *Agis de telle façon que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans celle d'autrui, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen.* »

2- « Soins sans consentement » : un oxymore ?

« *La première contrainte qui s'exerce sur un malade mental n'est pas celle de la société mais de sa maladie* » (Barthélémy 2003).

Partout, le consentement est prôné, devient la règle, et ce, surtout dans le champ médicosocial. Malgré cela, la France a vu naître la loi de 2011 (modifiée en 2013) portant sur les soins sans consentement. En dépit de ce que l'on peut penser et même si l'existence d'un cadre légal peut paraître « rassurant », celui-ci ne règle pas toutes les questions morales, éthiques, pratiques posées par le recours à la contrainte. Car même si l'on doit dire désormais « soins sans consentement » au lieu de « soins sous contrainte », la contrainte reste présente, au moins dans sa composante légale.

Selon le dictionnaire Larousse, la contrainte correspond au fait de « forcer quelqu'un à agir contre sa volonté » ; à une « pression morale ou physique, une violence exercée sur lui ». Pour le CNRTL, la

contrainte consiste en le fait d' « empêcher quelqu'un de suivre son penchant naturel, d'aller à l'encontre de sa volonté ».

Pour Rossini et al., il existe différents types de contrainte qu'il est important de prendre en compte : la notion de contrainte légale (c'est-à-dire, le mode d'hospitalisation sans consentement), la contrainte objective (usage de la force, de l'isolement, de la contention physique ou chimique, d'une médication forcée, d'une intervention de police), la contrainte perçue (situations dans lesquelles on décide à la place du patient), la contrainte cumulée (somme de l'ensemble des événements coercitifs) (Rossini et al. 2015b). Les auteurs rappellent qu'il existe une faible concordance entre le statut juridique à l'admission des patients et leur sentiment de contrainte : dans une revue de la littérature, Iversen et al. ont montré que 32% des patients admis en hospitalisation libre (HL) ont perçu d'importants niveaux de contrainte à l'admission contre 41% des patients hospitalisés sans consentement qui eux, les qualifient de « faibles ». 40% des personnes en hospitalisation sans consentement percevaient leur séjour comme consenti alors que 10% des personnes hospitalisées librement pensaient l'être sans consentement. Cano en 2013 montrait que 87.4% des patients en HL se disaient consentants à l'hospitalisation (donc 12.6% ne l'auraient pas été), 48.9% des patients en hospitalisation sans consentement estimaient être en HL et la moitié des patients se considérant comme non libres de circuler étaient en HL (Cano et al. 2013).

La justice procédurale semble être le meilleur prédicteur de contrainte perçue, considérant qu'elle correspond à la « *perception d'être inclus de façon respectueuse dans un processus décisionnel équitable* », à l' « *exigence morale de justice qui concerne les modalités d'élaboration d'un jugement, ou encore de délibération et d'élaboration des décisions* » (Rossini et al. 2015b).

La contrainte est une question éthique. Non seulement parce qu'elle prive le sujet de liberté et qu'il y a ingérence d'autrui mais aussi parce qu'elle mobilise l'argumentaire de la bienfaisance et de l'intérêt thérapeutique et qu'elle recourt parfois à la violence : « *la fin justifie les moyens* » (Guibet Lafaye 2014). Le soin en santé mentale est fondé sur deux paramètres importants : l'incertitude sur les capacités d'une personne à consentir, liée de manière intrinsèque à la maladie-même et le fait que la prise en charge porte atteinte aux libertés individuelles.

Pour consentir à des soins, il faut la condition préalable d'avoir conscience que l'on nécessite des soins, autrement dit, qu'on est malade. Or, si le déni peut se rencontrer chez tout malade, dans n'importe quelle spécialité médicale, la maladie mentale recouvre une particularité : elle touche l'essence-même de ce qui constitue l'homme, sa pensée, sa liberté, son autonomie, son libre-arbitre. La question de la conscience de soi et de la conscience de la maladie dépasse largement la question du déni.

Peut-il véritablement exister du soin en présence d'une contrainte ou en l'absence d'un consentement ? Pour beaucoup, le soin ne peut exister que lorsque la contrainte est dépassée.

Toute la difficulté dans la question d'imposer des soins, c'est le risque d'une inefficacité voire d'une contre-efficacité dans le rapport de soins. La contrainte survient quand on n'obtient pas le consentement et que l'on échoue dans la démarche de convaincre, persuader. La seule limite qui semble acceptable dans la question des soins imposés est, comme nous l'avons vu, lorsqu'il existe un risque de mise en danger de soi ou d'autrui. La contrainte, qu'elle soit psychique ou physique (soins sans consentement, isolement, contention) est une option de dernier recours, lorsqu'il n'existe plus d'alternative possible, lorsque tout semble avoir été tenté, sans succès.

Selon une étude de N. Cano, l'isolement est vécu comme traumatisant pour 66% des patients, avec une dimension dévalorisante et punitive et il existe une empreinte traumatique même longtemps après la période d'isolement (Cano et al. 2011). La question de l'usage de l'isolement cristallise parfaitement cette « dissonance éthique », cette balance morale entre nécessité de soins dans un objectif de conservation de la personne et respect de ses libertés et droits fondamentaux.

Souvent perçue comme une injonction administrative, corrélée au mode d'hospitalisation sans consentement, la mesure d'isolement est vécue de manière persécutoire et punitive et vue par certains comme une forme de contrôle social. Afin de limiter les effets néfastes à long terme, l'auteur propose de donner une place centrale à l'information du patient. Cette information doit lui permettre de construire son autonomie dans les soins, conditionne la valeur de son consentement et favorise l'alliance thérapeutique (Cano et al. 2011). Dans le même temps, il convient de laisser le sujet verbaliser autour de cette expérience qu'il considère très souvent comme traumatisante afin qu'il puisse lui constituer une place dans son psychisme.

Dans une autre perspective, comment peut-on contraindre une personne à recevoir des soins dont on sait qu'ils ne donnent pas l'assurance d'une guérison ni même parfois d'une rémission ? Le paradoxe de la psychiatrie est qu'il s'agit de la seule discipline médicale dans laquelle les soins peuvent être imposés alors même qu'il n'existe pas de traitement (pharmacologique ou psychothérapeutique) curatif qui garantisse la « restitutio ad integrum », si tant est qu'elle puisse exister dans une spécialité. Pour certains patients, l'hôpital psychiatrique est perçu comme un lieu de secours, de sauvetage, de guérison dont l'efficacité thérapeutique serait supérieure à une prise en charge ambulatoire. Peut-être faut-il y voir là l'aspect contenant, sociabilisant de l'institution, effet qui serait qualifié de « placebo » dans d'autres spécialités.

La question des neuroleptiques retard cristallise beaucoup de ces éléments d'interrogation, surtout qu'une galénique à libération prolongée sur trois mois est récemment arrivée sur le marché. L'objectif d'un tel traitement est de rendre le patient plus autonome, le réintégrer à son domicile, dans son contexte de vie sociale, d'optimiser l'observance. Le corollaire est qu'il existe une réduction des contacts entre le patient et l'équipe soignante, le traitement pharmacologique devenant à la fois central et exclusif, éclipsant les autres dimensions du soin. Maintenir l'autonomie du patient à son domicile ne doit pas faire oublier le risque d'isolement de ces patients, souvent qualifiés de « chroniques » et pour lesquels on pourrait porter moins d'attention, au prétexte qu'ils sont « autonomes chez eux ».

Par ailleurs, lorsqu'un patient donne son consentement pour un médicament, c'est en général pour une forme à « libération immédiate ». Qu'en est-il de ce même consentement pour des thérapeutiques « retard », d'une durée d'effet de trois mois désormais, puisque nous avons précédemment exposé que le consentement était partiel, temporaire, dynamique ?

Cela pose bien entendu la question de la durée de validité du consentement, non précisée dans les textes juridiques, consentement qui peut être, rappelons-le, retiré à tout moment.

Ainsi, l'antinomie entre soins et contrainte demeure mais tend à être dépassée quand on choisit une perspective de soin à moyen terme, c'est-à-dire qu'on utilise la contrainte légale des « soins sans consentement » comme une étape intermédiaire dans l'attente, l'espoir de la construction d'une relation de soins. « *Les soins ont pour effet de restaurer à un certain point la capacité de consentement perdue du malade [...] la contrainte ne doit pas s'entendre comme s'appliquant au processus de soins dans sa totalité* » (Haroche 2014). « *L'hospitalisation aura souvent permis une progression sur le chemin de l'autonomie, en facilitant l'acquisition d'un certain degré d'insight, c'est-à-dire une conscience au moins partielle de ses problèmes psychiques et de sa liberté de choix* » (Cano et al. 2013).

« *L'obligation de soins a été conçue non pour briser par la force l'éventuel refus du malade de se soumettre à un protocole de soins mais pour passer outre son incapacité à consentir* » (Robiliard 2013).

Le soin sans consentement ne peut être une finalité thérapeutique mais seulement une étape parfois nécessaire (Bourelle et al. 2014).

3- Autour d'une question de sémantique

Dans cette période d'insécurité, favorisée par la crise du lien social, les situations de solitude, la montée des individualismes, la perte de la notion d'intégration sociale et le sentiment d'abandon, la Loi prévoit des mesures sécuritaires visant à renforcer le contrôle social, et peut-être, à garantir la sûreté des personnes. Dans les débats oscillant entre politique sécuritaire et politique libertaire, le risque est toujours de créer un amalgame entre délinquance, criminalité, récidive et troubles mentaux. Peut-être peut-on y voir là une défense collective de la société qui ne peut concevoir l'horreur de certains crimes que comme étant l'expression de la folie qui aurait traversé l'homme en le dépossédant de ce qui le rend homme. Surtout dans une époque où l'incivilité et la délinquance s'accroissent. Mais la sûreté des personnes dépend-elle des conditions de soins des personnes atteintes de troubles mentaux qui ne sont – de nombreuses études l'ont rappelé – que faiblement pourvoyeuses de violence par rapport au reste de la population générale (les troubles mentaux seraient en lien avec 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants et par an, contre 1 à 5 pour 100 000 habitants et par an en population générale) (HAS 2010) ?

Comme nous l'avons vu, un glissement entre « placements », « hospitalisations » et « soins sans consentement » s'est opéré depuis 1838, avec toutes les considérations que cela implique en termes de conceptions des soins (cf. partie II-D-1).

Parallèlement, et depuis l'avènement du modèle néolibéral de notre système de soins, on parle d'« usager » voire même de « consommateur de soins », avec le risque d'un glissement vers une marchandisation des rapports de soins et une confusion entre la notion de « patient » et celle de « client » voire de « client roi » (Hazif-Thomas et al. 2014). Depuis l'ère de la « démocratisation » du savoir médical, fortement revendiquée par les patients, dans une société en quête de reconnaissance de « plus de droits », la pratique médicale, historiquement considérée comme un « art », tend à devenir un bien de consommation (Moutel 2012).

Il est étonnant, à l'heure d'une société qui commente, « suranalyse », dissèque tous les faits et gestes des politiciens et personnalités publiques, qu'il n'y ait eu que peu de débats concernant l'expression retenue par la loi de 2011, « personne faisant l'objet de soins sans consentement » qui minimise, du moins symboliquement, dans sa formulation, la place de la personne dans ces soins.

Hazif-Thomas citant Y. Plantier rappelle que la personne est « *ce qui apparait dans une présence sans cesser de s'énoncer dans un devenir* »(Hazif-Thomas et al. 2014).

Parler de « personne faisant l'objet de soins psychiatriques » serait une aberration pour Boèce (V-VI^{ème} siècle après JC), pour qui la personne humaine est une « substance individuelle de nature raisonnable », qui n'a donc pas de besoin de soins (Boèce).

La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques » est une curieuse dénomination pour des sujets malades. D'une part, être « objet de soins » ne signifie pas être « acteur de soins ». Il existe une sorte de passivité dans cette allocution, voire même l'annulation d'une intention, d'un désir. On peut utiliser l'expression « faire l'objet de » pour un sujet inanimé lorsque l'on dit par exemple qu'une « décision a fait l'objet de débats », ou bien même pour exprimer une notion d'accusation : « un coupable a fait l'objet, d'une sanction ». Pourquoi ne pas plutôt utiliser les expressions « personne étant sujet de rencontres psychiatriques » ou « personnes en situation de soins psychiatriques », ou « personne en soins psychiatriques » ? (Hazif-Thomas et al. 2014).

Son utilisation ici, pour dénommer, non seulement une personne, mais à laquelle on « propose » voire même on impose des soins, renforce la question implicite de la « contrainte », en l'absence de consentement. De plus, par cette maladroite formulation, on constate que la personne s'efface volontiers derrière les soins psychiatriques dont elle a besoin, donc derrière sa maladie.

4- De la question des programmes de soins ambulatoires

« La pratique quotidienne montre que nombre de patients hospitalisés contre leur gré apportent un consentement valide à leurs soins. C'est la preuve que l'on peut dissocier obligation d'hospitalisation et obligations de soins. Afin de respecter les droits du patient, cette dissociation est absolument nécessaire. » (Jonas 1990).

Concernant la décision de soins sans consentement ambulatoires, plusieurs auteurs regrettent – pendant que d'autres s'offusquent – que la contrainte de soins, déjà lourde en hospitalisation se déplace d'un lieu (l'hôpital) à un état (la personne « en programme de soins »), devenant en quelque sorte, « illimitée ». « *N'étant plus limité aux murs de l'hôpital, le système asilaire pourra désormais s'inviter jusque dans l'intimité des personnes* ». Certains estiment que cette mesure, inscrite dans la loi, trahirait l'inviolabilité du domicile (principe fondamental et constitutionnel, déduit de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen), notamment dans les possibilités de visites à domicile qui peuvent être vécues comme intrusives en ne respectant pas l'intimité du patient. Les auteurs rappellent qu'il faut « *penser, toujours et encore le secteur psychiatrique comme un dispositif*

de désaliénation, de psychothérapie institutionnelle, fondée sur des soins psychiques relationnels faisant place à l'étrangeté d'autrui, à son accueil et au travail de perlaboration psychique. » (Bellahsen et al. 2012).

Selon Guibet Lafaye, on peut imposer un traitement (médicament, isolement, enfermement) mais pas des soins, à l'image des patients dans le déni de leurs troubles à qui l'on peut administrer un traitement et qui sont donc traités mais pas soignés. Cette dimension d'obligation de soins s'apparente dans une certaine mesure à une forme de contrôle social, largement critiquée depuis la loi de 2011, contre laquelle se sont insurgés de nombreux psychiatres, accusant les autorités de vouloir leur confier une mission déguisée de maintien de l'ordre public.

Avant, la contrainte portait sur l'hospitalisation, c'est-à-dire un lieu de soins – quoi qu'il existe un vieux débat portant sur le statut de l'hôpital (« lieu de soin ou de contrainte ? »). Désormais, ce sont les soins eux-mêmes qui sont imposés, ces soins qui doivent permettre de créer une relation avec la personne, là où cela semble parfois impossible, afin d'avancer ensemble, de l'accompagner, de regarder dans la même direction, de lui laisser la possibilité de s'appuyer et de faire confiance. Les soins sont la recherche professionnelle de réconfort.

Mais, dans cette perspective, et puisque les soins sont fondés sur une relation, une dynamique et une temporalité inhérente au colloque singulier, est-il raisonnablement possible d'envisager qu'on puisse imposer une dynamique relationnelle à autrui ? Selon Guibet Lafaye, la « contrainte de soins » ne peut s'exercer que dans un lieu de soins, car elle n'est pas une contrainte en soi et elle n'est introduite que parce qu'elle a un objectif thérapeutique à terme, à savoir, de permettre d'engager un travail relationnel. C'est dans cette perspective qu'il est possible d'entrevoir la thérapie, travail de l'alliance, fondé dans un rapport d'horizontalité, de symétrie.

Cette alliance thérapeutique est basée sur la notion de confiance qui est elle-même une question complexe car mobilisant bien plus que ladite « relation médecin-malade ». Comment peut-on imaginer se livrer à quelqu'un sans lui faire confiance, mais comment lui faire confiance sans le connaître, et surtout, si la relation démarre par la contrainte, à moins d'espérer un clivage du sujet...

Dans la littérature, le programme de soins est considéré, soit comme le pourvoyeur d'une protection des personnes vulnérables, instaurant un cadre thérapeutique contenant hors les murs de l'hôpital et permettant ainsi à des patients de bénéficier de soins plus adaptatifs au plus près de leur vie sociale

dans un objectif de préservation maximale de leur autonomie, soit comme attentatoire aux libertés individuelles. « *Sa légitimité demeure moins dans son contenu que dans son objectif, à savoir constituer un palier pour le développement de la confiance et de l'alliance thérapeutique* » (Bourelle et al. 2014).

Après la création de l'Asile, puis les politiques de désaliénation avec la mise en place du Secteur et la volonté de faire sortir les malades de l'hôpital en favorisant la construction de lieux de soins au plus près de chez eux, certains pensent aujourd'hui le programme de soins – et donc la possibilité de soins sans consentement « à domicile » – comme le retour d'une politique asilaire, individuelle, personnalisée, sous couvert d'arguments humanistes.

Doron propose des réflexions éthiques autour de la transition sémantique entre « hospitalisation » et désormais « soins » sans consentement, en questionnant notamment ce que le législateur englobe dans « soins » – qui n'est probablement pas superposable avec ce que le thérapeute conçoit comme étant des « soins » – substantif qui « *présente un visage sympathique et bienveillant* » (Doron 2010). Toute l'ambiguïté réside dans le fait que les soins sont dématérialisés, en dehors des murs de l'hôpital, pouvant recouvrir moult facettes de prise en charge. Contrairement aux « hospitalisations sans consentement » qui étaient délimitées dans un lieu par un début et une fin (établis par des certificats médicaux), le concept de « soins » semble, selon lui, moins contrôlable dans l'espace et dans le temps. Doron y voit un mouvement paradoxal du législateur qui, en 2011, fait intervenir le JLD pour un meilleur contrôle, en même temps qu'il crée une situation « floue » de soins, dont il ajoute qu'il sera beaucoup plus difficile pour le patient d'en sortir. Sans compter la question des réintégrations qui autorisent le psychiatre à « rétropédaler » en convertissant les « soins » en une nouvelle hospitalisation, faisant dire à certains que les « soins sans consentement » sont une forme de liberté surveillée et rappelant l'empreinte de la politique pénale sur cette loi (Doron 2010). Et d'ajouter que le législateur, en disant « soins » pensait peut-être « hospitalisation » sans se douter que cela susciterait des débats enflammés chez les professionnels et les penseurs...

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL & MEHODE

I- Justification scientifique et description générale de la recherche

A- Problématique générale

La question des soins sans consentement est riche et vaste tant les angles d'études sont variés. Il nous paraît essentiel de connaître ses aspects historiques et juridiques pour comprendre la profondeur de la réflexion autour de cette question, plus que jamais d'actualité, car en tension entre mouvements sociétaux, politiques, juridiques, sanitaires et éthiques.

Travailler sur les « soins sans consentement », c'est accepter de (re)penser le sens du soin en psychiatrie afin d'ajuster, en pratique, son positionnement de clinicien et de thérapeute, entre considérations juridiques et éthiques.

Les situations cliniques nous rappellent quotidiennement que la question du consentement est éminemment politique et philosophique et qu'aucune « conduite à tenir prête à l'emploi » ne peut être satisfaisante, tant la question de l'Humain mérite qu'on lui consacre du temps et des réflexions sans cesse renouvelées.

Depuis l'apparition des soins sans consentement en 1838, beaucoup de progrès ont été faits notamment en matière de respect des droits du patient. L'hospitalisation sans consentement est reconnue comme constitutionnelle, est contrôlée désormais par l'autorité judiciaire et fait l'objet de modalités bien définies par la loi du 5 juillet 2011, modifiée en 2013.

Comme nous l'avons vu, un changement de sémantique a traversé ces 180 ans de psychiatrie légale, depuis les « placements », jusqu'aux « soins sans consentement ». On ne parle plus de « contrainte » même si la dénomination « soins sans consentement » ne fait pas oublier qu'il existe bien une contrainte légale de soins.

Penser et questionner les soins psychiatriques dans cette configuration est une exigence éthique qui s'impose au clinicien qui doit composer avec Juges et Préfets, sans jamais oublier son rôle de thérapeute. Les soins sans consentement sont une mesure exceptionnelle, réservée aux situations

dans lesquelles il existe un risque de mise en danger (de soi ou d'autrui) sous-tendu par une pathologie psychiatrique pour laquelle on estime que des soins immédiats sont nécessaires. Ils ne peuvent constituer une finalité thérapeutique en soi et doivent être perçus comme une mesure transitoire permettant de dépasser le temps de la crise, afin d'atteindre une relation de soins consentie librement.

B- Etat actuel de la recherche

A notre connaissance, il existe peu d'études réalisées sur les concepts de consentement, de vécu des patients hospitalisés sans consentement (ou alors, a posteriori, une fois que les patient sont suivis en ambulatoire) et la question de l'analyse de la pratique psychiatrique à travers les aspects éthiques est très récente et peu documentée (Cano 2009)(Guibet Lafaye 2016). Par contre, beaucoup étudient la satisfaction des « usagers ».

Les rares études sur le sujet concernent des points très spécifiques comme le vécu et la compréhension par des patients hospitalisés sans consentement de l'audience du JLD (Rossini et Verdoux 2015), le vécu de l'hospitalisation en psychiatrie quel que soit le mode (Cano et al. 2013) et celui de l'isolement (Cano et al. 2011), ou sur des aspects généraux plutôt d'ordre épidémiologique concernant par exemple l'évaluation de la pratique des « soins à la demande d'un tiers » (Mesu et al. 2015).

Parallèlement, il existe plusieurs rapports épidémiologiques réalisées par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) sur la question des soins sans consentement ; la mission de cet organisme est de produire des données statistiques et des analyses sur le système de santé français. Ses publications apportent des informations statistiques sur les différentes procédures légales de soins, en fournissant notamment un éclairage sociodémographique (description de la population), clinique (caractéristiques diagnostiques de la population), géographique (disparités régionales), juridique et en présentant les tendances nationales de recours aux soins sans consentement chaque année (files actives, actes de soins, etc.) (Coldefy et Nestrigue 2013 ; Coldefy et Tartour 2015 ; Coldefy et Fernandes 2017).

Les travaux menés par l'équipe de N. Cano montrent que 87,4% des patients hospitalisés en HL se disent consentants et 48.9% des hospitalisés sans consentement estiment être hospitalisés librement, que l'hospitalisation en psychiatrie représente une expérience potentiellement chargée d'affects

négatifs (vécu pénible pour 50% des patients, impuissance pour 40%). L'équipe précise qu'une écoute plus active et une meilleure information pourraient permettre d'améliorer le vécu des patients hospitalisés (Cano et al. 2013). Dans ses travaux, l'équipe de Cano cite ceux de Svesson qui montrent que les patients qui se croient contraints s'améliorent significativement moins durant leur traitement (Svesson et Hansson 1994).

En revanche, nous n'avons pas retrouvé d'étude tentant de faire un lien entre vécu de l'hospitalisation sans consentement et devenir du patient dans la filière de soins psychiatriques (notamment ambulatoires), alors que la question de l'adhésion aux soins semble légitimement liée à l'expérience de soins initiale.

Concernant l'isolement, seulement 30% des patients estiment avoir reçu une information, 66% considèrent cette expérience comme traumatisante, 43% la conçoivent comme utile et 76,7% pensent qu'elle est évitable (Cano et al. 2011).

De plus, les dernières recommandations de la HAS sur l'isolement et la contention en psychiatrie stipulent que « *à la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions qui y ont conduit et une réflexion doivent être menées d'une part avec le patient et d'autre part en équipe* » (HAS 2017). Cette pratique de reprise et d'analyse des expériences pourrait s'appliquer de manière plus générale à chaque décision de soins sans consentement, en vue d'améliorer la compréhension des épisodes de soins contraints – malheureusement associés régulièrement à des représentations et des souvenirs négatifs – de remettre du sens et de restaurer la confiance.

Tout laisse à penser que meilleure est l'implication du patient dans ses soins quand on le rend acteur et central dans sa prise en charge, en dépit du fait qu'il soit hospitalisé sans consentement initialement. L'information sur la procédure de soins sans consentement, le fonctionnement du service, la situation clinique, le diagnostic, le traitement, reste cruciale pour maintenir l'autonomie du patient. L'information améliore l'alliance, l'évolution thérapeutique et l'adhésion au traitement en favorisant l'inscription du patient dans une dynamique de soins à laquelle il participe activement.

Longtemps, le vécu subjectif des patients (a fortiori schizophrènes) a été peu pris en compte dans l'étude de la maladie mais l'expérience associée à la survenue du trouble reste un élément central dans sa compréhension (Llorca 2013). La psychiatrie, à l'instar de la médecine moderne, s'est efforcée de créer un langage spécifique pour exprimer l'évaluation de signes et symptômes qui devaient rendre reproductible le diagnostic. Actuellement, il est admis que la prise en compte du vécu subjectif du

patient est désormais indispensable dans toute prise en charge globale. Llorca précise que « *la description par le patient de la perception de son expérience vécue est un apport majeur pour la compréhension de la maladie, surtout dans sa phase initiale. Le recueil du vécu du patient, d'un point de vue social, les stratégies de décision médicale partagée pour le choix des traitements qui permettent d'intégrer ce vécu subjectif dans l'alliance thérapeutique sont des voies qu'il faut développer* ».

A propos du vécu des patients de l'audience du JLD, Rossini et al. ont montré que 50% des patients contestent la mesure d'hospitalisation, 70% considèrent que le juge se montre à l'écoute et bienveillant et 56% s'estiment en désaccord avec lui à l'issue de l'audience (alors que moins de 20% comptent faire appel) (Rossini et Verdoux 2015).

D. Peyron estime que dans 90% des cas, le patient est plutôt satisfait de l'audience avec le JLD, notamment du fait qu'il puisse rencontrer un juge qui examine le caractère légitime de son hospitalisation (Ledesma et Peyron 2012).

Une étude a permis de rassembler une centaine de témoignages de patients à l'occasion de l'audience du JLD, dont l'objectif était de mesurer la façon dont est vécue cette « *intrusion systématique de la justice dans les soins* » (Mercier 2012). Pour certains, le JLD est perçu comme le « tout puissant » capable de passer outre la décision médicale ; pour d'autres, il réveille des sentiments de culpabilité, pour une faute symbolique réelle ou imaginaire, parfois endormie dans le passé du sujet. Il en ressort que la décision du JLD est rarement contestée et sa légitimité est respectée, alors que les patients peuvent toujours considérer l'hospitalisation comme abusive. Beaucoup reconnaissent avoir été écoutés, même s'ils jugent ce temps trop court et formel.

Des résultats différents sont apportés par une étude réalisée à Poitiers en 2012 : Valmy et al. rapportent l'incompréhension totale ou partielle du cadre de cette loi et de son intérêt par les patients, précisant que si l'audience du JLD ne semble pas générer de décompensation psychiatrique, elle renforce cependant le niveau de stress souvent déjà important, lié à l'hospitalisation sans consentement (Valmy et al. 2012). La dénomination juge « des libertés et de la détention » semble majorer la conviction de culpabilité souvent exprimée par les patients (et s'intégrant parfois à un délire) et questionne les auteurs sur la possibilité de ne conserver que le versant « gardien des libertés » dans la qualification de ce juge.

Enfin, l'étude de Mesu et al. apporte des informations épidémiologiques, statistiques, sur la pratique des « soins à la demande d'un tiers » (SDT et SPI) en termes de trajectoire de soins mais sans intégrer la notion de vécu des patients (Mesu et al. 2015).

Un rapport de l'IRDES apporte des renseignements sur le devenir des patients hospitalisés sans consentement : 50% d'entre eux bénéficieront d'un suivi ambulatoire à l'issue de l'hospitalisation, en soins libres pour seulement 27% d'entre eux (Coldefy et Tartour 2015).

Ces différents résultats montrent que la littérature est peu florissante sur le sujet, même si plusieurs rapports épidémiologiques émanant d'instituts chargés de réaliser des statistiques sanitaires nationales (IRDES, DREES, ATIH) sortent annuellement, donnant des chiffres bruts globaux. De plus, les études déjà réalisées se sont intéressées soit au vécu des patients sur des points précis de leur prise en charge psychiatrique (hospitalisation, isolement, audience du JLD), soit à la dimension statistique des trajectoires de soins de ces patients sans entrevoir d'articulation entre les deux, à savoir dans quelle mesure un vécu d'hospitalisation pourrait impacter le devenir du patient – et notamment son suivi ambulatoire – d'autant plus lorsqu'il a pu exister une contrainte légale initiale.

Ainsi, notre étude s'est élaborée dans ce contexte, cinq ans après l'application de la loi du 5 juillet 2011, avec comme projet ambitieux de tenter de mettre en perspective le vécu de ces patients hospitalisés sans consentement (leurs perceptions, leurs émotions, leurs remarques et leurs désirs) avec leurs trajectoires de soins, et ce, à la lumière des données cliniques et sociodémographiques de cette population en essayant de rassembler dans un « patchwork » les différentes situations cliniques que nous rencontrons chaque jour dans les services des hôpitaux psychiatriques.

II- Objectifs de la recherche

A- Objectif principal et critère d'évaluation principal

L'objectif principal de cette étude est de mesurer l'impact d'une hospitalisation sans consentement sur l'adhésion du patient à un suivi ambulatoire psychiatrique librement consenti, au vu du faible chiffre avancé par l'IRDES (27% de suivi ambulatoire libre après une hospitalisation sans consentement, Coldefy et Tartour 2015).

Ainsi, il ne s'agit pas de quantifier une éventuelle « efficacité » des mesures de soins sans consentement en jugeant de l'investissement ou non d'un suivi librement consenti au décours d'une

hospitalisation sans consentement mais bien de pouvoir connaître le devenir de ces sujets dans les soins (Ont-ils adhéré à des soins ambulatoires ? Sont-ils toujours hospitalisés ? Si oui, toujours sans leur consentement ? Ont-ils arrêté tout soin depuis la sortie de l'hôpital ? etc.) et de distinguer d'éventuels profils cliniques et sociodémographiques concernant la qualité d'une adhésion à des soins psychiatriques ambulatoires ultérieurs en vue de pouvoir poser un regard averti sur les situations cliniques futures et de préparer aux mieux celles qui nécessiteront une attention particulière.

Afin de mesurer cela, nous proposons de retenir comme critère d'évaluation principal, le nombre de consultations ambulatoires libres honorées, qu'elles soient médicales, infirmières ou psychologiques, dans un lieu de soins ambulatoires (incluant en premier lieu les Centre Médico-Psychologiques (CMP), les Centres de Soins de Jour (CSJ) et les Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)), ainsi que les visites à domicile (VAD) avec réalisation d'un acte infirmier (réalisation d'un pilulier, délivrance d'un traitement) dans la mesure où les sujets sont bien entendus consentants à ces soins (et qu'ils ouvrent la porte de leur domicile dans le cas des VAD). Nous excluons uniquement les rendez-vous (RDV) avec les assistantes sociales qui ne relèvent pas de la prise en charge médico-soignante à proprement parler.

Nous exprimerons ce résultat en pourcentage de RDV honorés afin d'obtenir des informations chiffrables sur leur « assiduité » et leur investissement dans les soins proposés.

Ce critère sera mesuré sur une période de suivi de 3 mois, grâce à la consultation du logiciel CIMAISE qui recense en détails les actes de soins.

B- Objectifs secondaires et critères d'évaluation secondaires

L'objectif secondaire de cette étude est d'analyser, via un auto-questionnaire, le vécu des patients hospitalisés sans consentement, en termes de perceptions, d'émotions, de souhaits, d'attentes mais également d'évaluer le niveau subjectif d'information du patient qui reflète le degré d'information perçue (sur la base de ses allégations) concernant les raisons de son hospitalisation et son mode légal, l'éventuel traitement administré (son rôle et ses effets indésirables) et enfin d'interroger son niveau de conscience de sa maladie et de la nécessité de soins immédiats et ultérieurs.

Le critère de jugement secondaire correspond aux réponses fournies par le patient au questionnaire qui lui est remis à différents temps de son parcours de soins :

- En fin de première semaine d'hospitalisation (J6-J7) pour laisser au sujet le temps d'être accueilli dans le service de soins, d'y trouver ses marques et de passer la période de crise, tout en restant dans une temporalité relativement « aiguë », au plus près des états psychiques ayant motivé l'hospitalisation sans consentement.
- En fin de deuxième semaine d'hospitalisation (J13-J14) pour les sujets toujours hospitalisés et ainsi après leur éventuelle audition par le JLD (qui survient au plus tard 12 jours après leur entrée en SSC).
- Au cours du 3^{ème} mois après l'entrée en hospitalisation sans consentement, lors du suivi ambulatoire librement consenti.

C- Hypothèses initiales

Par l'étude des trajectoires de soins à l'issue d'une hospitalisation sans consentement, nous espérons obtenir des informations à la fois quantitatives, en termes d'investissement dans un suivi ambulatoire libre (en dégagant d'éventuels « profils » cliniques et sociodémographiques de patients selon le niveau d'adhésion aux soins) mais aussi qualitatives en termes de vécu émotionnel, perceptif et cognitif de l'hospitalisation.

L'appariement de nos sujets pour le critère d'évaluation principal, avec une population de « témoins » (sujets hospitalisés librement), permettra de distinguer une éventuelle différence des adhésions aux soins (mesurée par le nombre et la fréquence de consultations honorées selon que l'hospitalisation ait été contrainte légalement ou librement consentie).

Que l'hospitalisation soit libre ou sous la contrainte légale, ses modalités et son organisation en termes d'actes de soins sont identiques : les sujets hospitalisés le sont dans les mêmes services (les sujets sont mélangés et se côtoient d'ailleurs dans les différents services), reçoivent les soins des mêmes équipes médicales et soignantes.

Concernant le critère d'évaluation principal, nous faisons l'hypothèse qu'une minorité de patients hospitalisés sans consentement s'inscrira dans des soins libres ambulatoires, dans la période des 3 mois suivant l'hospitalisation et que parmi cette population ayant « adhéré » à des soins libres, nous

trouverons une faible proportion de sujets souffrant de pathologies sévères et chroniques telles que les psychoses ou les troubles bipolaires de l'humeur.

Quant au vécu de l'hospitalisation sans consentement, nous imaginons que les personnes investiront d'autant moins un suivi ambulatoire auprès de leur équipe de soins de secteur qu'elles auront eu une expérience négative de leur séjour hospitalier (en termes d'émotions, de perceptions, de représentations associées).

Concernant les résultats de l'appariement, trois situations pourront se présenter :

- L'adhésion aux soins ambulatoires des sujets hospitalisés sans consentement est identique à celle des sujets hospitalisés librement dans les 3 mois qui suivent l'hospitalisation. Cette situation traduirait une forme de neutralité en ce qui concerne l'impact de la contrainte légale sur la possibilité d'inscription dans des soins librement consentis, c'est-à-dire qu'il n'existerait en fait ni bénéfice ni préjudice futur à instaurer des soins initialement contraints (en conservant à l'esprit que la contrainte initiale est très souvent instaurée pour garantir et préserver l'intégrité du sujet et qu'il s'agit donc bien d'une mesure auto-conservatoire). Cela indiquerait également que la population bénéficiant de soins sans consentement ne différerait pas de celle hospitalisée librement concernant ses capacités à demander et investir les soins psychiatriques. Ainsi, il n'existerait pas de déterminant, de critères cliniques ou sociodémographiques intervenant dans le processus d'adhésion aux soins ambulatoires.
- L'adhésion aux soins ambulatoires des sujets hospitalisés sans consentement est inférieure à celle des sujets hospitalisés librement dans les 3 mois qui suivent l'hospitalisation : il existerait alors des facteurs intervenant dans la possibilité d'accéder aux soins libres à l'issue de la contrainte initiale. Parmi eux, on pourrait retrouver des facteurs de nature clinique, sociodémographique ou bien liés à la contrainte elle-même (vécu douloureux des soins initiaux, représentations de l'hospitalisation en psychiatrie, éventuelle situation d'un premier contact avec la psychiatrie). Il semblerait alors qu'une attention toute particulière doive être portée à cette population, moins encline à poursuivre les soins sous une forme librement consentie alors qu'ils s'avéraient nécessaires en raison d'un risque initial.
- L'adhésion aux soins ambulatoires des sujets hospitalisés sans consentement est supérieure à celle des sujets hospitalisés librement dans les 3 mois qui suivent l'hospitalisation : ce résultat appuierait la légitimité et la nécessité de la contrainte légale initiale, outre sa fonction

d'« autoprotection » des sujets lorsqu'il existe un risque immédiat pour leur intégrité. Cette situation témoignerait également du fait que le refus de soins initial n'est pas synonyme de refus total et permanent de soins, ce qui abonderait également dans le fait que le consentement aux soins est « *toujours partiel, temporaire, fluctuant, dépendant d'une relation de soins, d'une équipe soignante* » (Guibet Lafaye 2015).

Nous faisons l'hypothèse que l'existence d'une contrainte légale initiale lors de la décision d'une hospitalisation a un impact sur les capacités du sujet à investir les soins qui lui sont proposés. Nous prévoyons que l'adhésion aux soins ambulatoires libres des sujets hospitalisés initialement sans consentement soit inférieure à celle des sujets ayant recours à une hospitalisation libre.

III-Conception de la recherche

A- Temporalité et localisation de l'étude

Notre étude s'est déroulée entre le 28 novembre 2016 et le 28 août 2017, au Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle (17).

Cet établissement appartient au « Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis » (GHLR) qui réunit différentes structures publiques de soins sur le territoire Nord de la Charente Maritime ; il est spécialisé dans l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

La très grande majorité des mesures de soins sans consentement se déroulant à l'hôpital public (88% au niveau national, Coldefy et Nestrigue 2013), il nous a semblé évident de réaliser notre étude dans un des hôpitaux du département.

L'hôpital psychiatrique Marius Lacroix rassemble trois secteurs de psychiatrie s'étendant du nord du département de la Charente-Maritime (frontière avec la Vendée) jusqu'à Marennes et ses environs, en incluant les îles de Ré, Aix et Oléron.

Pour chaque secteur psychiatrique, il existe sur le site Marius Lacroix (La Rochelle) trois unités de soins hospitaliers à temps complet :

- Secteur 1 :

- Unité « Ile de Ré » (pavillon fermé)
- Unité « Aire Bleue » (pavillon ouvert)
- Unité « Arnozan » (pavillon ouvert)
- Secteur 2 :
 - Unité « Ile d'Aix » (pavillon fermé)
 - Unité « Marchand 1 » (pavillon ouvert)
 - Unité « Marchand 2 » (pavillon ouvert)
- Secteur 3 :
 - Unité « Ile d'Oléron » (pavillon fermé)
 - Unité « Pierre Loti » (pavillon ouvert)
 - Unité « Hermione » (pavillon ouvert)

A noter qu'il existe une petite unité d'hospitalisation de « post-urgences psychiatriques » (6 lits), localisée sur le site principal du GHLR, mais qui ne reçoit aucun patient hospitalisé sans consentement. Nous n'y avons donc pas inclus de patients (ni choisi de patients « témoins » lors de l'appariement).

Depuis la circulaire du 25 juillet 1985 donnant naissance à la sectorisation psychiatrique sur un plan légal, chaque secteur dispose dans son organisation de Centres Médico-Psychologiques (CMP) sur son territoire géographique, en dehors des murs de l'hôpital, au plus près de sa population.

Le nord de la Charente-Maritime dispose de huit CMP : quatre CMP pour le secteur 1 (Saint-Martin de Ré, Marans, La Rochelle, Surgères) ; un unique CMP pour le secteur 2 (Aytré) ; trois CMP pour le secteur 3 (Rochefort, Marennnes, Saint-Pierre d'Oléron).

B- Sélection et recrutement des patients

1- Critères d'inclusion

Nous avons inclus toute personne remplissant simultanément ces différents critères :

- Etre âgé de plus de 18 ans,

- Etre hospitalisé sans consentement en raison d'un trouble psychiatrique (procédures « SDT » (article L3212-1 II 1° du Code de Santé Publique), « SDTU » (article L3212-3 du CSP), « SPI » (article L3212-1 II 2° du CSP), « SDRE » (article L3213-1 ou 2 du CSP),
- Ne pas s'être opposé à la participation à l'étude.

2- Critères de non-inclusion

Nous avons exclu toute personne présentant au moins un des critères suivants :

- Etre mineur,
- Etre hospitalisé en SDRE selon les articles L3214-3 du Code de Santé Publique et D398 du Code de Procédure Pénale (personnes détenues) ou sur décision judiciaire selon les articles L3213-7 du CSP et 122-1 (alinéa 1) du Code Pénal (personnes ayant bénéficié d'un jugement d'irresponsabilité pénale après qu'ait été retenue l'abolition de leur discernement au moment de l'infraction),
- Etre dans l'impossibilité de communiquer et de comprendre le questionnaire (barrière de langage, retard mental grave ou profond, processus démentiel, pathologie neurologique atteignant les fonctions cognitives),
- Etre dans un état de grande instabilité clinique et/ou en chambre d'isolement au moment de la date de la passation du premier questionnaire (J6-J7),
- Avoir été transféré d'un autre hôpital (mesure de SSC initiée en dehors de La Rochelle)
- Refuser de participer à l'étude,
- Avoir déjà participé à l'étude pendant la période d'inclusion.

Nous tenons à apporter ici trois précisions importantes. La première est que le Centre Hospitalier Marius Lacroix accueille régulièrement des personnes détenues sur son territoire, puisque le Nord de la Charente Maritime possède deux établissements pénitentiaires : la Maison Centrale de Saint-Martin de Ré (personnes incarcérées pour de longues peines) et la Maison d'Arrêt de Rochefort.

La très grande majorité des détenus hospitalisés proviennent de la Maison Centrale.

La seconde tient au fait que les patients détenus ainsi que ceux hospitalisés après un jugement d'irresponsabilité pénale ont été exclus pour des raisons d'incompatibilité de temporalité de leur prise en charge : l'étude de leur devenir à trois mois d'une hospitalisation sans consentement n'a pas de sens lorsque l'on sait que, d'une part, l'hospitalisation des détenus n'a pas d'autre alternative que de se faire sous contrainte au titre des articles L3214-3 du Code de Santé Publique et D398 du Code de

Procédure Pénale, et que, d'autre part, les détenus sont renvoyés dans leur établissement pénitentiaire après leur hospitalisation pour poursuivre leurs (longues) peines. De la même façon, les personnes relevant de l'article 122-1 du Code Pénal sont hospitalisées (article L3213-7 du CSP) suite à la décision judiciaire pour plusieurs mois (voire années). Selon l'IRDES, la durée moyenne d'hospitalisation annuelle des détenus était de 24 jours en 2010 et 41 jours en 2012 ; celles des personnes jugées pénalement irresponsables, de 171 jours en 2010 et 162 jours en 2012 (Coldefy et Tartour 2015).

Enfin, nous avons exclu les sujets pour lesquels la mesure de soins sans consentement a été décidée dans un autre centre hospitalier et auxquels nous n'aurions pas pu proposer de remplir les questionnaires aux dates convenues.

3- Période d'inclusion et modalités de recrutement

L'inclusion s'est déroulée entre le lundi 28 novembre 2016 et le dimanche 28 mai 2017, soit sur une période de six mois.

Cette durée nous semblait à la fois intéressante car donnant un point de vue relativement global et conséquent concernant le nombre de sujets pouvant potentiellement être recrutés pour l'étude et pratique d'un point de vue statistique pour calculer les résultats (en multipliant par deux pour avoir des chiffres annuels).

Le recrutement des patients s'est fait via le service administratif du bureau des entrées qui tient à jour quotidiennement la liste des patients entrant en hospitalisation complète dans le cadre de soins sans consentement.

Ce document, consultable via l'intranet de l'hôpital, rassemble l'état civil des patients, leur numéro de dossier informatisé, le mode légal de soins sans consentement, la date de leur entrée dans l'établissement, les dates des certificats médicaux initiaux, des 24 heures, des 72 heures, de l'avis motivé, des certificats mensuels, celles de l'audition par le JLD.

Par ailleurs, la Direction de l'hôpital Marius Lacroix a mis à notre disposition les statistiques de l'établissement sur les soins sans consentement pour les années 2015 et 2016.

Ainsi, en 2015, le Centre Hospitalier Marius Lacroix recensait 4 302 hospitalisations, dont 90,4% en soins libres (soient 3 887 hospitalisations) et 9,6% en soins sans consentement (soient 415

hospitalisations), alors que les chiffres nationaux avoisinaient plutôt des proportions de l'ordre de 76%-24% (Coldefy et Fernandes 2017).

Les 415 hospitalisations sans consentement étaient réparties comme suit : 57 % (soient 236 hospitalisations) en SDTU ; 21% (soient 89 hospitalisations) en SDT ; 13% (soient 54 hospitalisations) en SDRE et 9% (soient 36 hospitalisations) en SPI.

Ces chiffres étaient en augmentation (397 hospitalisations sans consentement en 2013, 405 en 2014), comme la tendance nationale avec une augmentation des procédures de SDRE et de SDTU, une stabilité concernant les SPI et une diminution des procédures SDT entre 2013 et 2015.

Quant aux durées d'hospitalisations sans consentement, 26% étaient inférieures à 12 jours (c'est-à-dire que la mesure était levée avant l'audition devant le JLD), 30% étaient comprises entre 12 et 30 jours, 30% entre 1 à 6 mois, 9% entre 6 mois et 1 an et enfin 5% étaient supérieures à 1 an. Ainsi, une personne sur deux bénéficiant d'une hospitalisation sans consentement avait quitté l'hôpital au bout d'un mois.

En 2016, ont été enregistrées 3 862 hospitalisations, dont 374 sans consentement, ce qui traduit un recul par rapport à 2015. Parmi elles, 212 étaient des SDTU (57%), 86 des SDT (23%), 31 des SPI (8%) et 45 des SDRE (12%).

C- Déroulement de l'étude

1- Design de l'étude

Notre étude était observationnelle (c'est-à-dire non interventionnelle, puisque tous les actes ont été pratiqués de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance, la participation à l'étude n'a modifié en rien la prise en charge de la personne, il n'y a pas eu de consultation ou d'examen supplémentaire, le questionnaire était rempli par le sujet lui-même, sans intervention de soignants), prospective, monocentrique, non contrôlée.

Un appariement des sujets a été réalisé sur l'âge, le genre, le diagnostic établi par le psychiatre traitant selon la CIM-10, ainsi que sur la période d'hospitalisation (28 novembre 2016 au 28 mai 2017).

La durée d'inclusion a été fixée à six mois et la durée de suivi des sujets inclus à trois mois. Ce dernier choix a été motivé par la lecture de différents rapports (de l'IRDES notamment, se basant

régulièrement sur une durée de 3 mois en amont et en aval de l'hospitalisation pour l'analyse des données de soins) et par le souhait de limiter le nombre de sujets « perdus de vue ».

Ainsi, la durée de l'étude était de neuf mois et la durée totale de participation à l'étude pour chaque patient était de trois mois.

2- Suivi et recueil des données

Chaque patient entré en soins sans consentement dans un des services de l'hôpital Marius Lacroix pendant la période d'inclusion s'est vu proposer de participer à l'étude en fin de première semaine d'hospitalisation (J6 ou J7) : une lettre d'information lui était remise par un des soignants du service.

S'il donnait son accord pour la participation, un premier auto-questionnaire lui était alors remis le jour-même. Après le remplissage, le patient remettait son questionnaire dans une enveloppe ou une bannette prévues à cet effet dans les différents services (disposées dans le bureau infirmier).

Ce même questionnaire lui était remis en fin de deuxième semaine d'hospitalisation par un soignant (s'il était toujours hospitalisé à temps complet), soit dans les 48h suivant l'audition du JLD, c'est-à-dire à J13-J14 de son entrée. Le questionnaire était absolument identique au premier avec cependant deux questions supplémentaires concernant spécifiquement sa compréhension et son vécu de l'audition par le JLD.

Enfin, si le sujet était sorti d'hospitalisation complète et avait investi un suivi ambulatoire librement consenti (en CMP ou CSJ ou CATTP) dans son secteur avant la fin du troisième mois suivant son entrée en hospitalisation sans consentement, ce questionnaire lui était remis une troisième fois par une secrétaire ou un soignant du lieu de soins ambulatoires.

Au terme de la période de suivi de 3 mois, nous comptabilisons pour chaque patient le nombre d'entretiens honorés et leur fréquence (exprimée en pourcentage de présence) dans les différentes structures de soins ambulatoires de secteur, via la consultation du logiciel CIMAISE (à partir duquel sont cotés tous les actes de soins psychiatriques).

Nous précisons que nous n'avons pas pris en compte dans notre étude les éventuels RDV pris auprès des structures ambulatoires addictologiques de l'hôpital (notamment au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)), ces soins étant spécifiques et ne relevant pas à proprement parler du suivi psychiatrique de secteur.

Concernant l'organisation « pratique » et les conditions de réalisation de notre étude, nous avons d'abord diffusé à tous les cadres infirmiers de l'hôpital Marius Lacroix une note d'information à destination de l'ensemble des personnels travaillant dans les services hospitaliers pour présenter brièvement notre travail, ses objectifs et ses modalités de mise en œuvre.

Ensuite, nous nous sommes rendus dans chacun des neuf services dans lesquels aurait lieu l'étude (au cours des transmissions inter-équipes ou des temps institutionnels de réunions) pour rencontrer les équipes soignantes et expliquer en direct les conditions de mise en place de l'étude.

Nous avons disposé les différents documents à remplir dans chaque service, au niveau du bureau infirmier, avec un classeur visible ou des bannettes permettant le stockage des différents questionnaires et lettres d'information vierges, ainsi qu'une enveloppe pour la récupération des questionnaires remplis.

Afin de permettre à chaque équipe de proposer à ses patients de participer à l'étude en temps voulu, nous notions dans les cahiers de consignes infirmières des « rappels » de proposition des différents questionnaires, pour chaque patient, aux dates prévues. Nous relevions les questionnaires remplis plusieurs fois par semaine dans chacun des services.

A noter qu'en raison du caractère non-interventionnel de l'étude, nous n'avons pas rencontré les patients. De plus, nous n'étions pas impliquée médicalement dans le suivi des personnes incluses.

Actions	Inclusion (J6/J7 après début des SSC)	Visite 1 (J13/J14 après début des SSC)	Visite 2 (M3 après début des SSC)
Consentement éclairé	X		
Questionnaire 1	X		
Recueil données sociodémographiques	X		
Questionnaire 2		X	
Questionnaire 3			X
Inscription dans suivi ambulatoire libre au terme de 3 mois après date entrée en SSC (n= nombre de consultations ambulatoires)			X

Déroulement de l'étude

D- Présentation des outils d'évaluation et de recueil des données

1- Recueil des données cliniques

Le recueil des informations cliniques a été réalisé pour chaque patient, au fur et à mesure de l'inclusion, à partir de son dossier médical et soignant : une version papier était disponible dans le service d'hospitalisation et comprenait essentiellement le dossier de soins infirmiers, des éléments administratifs et les photocopies des certificats médicaux et décisions d'admission en soins psychiatriques signées par le Directeur de l'établissement.

Le dossier informatique, plus riche, rassemblait toutes les observations cliniques, les comptes rendus d'hospitalisations, les certificats médicaux. Il était accessible via les logiciels GIBUS et CROSSWAY pour la partie médicale, et CIMAISE pour les codes diagnostiques CIM-10.

Le Centre Hospitalier Marius Lacroix étant actuellement en transition concernant l'utilisation de ses logiciels informatiques (passage progressif de GIBUS à CROSSWAY, secteur par secteur, entre janvier et octobre 2017), il a souvent été nécessaire de consulter toutes les sources pour éviter une perte d'information.

Les éléments cliniques recueillis concernaient :

- La date d'entrée en hospitalisation sans consentement
- Le mode légal de soins sans consentement
- L'existence d'éventuels antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et si oui, le type d'hospitalisation (soins libres ou soins sans consentement)
- L'existence d'un suivi psychiatrique ou psychologique dans les trois mois précédant l'hospitalisation, et si oui, le lieu (CMP ou cabinet libéral)
- Le mode d'admission sur le lieu où l'hospitalisation sans consentement a été décidée (SMUR, pompiers, forces de l'ordre, moyens personnels, structure de soins ambulatoires, autres)
- Le fait d'avoir été accompagné par des proches sur le lieu où l'hospitalisation sans consentement a été décidée
- Le motif principal d'hospitalisation sans consentement
- L'éventuelle verbalisation d'un refus de soins et/ou la manifestation d'une violence physique ou verbale (mentionnés dans le certificat médical initial)
- La notion d'une éventuelle rupture de traitement
- La notion d'une éventuelle prise de produits toxiques à l'entrée

- Le type de service à l'entrée de l'hospitalisation (fermé/ouvert)
- Le recours à d'éventuelles mesure d'isolement ou de contention physique pendant l'hospitalisation (traçage via un document spécifique dans chaque dossier médical)
- Le diagnostic retenu par le psychiatre et codé grâce à l'utilisation de la CIM-10 (via le logiciel CIMAISE)
- Le nombre de jours d'hospitalisation à temps complet
- Le nombre de jours de soins sans consentement
- L'auteur de l'éventuelle levée de la mesure de soins sans consentement (directeur de l'établissement après avis du psychiatre, JLD, sortie requise)

Un document avait été créé pour faciliter le recueil de ces informations et faisait partie du cahier d'observation dédié à chaque patient (cf. Annexe 4).

2- Recueil des données sociodémographiques

Les informations sociodémographiques ont été recueillies de la même façon, à partir des éléments consultables dans le dossier papier (feuillet administratif rempli par le soignant au moment de l'entrée du patient dans le service) et dans le dossier informatique.

Nous avons réuni les éléments suivants :

- L'âge
- Le genre
- Le statut professionnel, en distinguant les sujets actifs au moment de l'hospitalisation, des sujets inactifs et des retraités
- Le statut marital (célibat, mariage, concubinage, séparation, divorce, veuvage)
- Le fait d'avoir des enfants
- L'existence d'une éventuelle mesure de protection juridique en cours
- Le lieu d'habitation (La Rochelle, Rochefort, Communauté d'Agglomération de La Rochelle, autre commune du département 17, autre commune de France, personne SDF).

Ces éléments étaient recueillis dans le même document que les données cliniques (cf. Annexe 4).

3- Questionnaires

a- Choix de l'outil

Afin d'évaluer le vécu subjectif de l'hospitalisation sans consentement par les patients, nous avons choisi de leur proposer un auto-questionnaire, à remplir aux différents temps de leur parcours de soins comme indiqué ci-dessus (C-3-b).

L'auto-questionnaire donne l'avantage d'obtenir des réponses subjectives, anonymes et d'augmenter le taux de participation à l'étude (comparativement à des entretiens qui imposent d'accepter de consacrer du temps à un évaluateur extérieur).

Nous avons choisi cet outil de mesure car nous souhaitions obtenir par une large et simple diffusion des données quantifiables, permettant une certaine généralisation de résultats.

De plus, au vu du nombre de sujets que nous pouvions et espérons inclure – les statistiques de 2016 rapportaient 374 personnes hospitalisées sans consentement donc, 187 en moyenne sur 6 mois – il nous a semblé plus réaliste de proposer des questionnaires plutôt que de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de la population hospitalisée sans consentement durant la période d'inclusion.

En outre, nous souhaitions pouvoir connaître l'éventuelle évolution du vécu des sujets inclus, notamment avec l'intervention du JLD au 12^{ème} jour de l'hospitalisation, au cours d'une audition pendant laquelle lui sont rappelées les circonstances et les modalités légales de son hospitalisation sans consentement. Il nous paraissait important de pouvoir obtenir une évaluation avant et après cette intervention afin de dégager d'éventuelles modifications quant au niveau d'information concernant l'hospitalisation, sa perception, son vécu émotionnel et cognitif. De la même façon, nous avons imaginé que les représentations et le traitement de cette expérience – l'hospitalisation – par les phénomènes mnésiques pouvaient avoir un impact sur le souvenir de cet épisode de soins sans consentement et qu'une nouvelle évaluation après la sortie de l'hospitalisation, et une fois le suivi librement consenti engagé, pourrait donner des informations intéressantes.

b- Conception de l'outil

Nous avons extrait de notre revue de la littérature différentes thématiques qu'il nous semblait important d'évaluer auprès de notre population. Nous avons donc élaboré une grille de thèmes à

aborder et avons ensuite rédigé la formulation des questions en essayant de conserver le style le plus neutre possible pour ne pas influencer les réponses des sujets.

Nous avons mélangé les thèmes et les questions afin de ne pas induire de réponses par catégorie.

Certaines questions ont été formulées de plusieurs manières pour tester la constance et la concordance des réponses (Bachelet 2014).

Finalement, nous avons décidé de rassembler les thèmes suivants :

- Le niveau d'information estimé par le sujet concernant le mode légal de son hospitalisation, ses droits et moyens de recours, l'audition par le JLD, le motif de l'hospitalisation, son organisation pratique, les rôles et effets indésirables des éventuels traitements administrés et le diagnostic. Notons que les questions de la notification des droits sous une forme protocolisée, l'existence d'une permanence d'accès au droit, l'accès aux informations utiles au séjour hospitalier dans les services, l'évaluation de la pratique des audiences par le JLD font partie des recommandations du CGLPL depuis 2015 (Hazan 2015).
- Le degré de satisfaction du sujet quant à son accueil dans le service, la qualité de la relation établie avec les soignants et les médecins, l'audience du JLD, au lien éventuel entretenu par le service avec la famille du patient.
- L'évaluation de la connaissance de la maladie et des capacités d'insight du sujet concernant l'épisode l'ayant conduit en soins sans consentement (nécessité de soins, d'aide, d'hospitalisation, reconnaissance de l'existence d'une maladie psychique, perception de l'utilité de l'hospitalisation, identification des rôles de l'hospitalisation, suivi psychique en amont et en aval de l'hospitalisation).
- Le vécu émotionnel de certaines expériences au cours de l'hospitalisation (audition par le JLD, isolement et contention éventuelles), l'expression des sentiments ressentis, d'une possible douleur morale avant et pendant l'hospitalisation l'impact sur la confiance en soi, l'impression d'être écouté pendant l'hospitalisation, de pouvoir émettre des suggestions par rapport à sa prise en charge et que celles-ci pourront être suivies par l'équipe.
- La restriction de liberté et la question de l'autonomie selon les conditions d'accès au téléphone, aux déplacements et sorties à l'extérieur du service et/ou de l'hôpital ainsi que la question de l'impact financier de l'hospitalisation.

- Un espace de remarques libres.

Ainsi le questionnaire comportait 51 questions pour sa première passation (à J6-J7 de l'hospitalisation), 53 questions pour les deux versions suivantes (ajout de deux questions spécifiques concernant l'audition par le JLD).

La majorité des questions appelait des réponses fermées à choix unique (33 questions) : nous avons alors proposé au sujet un panel de cinq nuances de réponses (par ordre décroissant : « oui, absolument », « oui je pense », « peut-être », « non, je ne pense pas », « absolument pas ») ou une réponse chiffrée (note à choisir entre 1 et 10/10).

Sept questions étaient fermées à choix multiple.

Enfin, treize questions étaient ouvertes à réponse courte, avec quelques lignes pour inscrire un commentaire.

4- Cahier d'observation

Ainsi, pour chaque patient, nous avons constitué un cahier d'observation rassemblant à la fois le document de recueil des informations cliniques et sociodémographiques et les trois questionnaires (cf. Annexe 4).

IV- Traitement des données

A- Analyse statistique

Toutes les données ont été saisies dans un tableur EXCEL.

L'exploitation des différents résultats a été réalisée en lien avec le service de Recherche Clinique du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, sous la direction du Dr Caroline Allix-Béguec, via le logiciel Xlstat.

L'ensemble des paramètres recueillis est présenté dans des tableaux et schémas comportant les statistiques descriptives selon les modalités suivantes :

- Pour les variables quantitatives : le nombre de valeurs manquantes et de valeurs non manquantes, la moyenne, l'écart type, l'intervalle de confiance à 95%, la médiane, le 1^{er} quartile, le 3^{ème} quartile, le minimum et le maximum.
- Pour les variables qualitatives : le nombre de valeurs manquantes et de valeurs non manquantes, les fréquences, les pourcentages et intervalles de confiance à 95%, pour chacune des modalités de la variable.

Pour évaluer le critère de jugement principal, une analyse testant l'hypothèse nulle d'homogénéité des populations (personne hospitalisée sans consentement versus personne hospitalisée avec consentement, ayant assisté à n consultations au CMP dans les 3 mois qui suivent l'hospitalisation) a été réalisée. Le test de Khi2 a été utilisé.

Une différence significative a été considérée au risque alpha bilatéral de 5%

B- Analyse qualitative

Pour l'analyse des onze questions à réponse ouverte courte, nous nous sommes inspirée de méthodes d'analyse qualitative, et plus particulièrement de l'analyse thématique, qui permet de transposer un corpus donné en un certain nombre de thématiques représentatives du contenu étudié, en lien avec le sujet de la recherche.

Les réponses à ces questions étant subjectives, le but du travail d'analyse a été de construire du sens autour des courtes réponses apportées.

Diverses étapes ont été considérées :

- Tout d'abord, nous avons constitué un tableau pour chacune des questions à réponse ouverte courte et recopié dans leur intégralité les propos de chacun des sujets ayant répondu à la question.
- Nous avons ensuite réalisé plusieurs lectures « flottantes » du corpus pour nous imprégner des réponses et susciter des impressions.

- Nous avons élaboré un relevé des thèmes en fonction des contenus des réponses en dégagant les éventuels thèmes récurrents, opposés, convergents, complémentaires, apparentés et comptabilisé le nombre d'occurrences pour chacun.

V- Accès aux données, confidentialité et considérations éthiques

A- Accès aux données

Les personnes participant à cette recherche ont été informées de leur droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi que des modalités d'application de ce droit via la lettre d'information.

Seul le personnel habilité par le promoteur (investigateur, attachés de recherche clinique) et les représentants des autorités de santé peuvent avoir accès à ces informations, sans violer la confidentialité et dans les limites autorisées par les lois et réglementations.

Les documents sources sont constitués par l'ensemble des informations, résultats d'examens figurant dans le dossier médical des personnes participants à cette recherche.

B- Confidentialité des données

En déposant notre protocole de recherche auprès du service de Recherche Clinique du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, nous nous sommes engagée à maintenir confidentielles les identités des sujets qui ont participé à l'étude. Nous sommes soumis au secret professionnel (selon les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal).

Pendant la recherche, les données recueillies sur les personnes incluses ont été rendues anonymes. Sur les cahiers d'observations, chaque sujet a été identifié par un code comprenant successivement la première lettre du nom et du prénom, suivie d'un numéro à deux ou trois chiffres. Ce code est la seule information qui figure sur le cahier d'observation et qui permet de le rattacher a posteriori au sujet.

Les données ont été traitées et informatisées de façon anonyme et confidentielle sur un système sécurisé.

C- Considérations éthiques

Nous avons soumis notre projet d'étude à l'avis du Comité d'éthique de l'établissement. Les informations communiquées portaient d'une part sur les modalités et la nature de la recherche et d'autre part, sur les garanties prévues pour les participants à cet essai (cf. Annexe 5)

Les sujets ont été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de leurs droits de refuser de participer à l'étude ou de la possibilité de se rétracter à tout moment. Toutes ces informations figuraient sur une lettre d'information remise au sujet et affichée dans chaque unité (cf. Annexes 6 a et b).

Les données recueillies au cours de l'étude sont conservées dans un fichier informatique respectant la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Nous avons déclaré notre recueil de données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté (CNIL) (cf. Annexe 7).

I- Caractéristiques de la population incluse

A- Déroulement de l'inclusion

Pendant la période d'inclusion (soit du 28 novembre 2016 au 28 mai 2017), le Centre Hospitalier Marius Lacroix a enregistré 165 mesures de soins sans consentement (hors réintégrations de SSC), dont 3 correspondaient à des transferts de patients du secteur dont les hospitalisations sans consentement ont été prononcées dans d'autres hôpitaux et 9 à des hospitalisations de personnes détenues (articles L3214-3 du CSP et D398 du CPP).

Ainsi, 153 mesures de SSC ont été initiées au sein du Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis (GHLR). Parmi elles, 105 étaient des SDTU (69%), 29 des SDT (19%), 14 des SPI (9%) et 5 des SDRE selon l'article L3213-2 du CSP (3%). De plus, 5 sujets ont été hospitalisés à deux reprises sans leur consentement dans cette période (hors réintégration), ce qui portait en fait à 148 le nombre de personnes hospitalisées sans consentement dans la période (et donc autant de candidats potentiels à l'inclusion).

Après cette première étape de screening, 122 patients ont pu être inclus dans l'étude, ce qui représente un taux de participation de 82,4%.

Nous avons exclu 26 sujets :

- 14 sujets du fait de leur refus de participer à l'étude
- 11 sujets en raison de critères cliniques d'exclusion (2 pour démence, 2 pour retard mental grave ou profond, 7 pour instabilité clinique et/ou séjour en chambre d'isolement à J6-J7 de l'entrée en hospitalisation).
- Par ailleurs, un sujet a été malencontreusement « oublié » lors de la tenue à jour du listing des personnes nouvellement hospitalisées sans consentement ; au moment de la découverte de notre oubli, les dates de passation des questionnaires étaient malheureusement déjà dépassées.

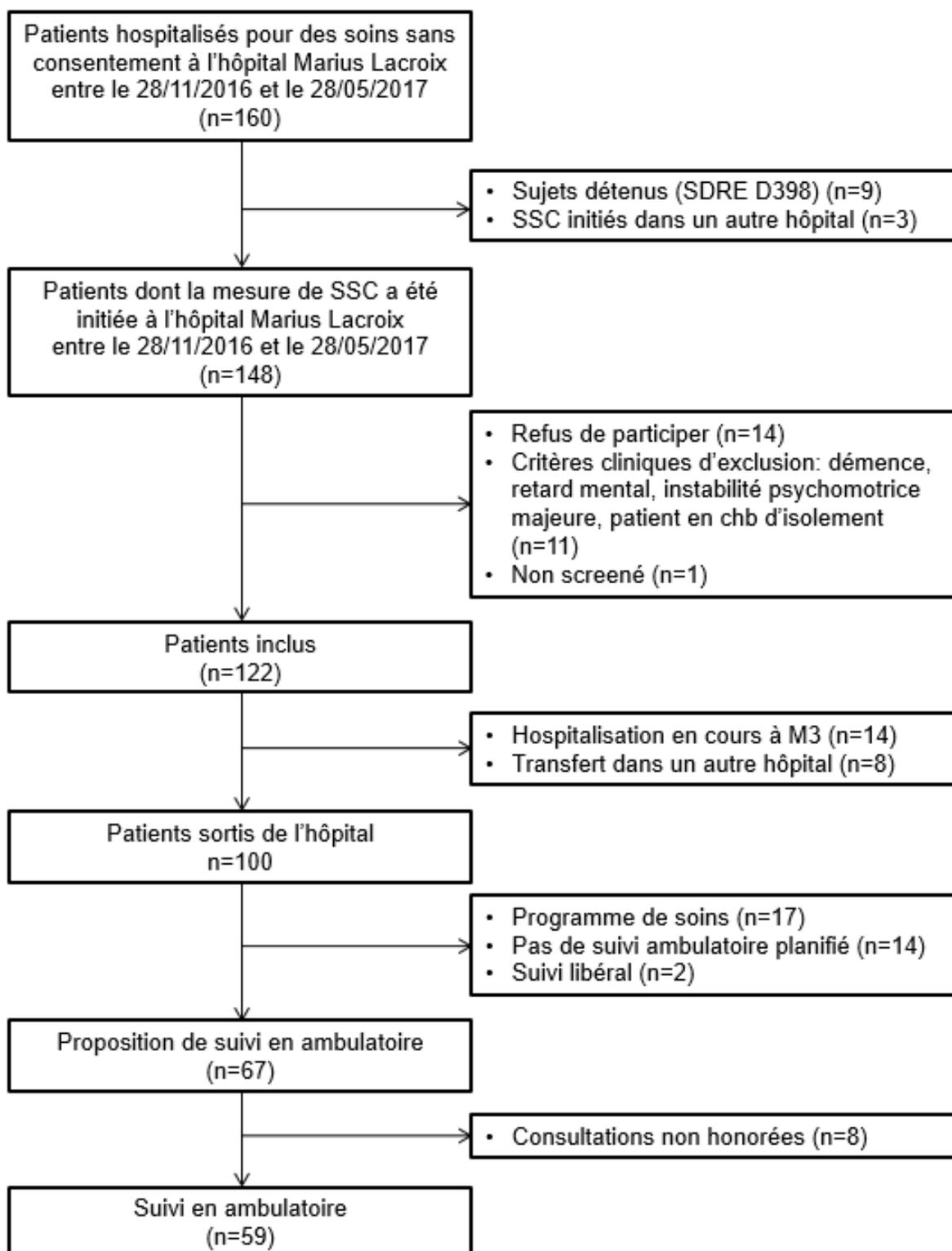


Figure 1 : Diagramme de flux

B- Caractéristiques sociodémographiques

1- Genre et âge

Variable	Modalités	Effectif par modalité	Fréquence par modalité (%)	Borne inf. des freq. (95%)	Borne sup. des freq. (95%)
Genre	Femme	56	45,902	37,059	54,744
	Homme	66	54,098	45,256	62,941
Age	18-25[	12	9,836	4,552	15,120
	25-35[	27	22,131	14,765	29,497
	35-45[	23	18,852	11,912	25,793
	45-55[	32	26,230	18,424	34,035
	55-65[	15	12,295	6,468	18,122
	65-75[	10	8,197	3,329	13,064
	>75	3	2,459	0,000	5,207

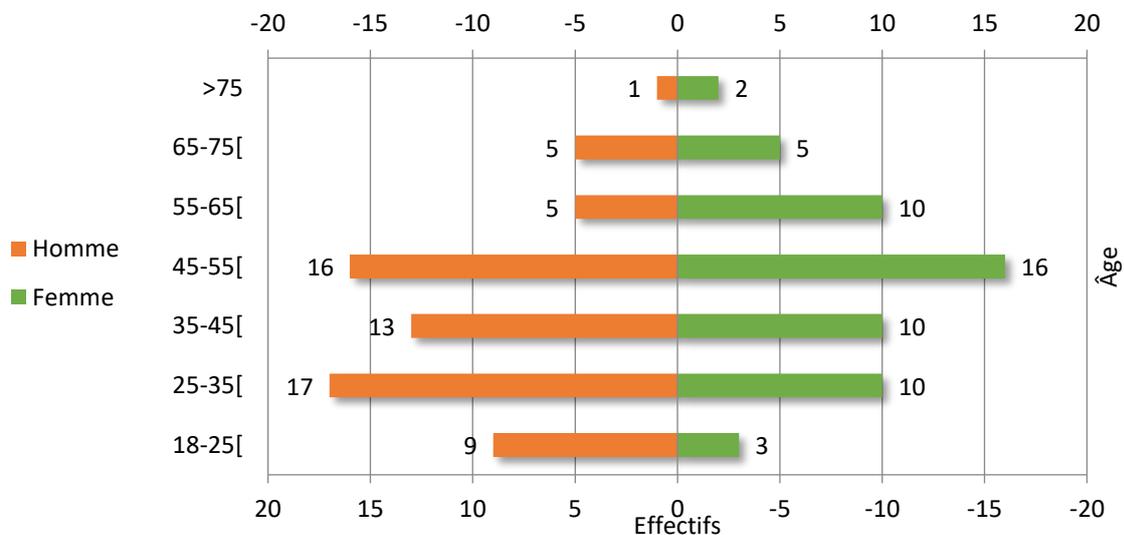
Tableau 1 : Genre et âge de la population

Parmi les 122 sujets inclus, 66 étaient des hommes (54%) et 56 des femmes (46%).

La tranche d'âge la plus pourvoyeuse de mesures de SSC correspond aux « 45-55 ans » (26,2%), suivis des « 25-35 ans » (22,1%) puis des « 35-45 ans » (18,9%).

Au total, deux tiers des sujets hospitalisés sans consentement étaient âgés de 25 à 55 ans ; un sujet sur deux avait moins de 45 ans ; près d'un sur trois avait moins de 35 ans. Dix pour cent avaient plus de 65 ans.

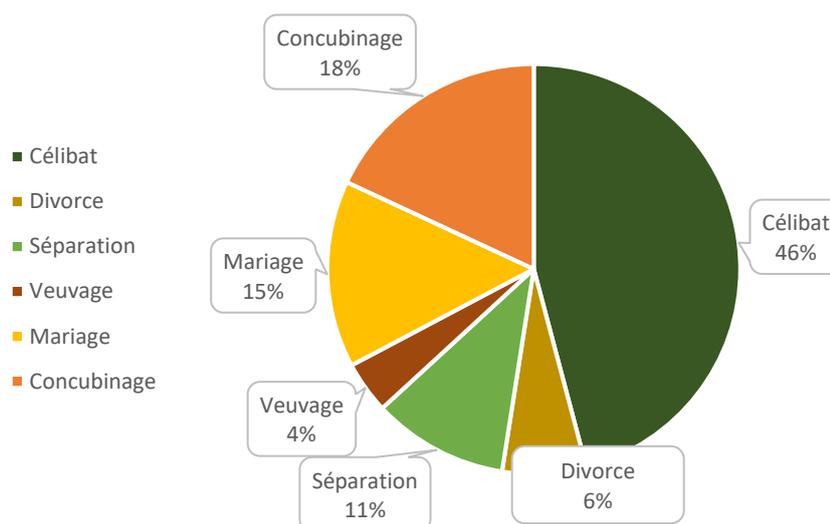
L'âge moyen était de 44 ans tout genre confondu, 47 ans pour les femmes et 41 ans pour les hommes.



Graphique 1 : Pyramides des âges selon le genre

De plus, il existe une distribution des sujets différente selon le genre : si la tranche d'âge « 45-55 ans » reste absolument équilibrée avec 16 hommes et 16 femmes, on note que la répartition des sujets masculins hospitalisés sans consentement se fait principalement entre 18 et 55 ans, avec un maximum entre 25 et 35 ans (17 hommes contre 10 femmes) et un second pic entre 45 et 55 ans (16 hommes). Près de 40% des hommes en SSC avaient moins de 35 ans, contre 23% des femmes pour cette même tranche d'âge.

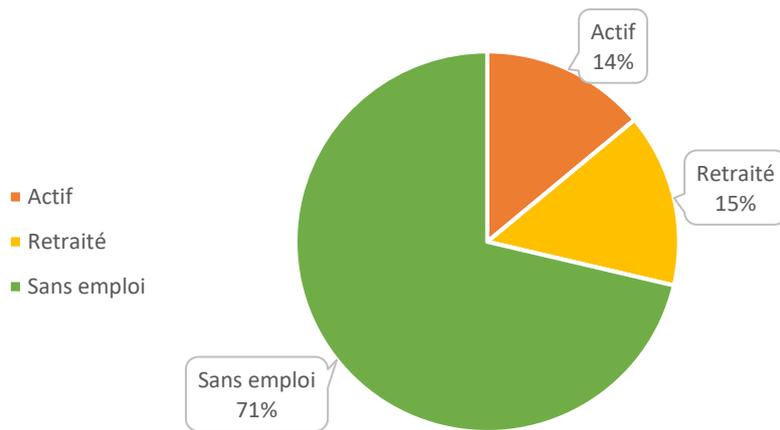
2- Statut marital et familial



Graphique 2 : Statut marital

Un sujet sur trois vivait en couple : 14,8% étaient mariés et 18% vivaient en concubinage. Un peu moins d'un sujet sur deux était célibataire (46%), chiffre auquel il faut ajouter 10,7% de personnes séparées, 6,5% de personnes divorcées et 4% de personnes veuves. Au total, deux tiers des sujets inclus vivaient seuls. Par ailleurs, 45% des sujets avaient au moins un enfant.

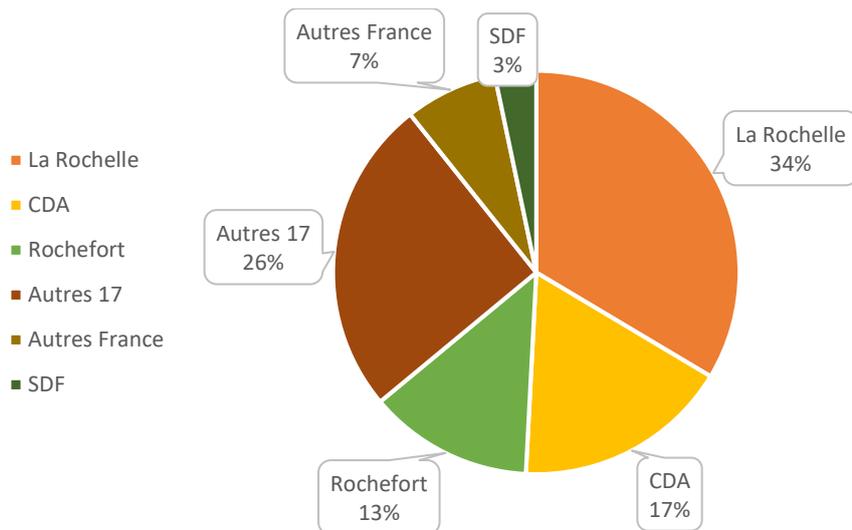
3- Statut professionnel



Graphique 3 : Statut professionnel

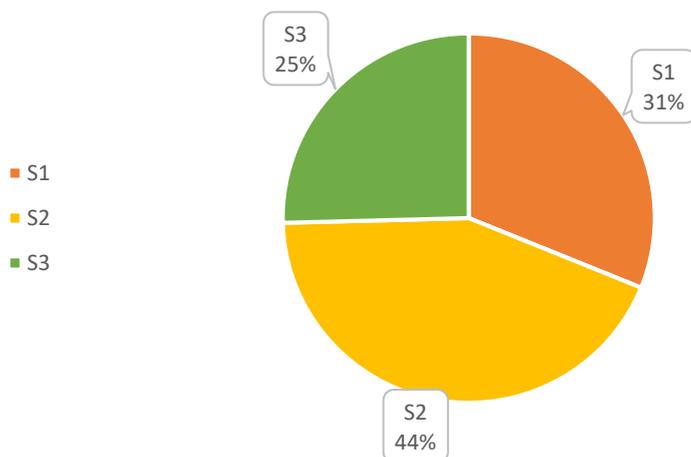
Soixante et onze pour cent des sujets inclus étaient sans activité professionnelle au moment de l'hospitalisation et dans le mois qui précédait. Près de 15% d'entre eux étaient retraités. Une minime proportion était active (14%).

4- Lieu d'habitation



Graphique 4 : Lieu d'habitation

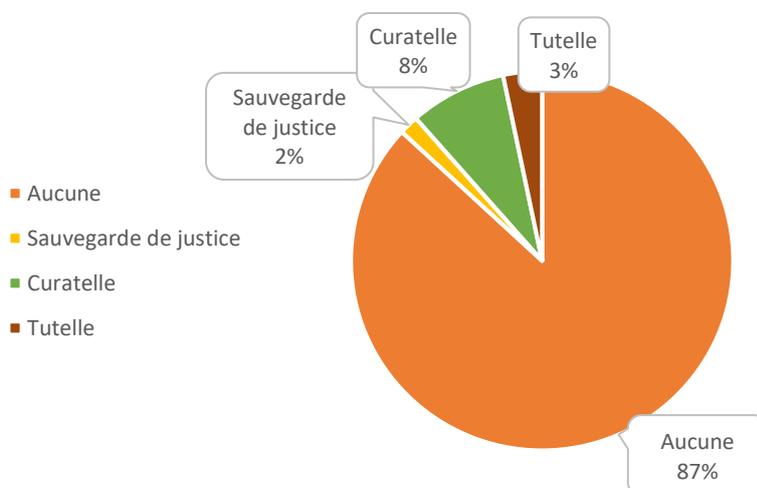
Un peu moins de la moitié des sujets étaient des citoyens (47%), dont plus de deux tiers de Rochelais et un tiers de Rochefortais. Près de 17% étaient domiciliés dans la communauté d'agglomérations de La Rochelle, 26% habitaient d'autres communes rurales de la zone Nord du département de la Charente-Maritime. Enfin, 7% des personnes venaient d'un autre département et 3% étaient sans domicile fixe.



Graphique 5 : Sectorisation psychiatrique

Quant à la sectorisation psychiatrique, 31,1% des sujets inclus relevaient du secteur 1 (Marans, Surgères, Île de Ré, Nord de la Rochelle), 43,5% du secteur 2 (centre-ville de La Rochelle, Chatelaillon, Aigrefeuille d'Aunis), 25,4% du secteur 3 (Rochefort et ses environs, Îles d'Aix et Oléron, Marennnes).

5- Protection juridique

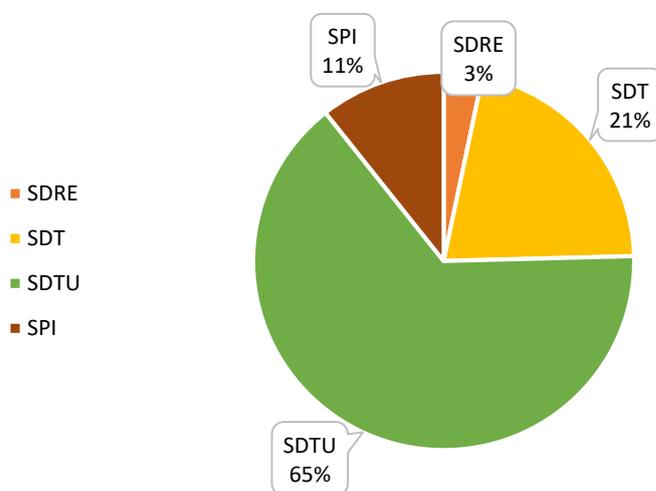


Graphique 6 : Protection juridique

Parmi les sujets inclus, 87% ne possédaient pas de mesure de protection des biens, 3,3% étaient sous tutelle, 8,2% sous curatelle et 1,6% sous sauvegarde de justice.

C- Caractéristiques cliniques

1- Mode légal de soins sans consentement

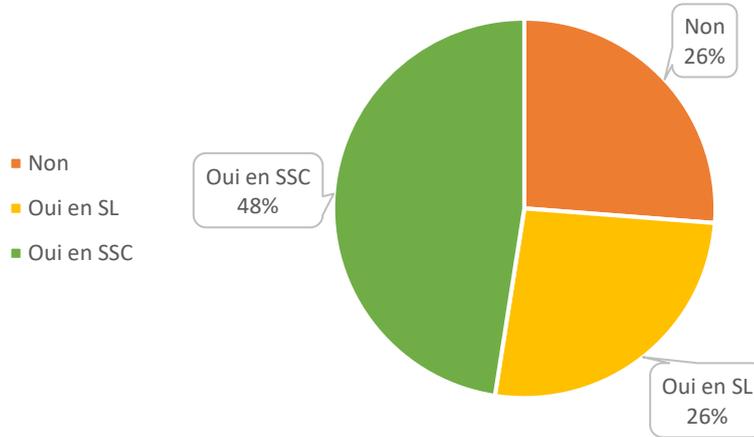


Graphique 7 : Répartition de la population selon le mode légal de soins

Parmi les sujets inclus, 79 bénéficiaient d'une mesure de SDTU (65%), 26 d'un SDT (21%), 13 d'un SPI (11%) et 4 d'un SDRE (3%). Ainsi, 97% des mesures correspondaient à des soins à la demande d'un tiers (SDT/SDTU/SPI) et 3% à des soins à la demande du représentant de l'Etat.

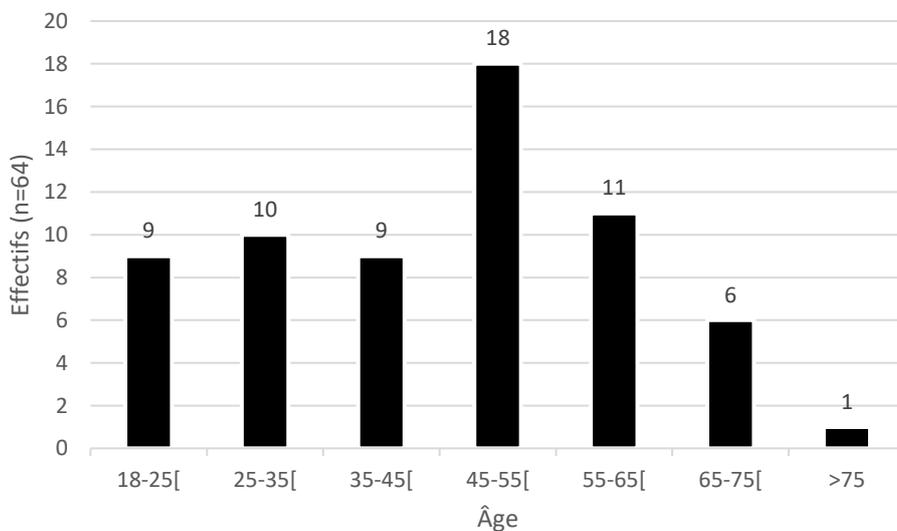
2- Antécédents de soins psychiatriques

a- Hospitaliers



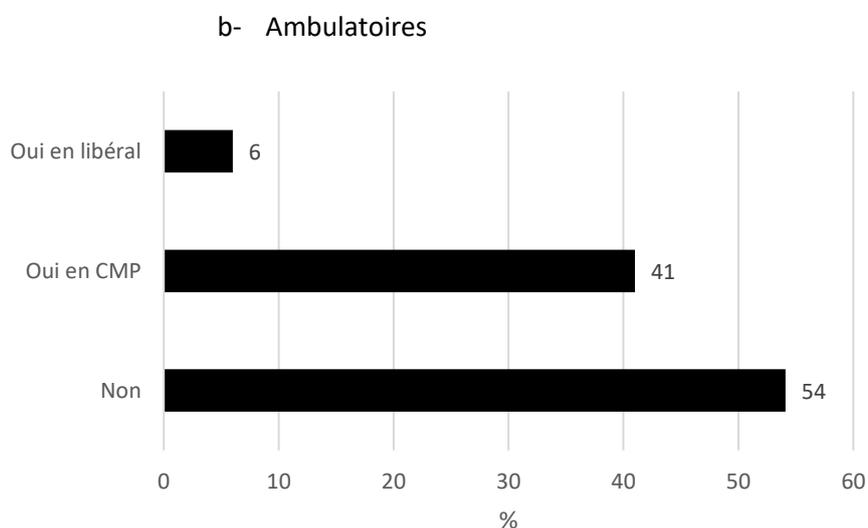
Graphique 8 : Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

Près de 74% des sujets inclus avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois dans leur vie (soient 90 sujets): avec une expérience de soins sans consentement pour 58 sujets (48%) et uniquement sous forme librement consentie pour 32 (26%). Ainsi, près d'un sujet sur deux hospitalisé sans son consentement l'a déjà été sous cette même forme par le passé. Pour 32 sujets (26%), la première hospitalisation en psychiatrie se fait sans leur consentement.



Graphique 9 : Première mesure de SSC et âge

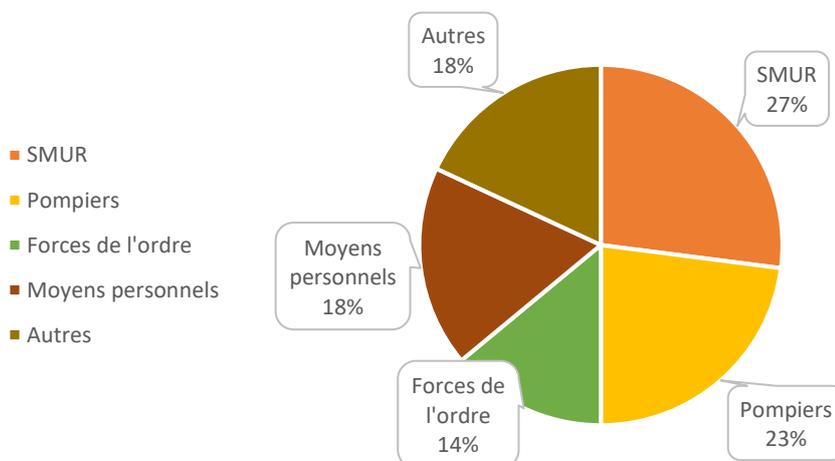
Au total, 64 sujets étaient hospitalisés pour la première fois sans leur consentement (52%). Parmi eux, la tranche d'âge la plus pourvoyeuse de « première mesure de SSC » était les « 45-55 ans » (18 sujets soient 28%).



Graphique 10 : Antécédents de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédents

Près de 54% des sujets (66 au total) n'avaient pas bénéficié de soins psychiques ambulatoires dans les trois mois précédant leur hospitalisation. Quarante et un pour cent (50 sujets) avaient réalisé leur suivi en CMP et 6% (8 sujets) en cabinet libéral. A noter que 2 sujets cumulaient un suivi libéral et en CMP (ce qui explique que le total dépasse 100%).

3- Temps de l'initiation des soins sans consentement

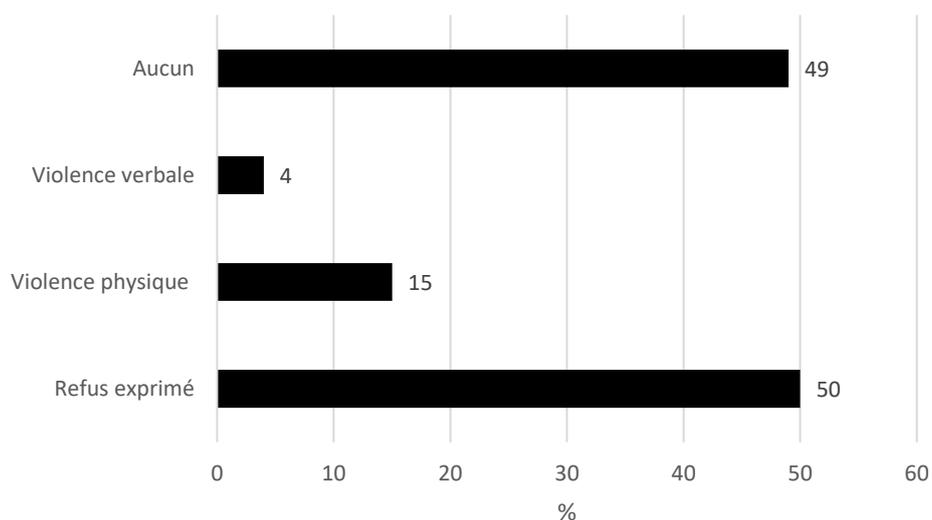


Graphique 11 : Mode d'entrée sur le lieu où est décidée l'hospitalisation

Lors de l'initiation des soins sans consentement, 27% des sujets ont été conduits aux urgences ou directement dans le service de soins psychiatriques via le SMUR, 23% via les pompiers, 18% par leurs moyens personnels (eux-mêmes ou leurs proches), 14% par les Forces de l'Ordre (généralement accompagnés des pompiers également).

Pour 18% d'entre eux, l'accompagnement a été réalisé par une structure de soins (équipe de CMP, hôpital de jour, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)) ou via une ambulance privée.

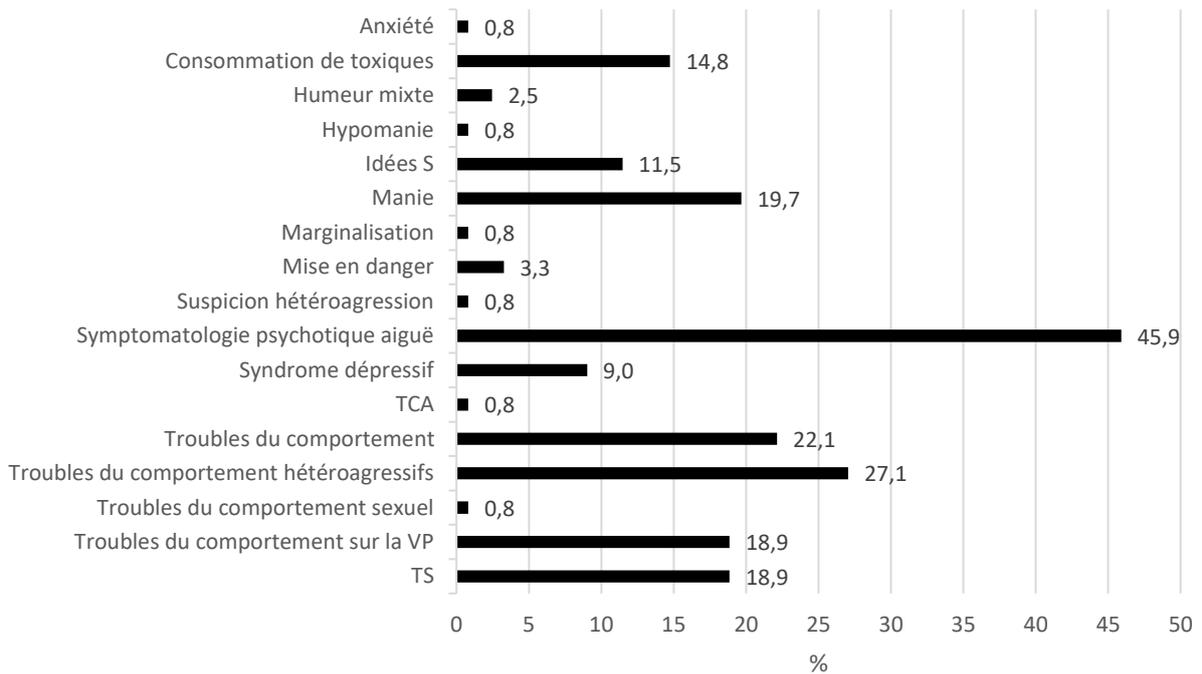
Par ailleurs, seulement 29,5% d'entre eux étaient accompagnés de leurs proches sur le lieu d'où ont été décidés les soins sans consentement.



Graphique 12 : Manifestations verbales ou physiques lors de l'initiation de la mesure de SSC

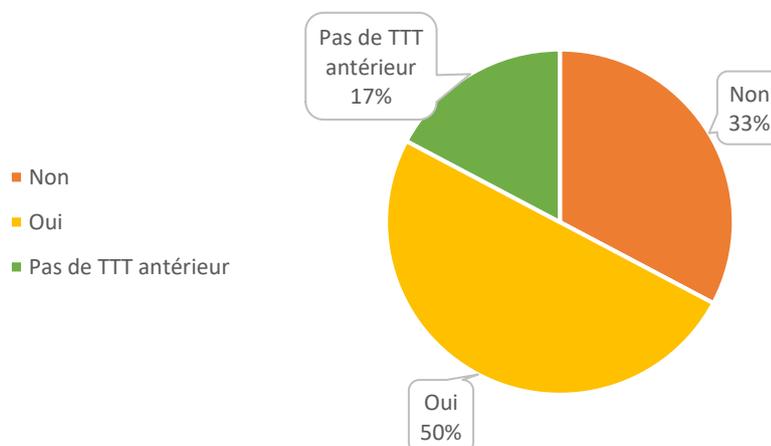
Dans les certificats initiaux, il était retrouvé l'expression d'un refus de soins et/ou la notion de violence physique et/ou verbale lors de la prise en charge initiale pour 62 sujets (soient 50,8% de la population). On notait l'expression d'un refus de soins pour 50% d'entre eux, de la violence physique pour 15% des sujets et de la violence verbale pour 4%. Il s'agit bien d'informations relatées dans les certificats et non les observations cliniques initiales des services d'urgences ou d'entrées.

4- Motifs d'hospitalisation sans consentement



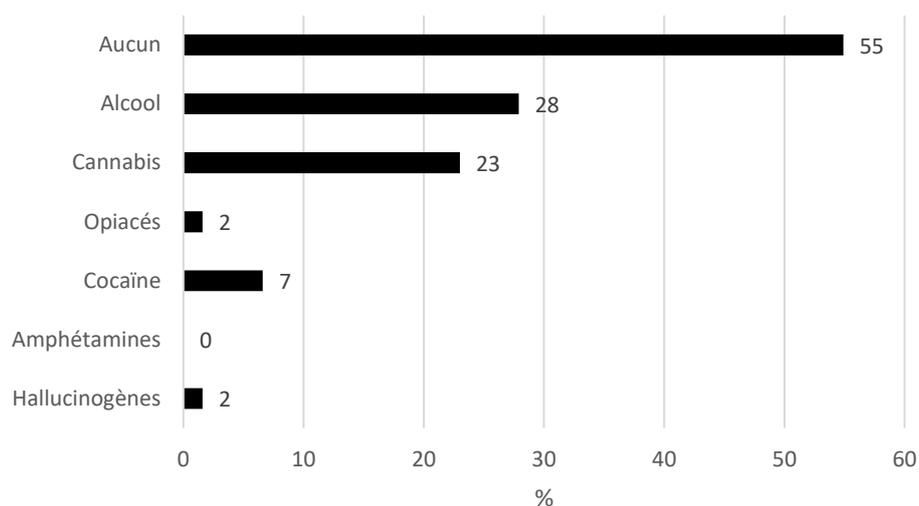
Graphique 13 : Motifs d'hospitalisation sans consentement

Dans les certificats initiaux, il était retrouvé parmi les motifs d'hospitalisation les plus fréquents, une symptomatologie psychotique aiguë (45,9%), des troubles du comportement hétéro-agressifs (27,1%), des troubles du comportement sans précision (22,1%), suivis d'une symptomatologie maniaque (19,7%), des troubles du comportement sur la voie publique (18,9%), des tentatives de suicide (18,9%), une consommation de toxiques (14,8%), des idées suicidaires (11,5%), un syndrome dépressif (9%), une mise en danger (3,3%), une humeur mixte (2,5%), une hypomanie (0,8%), des troubles du comportement alimentaire (0,8%), des troubles du comportement sexuel (0,8%), une marginalisation (0,8%).



Graphique 14 : Situation vis-à-vis du traitement

Dans un cas sur deux, il existait une rupture de traitement. Pour 17% des sujets, il n'existait pas de prescription de psychotropes antérieure à l'hospitalisation. Enfin, pour 33% d'entre eux, l'hospitalisation s'est produite alors qu'ils n'avaient pas interrompu leur traitement (sur la base des allégations des patients).



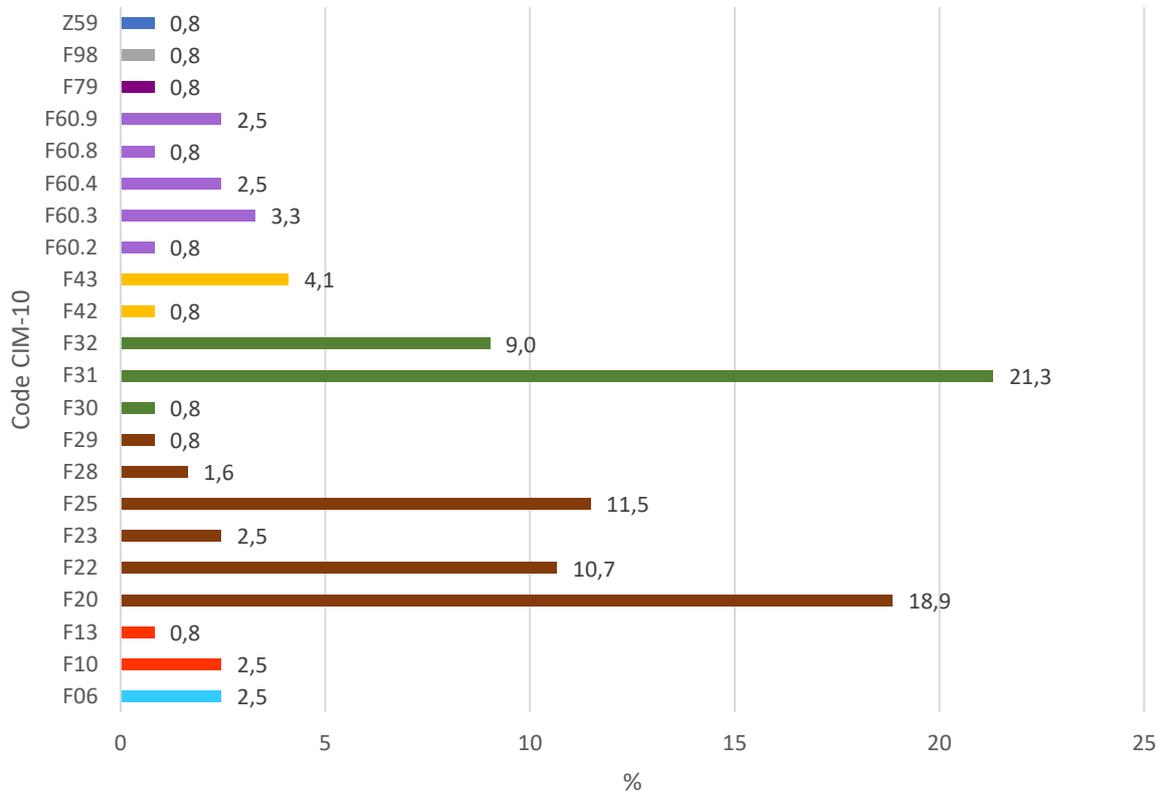
Graphique 15 : Consommation de toxiques dans le mois précédent l'hospitalisation

Enfin, il n'était pas retrouvé de consommations de toxiques pour 55% des sujets.

Pour les 45% des sujets consommateurs d'un produit dans le mois précédent l'hospitalisation, il s'agissait en premier lieu de l'alcool (28% avaient un diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool au moment de l'admission), suivi du cannabis (23%), de la cocaïne (7%), des opiacés (2%) ex-aequo avec les substances hallucinogènes.

Pour information : tous les patients ne bénéficiaient pas d'une recherche de toxiques urinaires à leur arrivée et ces informations sont issues des dossiers à partir, soit des observations cliniques (haleine œnolique par exemple, confirmée par un éthylotest), soit des dires des patients eux-mêmes, soit des résultats d'examens sanguins ou urinaires quand ils avaient été réalisés.

5- Diagnostic (CIM-10)



Graphique 16 : Répartition selon le diagnostic CIM-10

Parmi la population, 46% des sujets hospitalisés sans consentement avaient reçu un diagnostic de « troubles psychotiques » incluant les schizophrénies (F20 : 18,9%), les troubles délirants chroniques (F22 : 10,7%), les troubles psychotiques aigus et transitoires (F23 : 2,5%), les troubles schizo-affectifs (F25 : 11,5%), les autres troubles psychotiques non organiques (F28 : 1,6%) et les psychoses non organiques, sans précision (F29 : 0,8%).

Les troubles de l'humeur représentaient 31,1% des diagnostics portés par les sujets inclus, avec 21,3% de troubles bipolaires (F31), 9% d'épisodes dépressifs (F32) et 0,8% d'épisode maniaque (F30).

Un peu moins de 10% des sujets recevaient un diagnostic de trouble de la personnalité, dont 3,3% pour la personnalité « émotionnellement labile » (F60.3, incluant les sujets états-limites), 2,5% pour les personnalités histrioniques (F60.4), ex-aequo avec les troubles de la personnalité « sans précision » (F60.9), 0,8% pour les personnalités dyssociales (F60.2), ex-aequo avec les « autres troubles spécifiques de la personnalité » (F60.8).

Près de 5% des diagnostics retenus dans la population concernaient des « troubles névrotiques, troubles liés à un facteur de stress ou troubles somatoformes » avec 4,1% de « réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation » (F43) et 0,8% de trouble obsessionnel compulsif (F42). Les diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives concernaient 3,3% de la population, dont 2,5% pour un usage d'alcool (F10) et 0,8% pour le cannabis (F13).

Par ailleurs, 2,5% des sujets avaient reçu un diagnostic de trouble mental dû à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique (F06).

Enfin, 3 sujets portaient respectivement un diagnostic de retard mental (F79), de « troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence » (F98) et de « difficultés liés au logement et aux conditions économiques » (Z59).

6- Conditions d'hospitalisation sans consentement

	Nombre (n=122)	%
Service à l'entrée		
Fermé	115	94,3
Ouvert	7	5,7
Passage en CPF		
Non	93	76,2
Oui	29	23,8
Contention mécanique		
Non	111	91
Oui	11	9

Tableau 2 : Conditions d'hospitalisation sans consentement

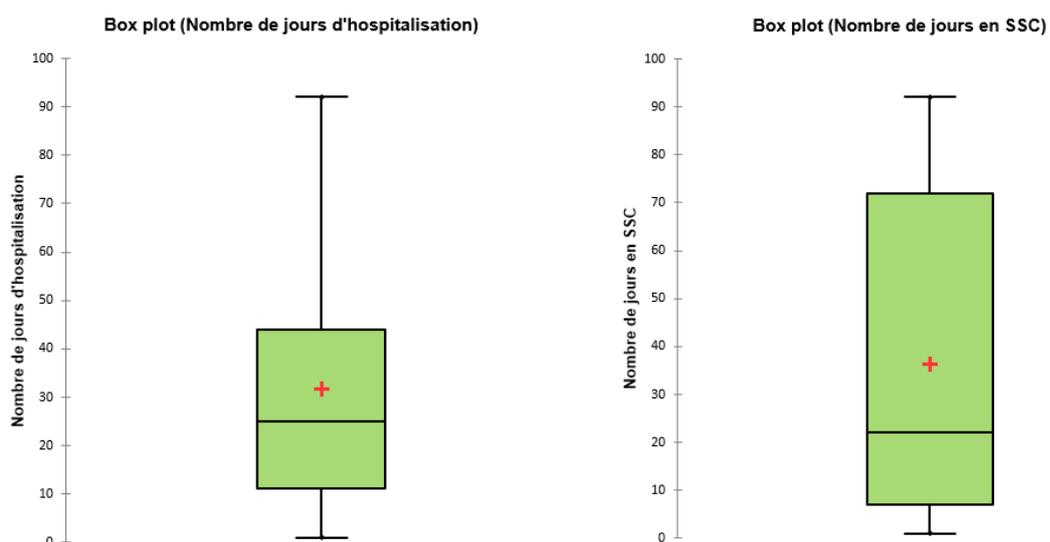
Pour près de 94,3% des sujets, l'entrée était réalisée initialement en secteur fermé. Pour les 7 patients entrés en service ouvert, il s'agissait souvent d'entrées nocturnes, faute de place ailleurs et nombreux sont ceux qui ont rejoint un service fermé dès le lendemain, une fois qu'une place a pu être trouvée.

Par ailleurs, 23,8% des sujets inclus avaient été placés en chambre d'isolement (appelée « chambre de protection fermée », CPF) au moins une fois pendant leur séjour et 9% avaient reçu une mesure de contention mécanique.

7- Durées des soins, de la contrainte légale et modes de levée

	Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre de jours en SSC
Minimum	1,000	1,000
Maximum	92,000	92,000
1er Quartile	11,000	7,000
Médiane	25,000	22,000
3ème Quartile	44,000	72,000
Moyenne	31,603	36,380
Variance (n-1)	715,225	1155,254
Ecart-type (n-1)	26,744	33,989

Tableau 3 : Durées des hospitalisations et des SSC



Graphique 17 : Durée des hospitalisations et des soins sans consentement

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète était de 31 jours avec un minimum d'une journée et un maximum de 92 (ce qui correspond à une hospitalisation toujours en cours à 3 mois, date de la fin de notre suivi). De plus, 25% des sujets ont été hospitalisés 11 jours ou moins, 50% 25 jours ou moins, 75% 44 jours ou moins. Un sujet sur deux bénéficiait d'un séjour durant entre 11 et 44 jours. Enfin, un sujet sur quatre restait hospitalisé plus de 44 jours (soit plus d'un mois et demi).

La durée moyenne de la mesure de SSC était de 36 jours ; la médiane de 22 jours. Pour un quart des sujets, la mesure était levée au maximum au 7^{ème} jour ; 25% d'entre eux bénéficiaient toujours de soins sans consentement au-delà du 72^{ème} jour.

	Nombre de jours d'hospitalisation SDRE	Nombre de jours d'hospitalisation SDT	Nombre de jours d'hospitalisation SDTU	Nombre de jours d'hospitalisation SPI
Nb. de sujets	4	26	79	13
Minimum	15,000	1,000	1,000	6,000
Maximum	91,000	91,000	92,000	91,000
1er Quartile	16,500	5,000	11,000	19,000
Médiane	26,000	26,000	24,000	44,000
3ème Quartile	49,000	36,250	39,000	51,000
Moyenne	39,500	28,538	31,291	41,769
Variance (n-1)	1259,667	752,258	708,645	804,192
Ecart-type (n-1)	35,492	27,427	26,620	28,358

Tableau 4 : Durée de l'hospitalisation selon le mode légal

De plus, la durée moyenne de l'hospitalisation des sujets entrés en SDRE était de 39 jours, celle des sujets entrés en SDT de 28 jours, celle de ceux entrés en SDTU de 31 jours et celle de ceux entrés en SPI de 41 jours.

	Nombre de jours en SSC | SDRE	Nombre de jours en SSC | SDT	Nombre de jours en SSC | SDTU	Nombre de jours en SSC | SPI
Nb. de sujets	4	26	79	13
Minimum	1,000	1,000	1,000	5,000
Maximum	91,000	91,000	92,000	91,000
1er Quartile	11,500	4,250	8,000	22,000
Médiane	16,000	27,500	20,000	38,000
3ème Quartile	35,500	89,000	60,000	89,000
Moyenne	31,000	38,385	35,114	45,923
Variance (n-1)	1650,667	1394,646	1110,384	1137,910
Ecart-type (n-1)	40,628	37,345	33,322	33,733

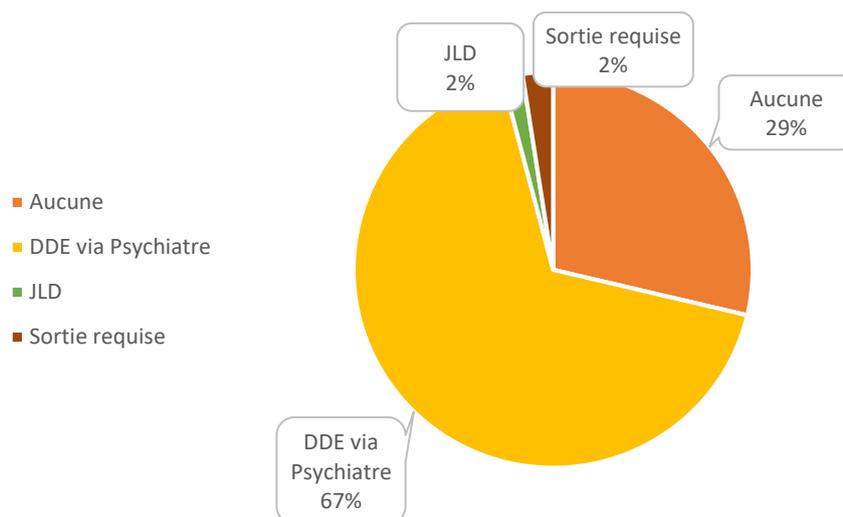
Tableau 5 : Durée de la mesure de SSC selon le mode légal

La durée de la mesure de soins sans consentement (incluant les éventuels programmes de soins ambulatoires) était en moyenne de 31 jours pour un SDRE, de 38 jours pour un SDT, de 35 jours pour un SDTU et de 45 jours pour un SPI.

Diagnostic CIM-10	F06	F1x	F2x	F3x	F4x	F6x	F78	F98	Z59
Nb jours d'hospitalisation	46,5	12,25	37,9	27,18	6	25,8	91	8	35
Nb jours de SSC	70	5,75	48,7	28,89	5,8	20,25	91	8	1
Nb de sujets	3	4	56	38	6	12	1	1	1

Tableau 6 : Durée de l'hospitalisation et de la mesure de SSC selon le diagnostic CIM-10

La durée du séjour hospitalier varie selon le diagnostic : elle est de près de 38 jours en moyenne pour les troubles psychotiques et apparentés (F2x), 27 jours pour les troubles de l'humeur (F3x), 26 jours pour les troubles de la personnalité (F6x), 6 jours pour les troubles névrotiques et liés à des facteurs de stress (F4x) et 12 jours pour les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (F1x).



DDE : Directeur d'établissement

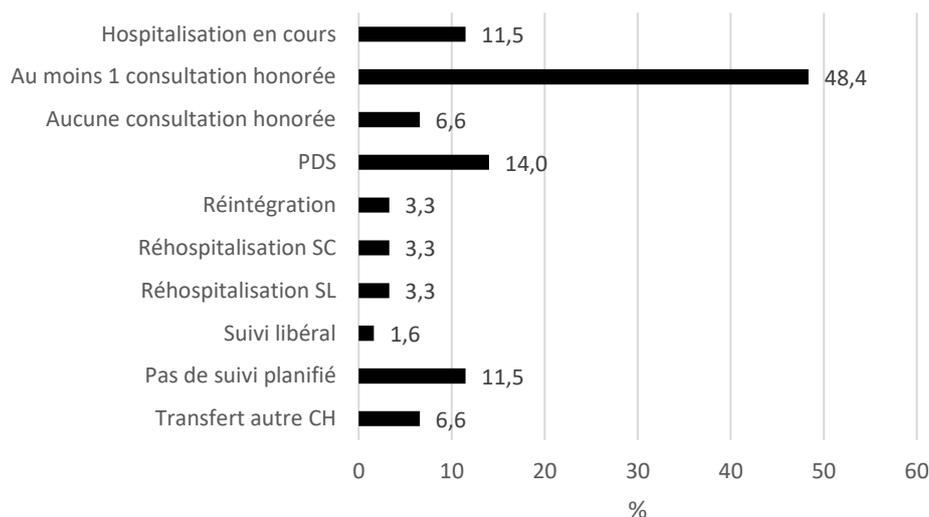
Graphique 18 : Mode de levée des mesures de SSC

La mesure de soins sans consentement a été levée dans les 3 mois, par le Directeur de l'établissement après avis du psychiatre pour 67,2% des sujets inclus. Trois patients ont bénéficié d'une sortie requise, (soit 2,5% des sujets) et seulement deux d'une levée par le JLD (1,6%).

Enfin, la mesure de soins sans consentement était toujours active à 3 mois pour 29% d'entre eux.

II- Adhésion aux soins des sujets inclus

A- Données descriptives

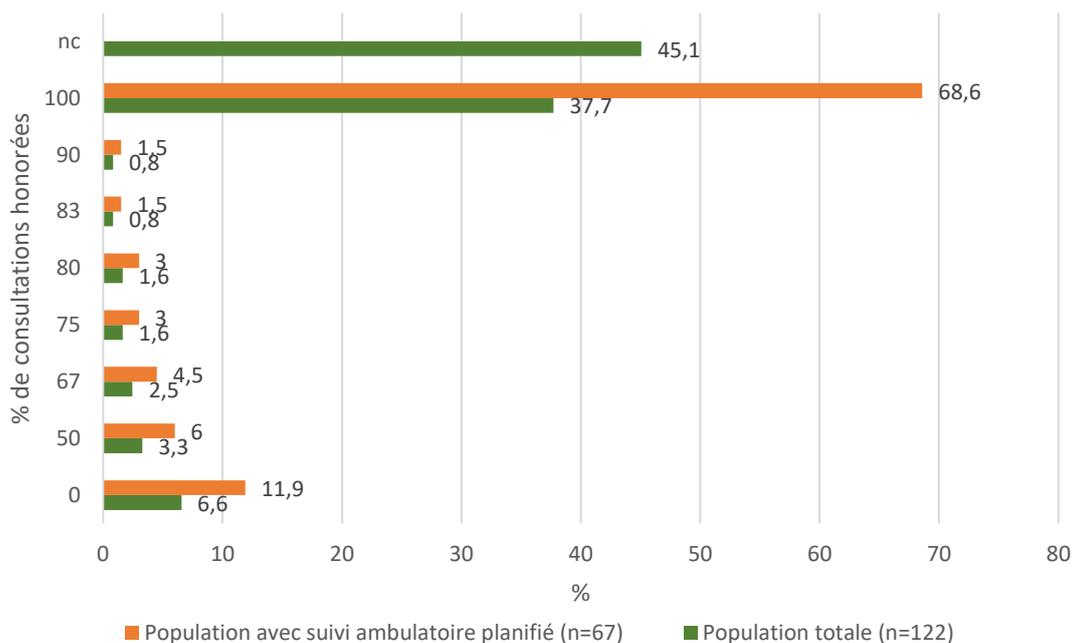


Graphique 19 : Situation à 3 mois de l'hospitalisation sans consentement (incluant les réhospitalisations) (n=122)

A 3 mois de l'hospitalisation sans consentement, 8 sujets avaient été transférés dans un autre hôpital (6,6%) et 14 étaient toujours hospitalisés à temps plein au Centre Hospitalier Marius Lacroix (11,5%).

Parmi les 100 sujets sortis de l'hôpital, 67 sujets se sont vus proposer un suivi ambulatoire de secteur librement consenti (soient 54,9%) que 59 ont honoré en venant à au moins une consultation (48,4%) ; 17 étaient sortis en programmes de soins (PDS : 14%) ; pour 14 d'entre eux, aucun suivi ambulatoire de secteur n'a été planifié (11,5%).

De plus, 12 sujets ont été réhospitalisés dans les 3 mois suivant leur entrée en soins sans consentement (soit près de 10% de la population incluse) : 4 ont été réintégrés (3,3%), 4 réhospitalisés sans leur consentement et 4 en soins libres.



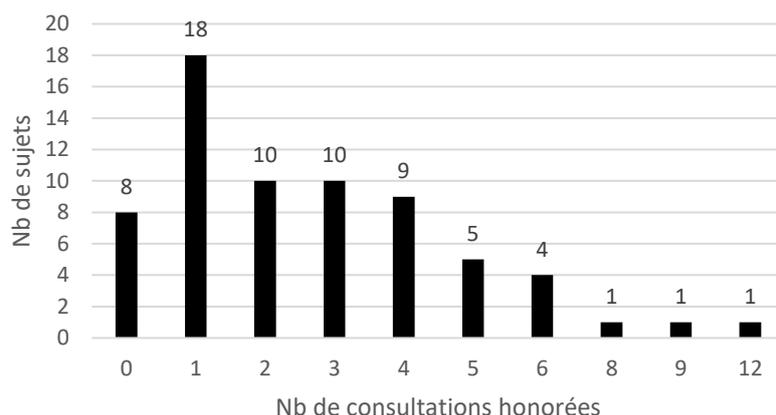
« nc » signifie « non coté » et correspond aux sujets dont on ne dispose pas des informations de suivi libre durant la période des 3 mois.

Graphique 20 : Assiduité aux consultations ambulatoires libres (en %) en population totale et sous-groupe ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire libre planifié

Dans la population totale (=122), 46 des sujets initialement hospitalisés ont honoré l'intégralité des consultations ambulatoires proposées sous une forme librement consentie (soient 37,7% de la population totale), 13 ont honoré entre 50 et 90% de ces consultations (soient 10,7%). Huit n'en ont honoré aucune (6,6%).

Pour 55 des sujets inclus (45,1%), nous ne disposons pas des informations de suivi libre à 3 mois (patients toujours hospitalisés ou réhospitalisés, transférés dans d'autres hôpitaux, en programmes de soins, ayant un suivi libéral ou sans suivi de secteur planifié).

Rapportés à la population ayant bénéficié de la planification d'un suivi ambulatoire librement consenti à la sortie de l'hôpital (n=67), les sujets ayant honoré 100% des consultations planifiées représentent 68,6%, ceux qui ont assisté à « au moins une consultation », 88,1% et ceux qui n'ont honoré aucun RDV sont 11,9%.



Graphique 21 : Répartition du nombre de consultations honorées (n=67)

Les sujets pour lesquels un suivi ambulatoire libre de secteur était planifié ont bénéficié de 1 à 12 consultations dans les 3 mois suivant leur hospitalisation sans consentement. Quarante-sept sujets ont honoré librement entre 1 et 4 consultations (soient 70%) ; 12 sujets en ont bénéficié d'au moins 5 (soient 17,9%).

B- Données analytiques

	Suivi non honoré à 100%		Suivi honoré à 100%		p
	n	(%)	n	(%)	
Age					
< 45 ans	12	(57,1%)	21	(45,7%)	0,383
≥ 45 ans	9	(42,9%)	25	(54,3%)	
Genre					
Femme	10	(47,6%)	21	(45,7%)	0,881
Homme	11	(52,4%)	25	(54,3%)	
CIM10					
Autre	8	(38,1%)	6	(13,0%)	0,052
F2	7	(33,3%)	17	(37,0%)	
F3	6	(28,6%)	23	(50,0%)	
Antécédent(s) d'hospitalisation					
Non	13	(61,9%)	27	(58,7%)	0,804
Oui	8	(38,1%)	19	(41,3%)	
Antécédent(s) de suivi dans les 3 mois précédant l'hospitalisation					
Non	12	(57,1%)	22	(47,8%)	0,479
Oui	9	(42,9%)	24	(52,2%)	

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire libre et les autres

En considérant uniquement les sujets inclus ayant honoré 100% des consultations ambulatoires libres proposées (soient 46 sujets), il n'est pas retrouvé de différence significative au risque alpha de 5% concernant les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre) ou cliniques (diagnostic CIM-10, antécédents d'hospitalisation et de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédant l'hospitalisation) avec les sujets inclus ayant eu une adhésion aux soins inférieure (assiduité au suivi inférieure à 100%).

	Nb sujets	Min (nb jours)	Max (nb jours)	Moyenne	Ecart-type	p ($\alpha=0,05$)
Suivi = 100%	46	1,000	67,000	22,630	17,228	0,978
Suivi <100%	21	2,000	63,000	21,810	23,602	

Tableau 8 : Comparaison des durées d'hospitalisation des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire et les autres

	Nb sujets	Min (nb jours)	Max (nb jours)	Moyenne	Ecart-type	p ($\alpha=0,05$)
Suivi = 100%	46	1,000	59,000	19,609	15,398	0,813
Suivi <100%	21	2,000	61,000	18,048	15,800	

Tableau 9 : Comparaison des durées des SSC des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire et les autres

Par ailleurs, il n'est pas retrouvé non plus de différence significative en matière de durées d'hospitalisation et de SSC concernant les sujets ayant suivi 100% des consultations ambulatoires libres proposées et les autres ($p=0,978$ pour les hospitalisations et $0,813$ pour les SSC au risque alpha de 5%).

C- Données de l'appariement

Un appariement des sujets inclus a été réalisé avec des patients hospitalisés librement sur la même période (28 novembre 2016 au 28 mai 2017), en tenant compte de l'âge, du genre et du diagnostic CIM-10.

Lors de l'analyse statistique, en éliminant dans chaque échantillon les sujets pour lesquels nous ne disposions pas de données sur le suivi ambulatoire librement consenti (sujets toujours hospitalisés,

transférés, en programmes de soins, sans suivi planifié ou avec un suivi libéral uniquement), il restait deux échantillons comparables de 56 patients.

	Nb sujets	Minimum (nb)	Maximum (nb)	Moyenne	Ecart-type	p ($\alpha=0,05$)
Inclus	56	0,000	12,000	2,661	2,407	0,016
Témoins	56	0,000	23,000	4,518	4,565	

Tableau 10 : Nombre de consultations ambulatoires libres honorées par les sujets inclus et appariés

La comparaison des échantillons montre que les sujets ayant bénéficié d'une hospitalisation sans consentement honorent, dans les 3 mois suivants, en moyenne 2,7 consultations contre 4,5 pour les sujets hospitalisés en soins libres.

Un test non paramétrique de Wilcoxon signé a été réalisé : l'hypothèse nulle (H_0) était que les deux échantillons suivaient la même loi de distribution. Etant donné que la valeur calculée de « p » (0,016) est inférieure au niveau de signification du seuil alpha (0,05), on doit rejeter l'hypothèse nulle H_0 . Il existe une différence entre la distribution de ces deux échantillons et elle est significative. Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H_0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 1,6%.

	Nb sujets	Minimum (%)	Maximum(%)	Moyenne	Ecart-type	p ($\alpha=0,05$)
Inclus	56	0,000	100,000	81,375	34,216	0,304
Témoins	56	0,000	100,000	87,018	23,602	

Tableau 11 : Assiduité au suivi ambulatoire librement consenti les sujets inclus et appariés

La comparaison de l'assiduité des sujets à leur suivi ambulatoire librement consenti (exprimée en % de RDV honorés) dans les 3 mois suivant une hospitalisation sans consentement montre que les sujets inclus (hospitalisés sans consentement) viennent à près de 81,4% des consultations planifiées, contre 87% pour les sujets appariés (hospitalisés librement).

Un test non paramétrique de Wilcoxon signé a été réalisé : l'hypothèse nulle (H_0) était que les deux échantillons suivaient la même loi de distribution. Etant donné que la valeur calculée de « p » (0,304) est supérieure au niveau de signification du seuil alpha (0,05), on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H_0 . Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H_0 alors qu'elle est vraie est de 30,4%.

	Inclus		Témoins		p
	n	(%)	n	(%)	
Suivi honoré < 100%	17	(30,4%)	19	(33,9%)	0,686
100% du suivi honoré	39	(69,6%)	37	(66,1%)	

Tableau 12 : Comparaison de l'assiduité maximale chez les sujets inclus et appariés

En comparant les sujets inclus et les témoins sur l'adhésion « maximale » aux soins (« 100% des RDV honorés » contre « moins de 100% »), il apparaît que 69,6% des sujets inclus honorent la totalité du suivi proposé contre 66,1% chez les sujets appariés mais cette différence n'est pas significative ($p=0,686$).

	Inclus		Témoins		p
	n	(%)	n	(%)	
Aucun RDV honoré	7	(12,5%)	2	(3,6%)	0,082
Au moins 1 RDV honoré	49	(87,5%)	54	(96,4%)	

Tableau 13 : Comparaison de l'assiduité minimale chez les sujets inclus et appariés

De même, en distinguant les sujets sur la présence à « au moins un RDV » contre « aucun RDV honoré », les résultats montrent que 87,5% des sujets inclus honorent au moins un RDV contre 96,4% des sujets appariés. La valeur calculée de « p » (0,082) est supérieure à 0,05, ce qui indique qu'il n'est pas observé de différence significative entre ces deux échantillons pour la comparaison sur ce critère.

III-Réponses aux questionnaires

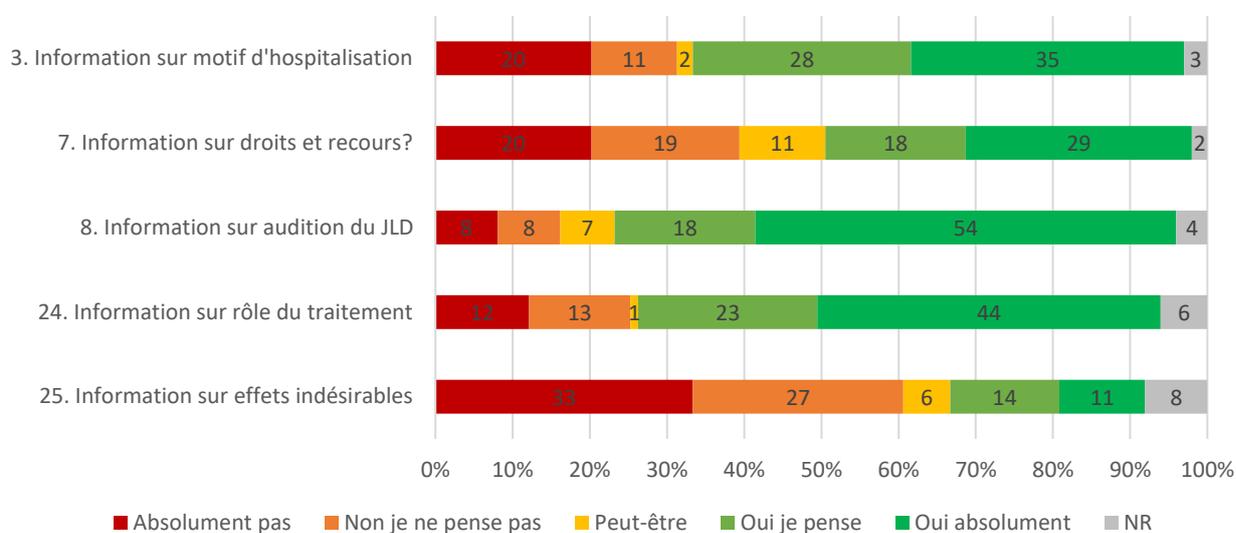
A- Questionnaire 1 (J6-J7)

Nous avons recueilli 99 questionnaires « numéro 1 » pendant la période d'inclusion (soient 81,1% des sujets inclus).

Nous proposons d'exposer les réponses aux questionnaires en les groupant par thématiques.

Les questions à réponse courte ouverte ont été analysées selon le poids de la sémantique utilisée et sont signalées ci-après par la mise en forme suivante : « **question n°** ».

1- Information perçue par les sujets



« NR » (pour « non répondu ») signifie que le sujet n'a pas apporté de réponse à cette question.

Graphique 22 : Réponses aux questions 3-7-8-24-25

Parmi la population incluse, 63% des sujets estiment avoir été informés du motif de leur hospitalisation (contre 31% qui affirment le contraire), 47% de leurs droits et des voies de recours possibles (contre 39% de « non »), 72% de l'audition par le JLD (dont 54% le sont « absolument »), 67%

du rôle des traitements reçus (dont 44% « absolument ») et seulement 25% de leurs effets secondaires (contre 60% de « non »). Les réponses intermédiaires comportant une part d'incertitude (« peut-être ») sont relativement basses, excepté pour la question sur l'information des droits et des voies de recours (11%).

Questions	Réponses (nb)	Réponses (%)	NR (nb)
1. Type d'hospitalisation	96	97	3
Soins libres	16	16,2	
SSC	80	80,8	
2. Type de SSC	76	76,8	23
Bonne réponse	45	45,5	
Erreur	31	31,3	
4. Concordance motif d'hospitalisation	97	98	2
Correcte	37	37,4	
Incorrecte	60	60,6	
23. Prise d'un TTT pendant hospitalisation	97	98	2
Non	3	3	
Oui	94	95	
34. Concordance du diagnostic	96	97	3
Correcte	27	27,3	
Incorrecte	69	69,7	

Tableau 14 : Réponses aux questions 1-2-4-23-34

Concernant le type d'hospitalisation, 16 sujets affirment qu'ils sont hospitalisés librement alors que seulement 3 le sont effectivement au moment du remplissage du questionnaire et 45,5% connaissent le mode légal exact de leurs soins sans consentement (mais 23 sujets ne donnent pas de réponse).

Seulement 37,4% des sujets rapportent un motif d'hospitalisation concordant avec les éléments présents dans les certificats médicaux ; 27,3% un diagnostic congruent avec celui retrouvé dans leur dossier médical.

Enfin, 3% affirment ne pas avoir reçu de traitement pendant l'hospitalisation alors qu'il en avait été administré un au moins une fois à 100% des sujets inclus.

A la **question 9** portant sur le rôle de l'intervention du JLD, l'analyse qualitative des réponses apportées montre que les sujets ont bien identifié, dans leur grande majorité, les missions du juge.

Tout d'abord, on retrouve l'usage d'une sémantique se référant à ce qui est « réglementaire », par un emploi récurrent des termes « administratif », « cadre légal », « procédure », « respect

des droits », « règles ». Les sujets confèrent au JLD la mission de « vérifier », « justifier », « valider » la nécessité et la « conformité » de leur hospitalisation sans consentement pour éviter les « abus » et de s'assurer que le patient ne représente plus de danger pour lui-même ou autrui, garantissant ainsi sa « protection ».

Ils considèrent également que l'audience est un temps d'échange, de compréhension mutuelle permettant d'explicitier les motifs de leur hospitalisation via une autorité extérieure aux soins, afin d'« éclaircir » leur situation personnelle et « débattre de la vérité ».

En revanche, beaucoup imaginent que le JLD peut décider des soins à réaliser, qu'il a accès à l'ensemble du dossier médical et qu'il peut suggérer la durée de l'hospitalisation au médecin.

Nombreux sont ceux qui attendent beaucoup de cette entrevue, sachant que le JLD peut mettre un terme à leur hospitalisation complète, leur permettant ainsi de rentrer chez eux.

Les sujets identifiant le JLD comme un juge pouvant prononcer une condamnation ou une sanction à leur égard sont très minoritaires et leurs propos s'inscrivent régulièrement sur une toile de fond à tonalité persécutoire.

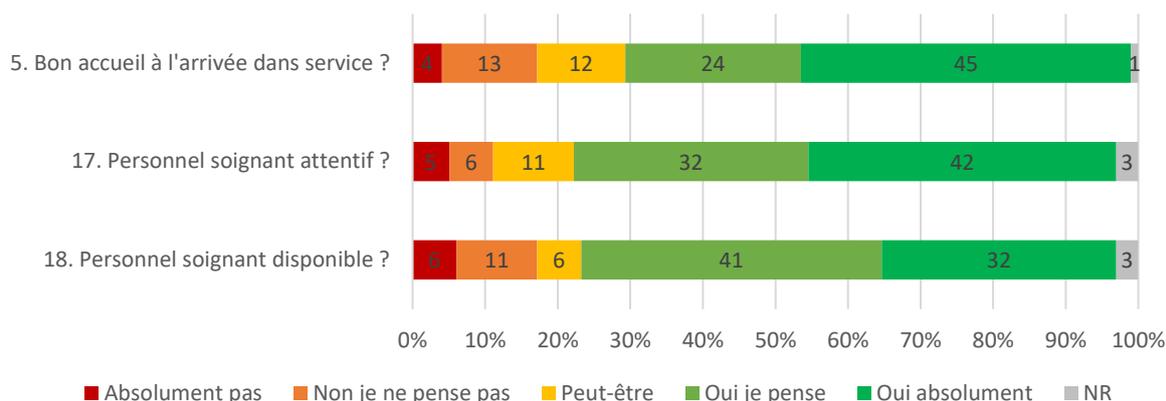
Enfin, certains affirment que l'audition ne « sert à rien », la considérant plutôt comme un « acte formel » et purement administratif.

La **question 26**, portant sur la qualité de l'information délivrée au sujet de l'organisation pratique et le fonctionnement des services, rassemble principalement des réponses positives (46 répondent « oui » contre 24 « non » et 12 « peut-être », sur 99 sujets ayant rendu le questionnaire n°1).

Toutefois, il est régulièrement annoté que l'information affichée dans les services (règlement, charte du patient hospitalisé) n'est pas exhaustive et que la majorité des renseignements sont fournis par le personnel soignant, parfois sur sollicitation (horaires des repas, fermetures des chambres, etc.).

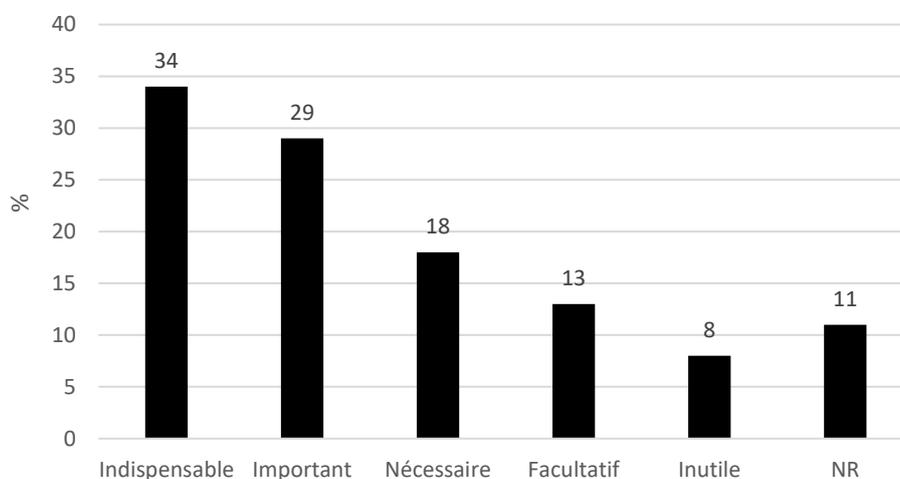
Trois questions sont régulièrement soulevées : celle de l'identification du personnel (code couleur des blouses notamment), celle de l'absence de repères dans les services (pendules, signalisation) et enfin celle des RDV médicaux souvent non planifiés (plainte régulière des sujets).

2- Satisfaction



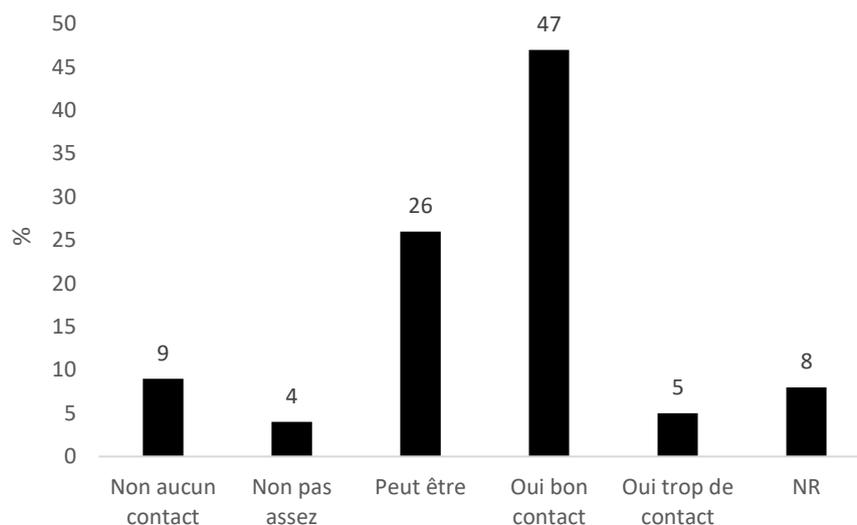
Graphique 23 : Réponses aux questions 5-17-18

Près de 69% des sujets affirment avoir été bien accueillis à leur arrivée dans le service contre seulement 17% pensant l'inverse. Dans 74% des cas, le personnel soignant est jugé attentif aux besoins des patients et dans 73% des cas disponible.



Graphique 24 : Réponses à la question 41
 (« Garder un lien avec la famille pendant l'hospitalisation est... »)

Garder un lien avec sa famille pendant l'hospitalisation est « indispensable » pour 34% des sujets, « important » pour 29% et « nécessaire » pour 18% d'entre eux. En revanche, 21% estiment que cela est « facultatif » ou « inutile ».

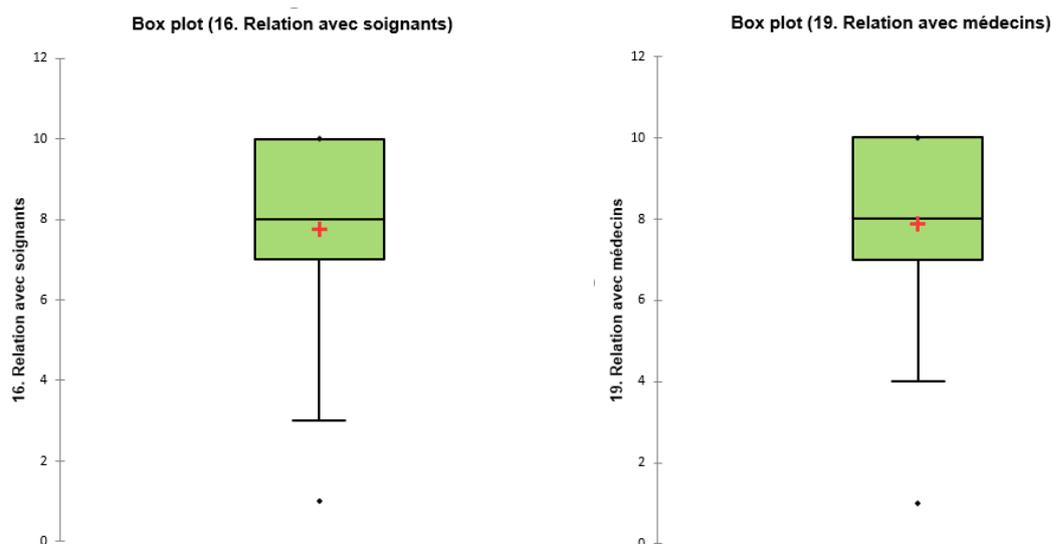


Graphique 25 : Réponses à la question 42
 (« Le service a-t-il gardé contact avec la famille »)

Par ailleurs, près d'un sujet sur deux estime que le service a gardé un bon contact avec la famille, 26% n'en sont pas certains. Neuf pour cent pensent qu'il n'y a eu aucun contact, 4% qu'il n'y en a pas eu assez, 5% qu'il y en a eu trop.

	16. Relation avec soignants	19. Relation avec médecins
Min (n/10)	1	1
Max (n/10)	10	10
1er Quartile	7	7
Médiane	8	8
3ème Quartile	10	10
Moyenne	7,8	7,9
Variance (n-1)	5,4	4,7
Ecart-type (n-1)	2,3	2,2

Tableau 15 : Réponses aux questions 16 et 19 (notes attribuées sur 10)



Graphique 26 : Répartition des réponses aux questions 16 et 19

La note moyenne attribuée par les sujets à la qualité de leur relation avec les soignants est de 7,8/10 contre 7,9/10 pour celle avec les médecins. La représentation sous forme de « boîte à moustaches » matérialisant la distribution de l'échantillon autour de la moyenne, de la médiane et des quartiles montre que les résultats à ces deux questions sont très similaires.

Enfin, les **questions 51, 52 et 53** proposaient aux sujets d'inscrire des remarques libres.

La **question 51**, portant sur ce qu'ils avaient le plus apprécié pendant l'hospitalisation, a obtenu de nombreuses réponses, que nous proposons de classer selon le nombre décroissant d'occurrences retrouvées parmi les 99 questionnaires n°1.

La première concerne le « personnel soignant », cité librement 36 fois et souvent doté de nombreux épithètes (« patient », « agréable », « sympathique », « gentil », « rassurant », « disponible », « accueillant »).

Ont été cités ensuite les repas (23 fois), le contact avec les autres patients (20 fois), le calme et le repos (10 fois), les activités, y compris sportives (6 fois), les sorties hors du service (6 fois), la télévision (5 fois), l'écoute (4 fois), le fait de fumer (4 fois), dormir (4 fois), l'accès à une chambre seule (3 fois), la collectivité (2 fois), le respect (2 fois), parler (2 fois), la famille (2 fois).

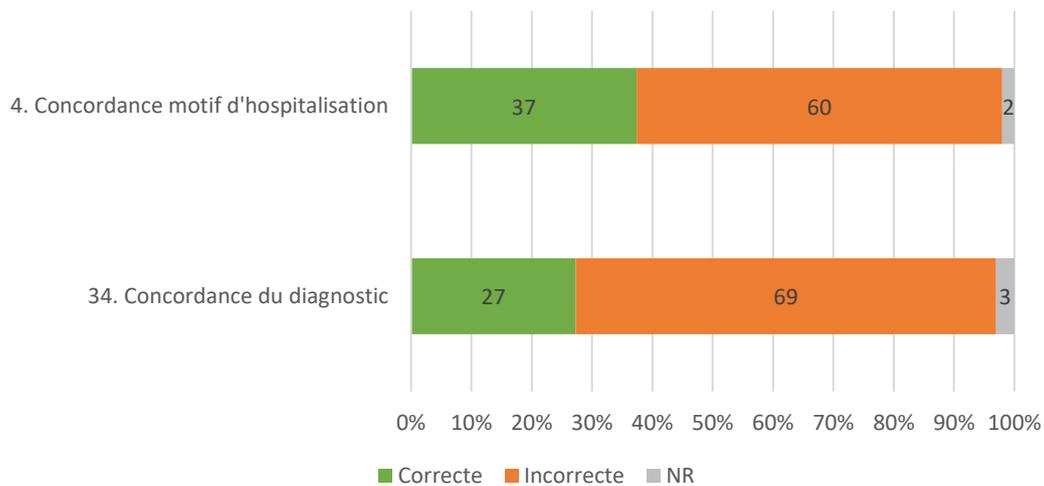
A l'inverse, la **question 52** rassemble les expériences les plus difficiles rapportées librement par les sujets. En tête avec 19 occurrences, on retrouve les restrictions de liberté (visites, sorties, appels, accès aux outils de communication), suivies de l'enfermement (cité 18 fois), du manque des proches (12

fois), du temps long (8 fois), de la difficulté de la vie en collectivité (8 fois), de la solitude (7 fois), de l'isolement (6 fois), du manque de liberté (6 fois), de la violence des patients (6 fois), de la fermeture à clef des chambres à certaines heures (6 fois), des repas (5 fois), de la non connaissance de la durée du séjour (4 fois), du manque de tabac (4 fois), de l'absence d'activités (3 fois), de la prise du traitement (3 fois), de la perte des repères et de l'autonomie (3 fois), du manque d'intimité (2 fois), de l'irrégularité des visites médicales (2 fois).

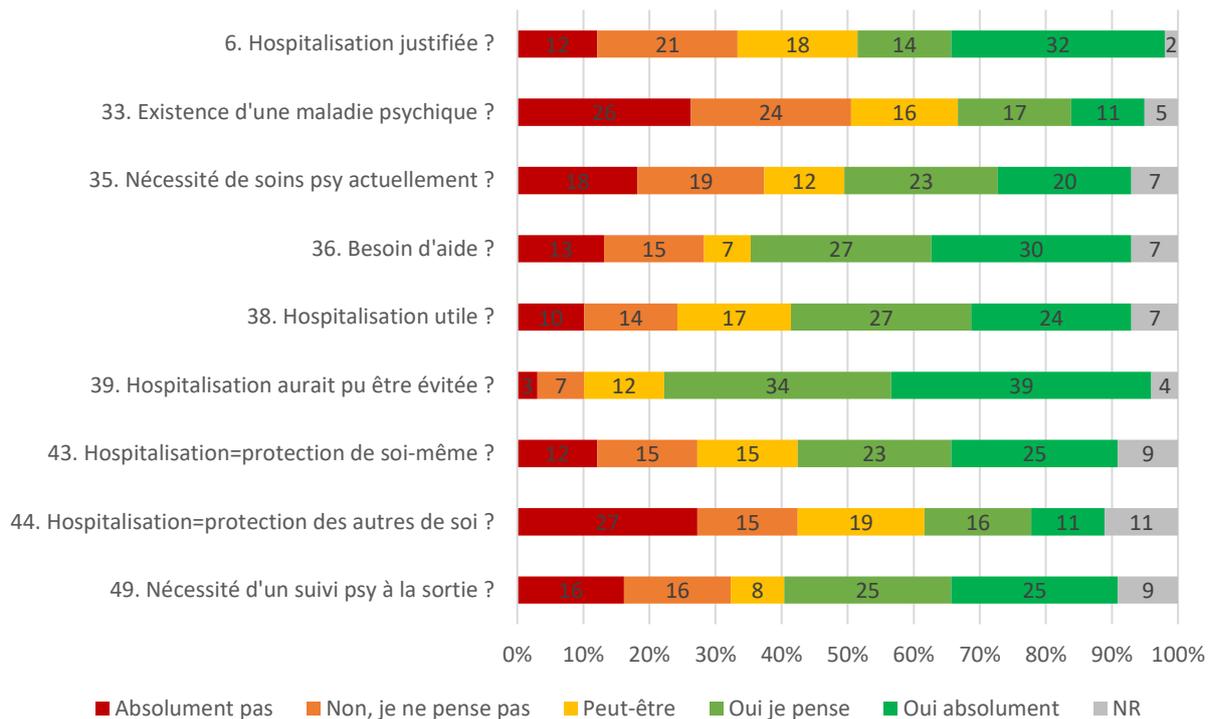
Enfin, quand la **question 53** était remplie, elle était souvent utilisée par les sujets pour adresser à nouveau leurs remerciements à l'équipe médico-soignante ou pour renforcer leur mécontentement (manque de liberté et d'activités, vécu d'enfermement essentiellement).

3- Connaissance et conscience de la maladie

Nous rappelons que seulement 37% des sujets inclus semblent connaître les raisons de leur hospitalisation et 27% leur diagnostic.



Graphique 27 : Réponses aux questions 4 et 34



Graphique 28: Réponses aux questions 6-33-35-36-38-39-43-44-49

Les questions portant sur la nécessité de l'hospitalisation montrent qu'un peu moins d'un sujet sur deux considère que son hospitalisation est nécessaire moins d'une semaine après son entrée : 46% la pensent « justifiée » et 51% « utile » ; 43% disent nécessiter des soins psychiques. En revanche, 73% affirment que l'hospitalisation aurait pu être évitée (dont 39% « absolument ») mais 57% estiment avoir besoin d'aide et 50% pensent nécessiter des soins psychiques à la sortie de l'hospitalisation.

Parmi eux, 50% affirment ne pas souffrir d'une maladie psychique (dont 26% répondent « absolument pas »), quand 28% pensent l'inverse ; 16% répondent de manière intermédiaire (« peut-être »). De plus, 48% estiment que l'hospitalisation a permis de les protéger d'eux-mêmes et seulement 27% de protéger les autres d'eux-mêmes.

Questions	< 45 ans		≥ 45 ans		p
	n	(%)	n	(%)	
6. Hospitalisation justifiée ?					
Non	13	(33,3%)	20	(50,0%)	0,133
Oui	26	(66,7%)	20	(50,0%)	
33. Existence d'une maladie psychique					
Non	20	(54,1%)	30	(73,2%)	0,079
Oui	17	(45,9%)	11	(26,8%)	
35. Nécessité de soins psy actuellement ?					
Non	17	(42,5%)	20	(50,0%)	0,501
Oui	23	(57,5%)	20	(50,0%)	
36. Besoin d'aide ?					
Non	14	(33,3%)	14	(32,6%)	0,939
Oui	28	(66,7%)	29	(67,4%)	
49. Nécessité d'un suivi psy à la sortie					
Non	15	(37,5%)	17	(40,5%)	0,782
Oui	25	(62,5%)	25	(59,5%)	

Tableau 16 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon l'âge

En distinguant les sujets inclus selon l'âge (supérieur ou inférieur à 45 ans), la comparaison des réponses aux questions 6-33-35-36-49 montre qu'il n'existe pas de différence significative.

Questions	Femme		Homme		p		
	n	(%)	n	(%)			
6. Hospitalisation justifiée ?							
Non	16	(47,1%)	17	(37,8%)	0,408		
Oui	18	(52,9%)	28	(62,2%)			
33. Existence d'une maladie psychique							
Non	27	(71,1%)	23	(57,5%)	0,212		
Oui	11	(28,9%)	17	(42,5%)			
35. Nécessité de soins psy actuellement ?							
Non	14	(37,8%)	23	(53,5%)	0,162		
Oui	23	(62,2%)	20	(46,5%)			
36. Besoin d'aide ?							
						IC95%	
						Femme	Homme
Non	6	(16,2%)	22	(45,8%)	0,004	[4,3-28,1]	[31,7-59,9]
Oui	31	(83,8%)	26	(54,2%)		[71,9-95,7]	[40,1-68,3]
49. Nécessité d'un suivi psy à la sortie							
Non	14	(38,9%)	18	(39,1%)	0,982		
Oui	22	(61,1%)	28	(60,9%)			

Tableau 17 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon le genre

En distinguant les sujets selon le genre, la comparaison des réponses aux questions 6-33-35-36-49 montre qu'il n'existe pas de différence significative excepté pour la question 36 (« Pensez-vous avoir besoin d'aide ? »), pour laquelle la valeur calculée de « p » (0,04) est inférieure à 0,05.

Ainsi il apparaît que les femmes déclarent plus souvent avoir besoin d'aide que les hommes.

	Autre		F2		F3		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
6.Hospitalisation justifiée ?							
Non	7	(43,8%)	16	(42,1%)	10	(40,0%)	0,971
Oui	9	(56,3%)	22	(57,9%)	15	(60,0%)	
33. Existence d'une maladie psychique							
Non	13	(76,5%)	26	(66,7%)	11	(50,0%)	0,208
Oui	4	(23,5%)	13	(33,3%)	11	(50,0%)	
35. Nécessité de soins psy actuellement ?							
Non	5	(33,3%)	23	(57,5%)	9	(36,0%)	0,129
Oui	10	(66,7%)	17	(42,5%)	16	(64,0%)	
36. Besoin d'aide ?							
Non	4	(23,5%)	16	(37,2%)	8	(32,0%)	0,593
Oui	13	(76,5%)	27	(62,8%)	17	(68,0%)	
49. Nécessité d'un suivi psy à la sortie							
Non	7	(46,7%)	19	(51,4%)	6	(20,0%)	0,026
Oui	8	(53,3%)	18	(48,6%)	24	(80,0%)	
			IC 95%	Autre	F2	F3	
				[21,4-71,9]	[35,2-67,5]	[5,7-34,3]	
				[28,1-78,6]	[32,5-64,8]	[65,7-94,3]	

Tableau 18 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon le diagnostic

En distinguant les sujets selon le diagnostic (F2x, F3x et les autres diagnostics), la comparaison des réponses aux questions 6-33-35-36-49 montre qu'il n'existe pas de différence significative excepté pour la question 49 (« Pensez-vous nécessaire d'avoir un suivi psychique à la sortie d'hospitalisation ? »), pour laquelle la valeur calculée de « p » (0,026) est inférieure à 0,05.

Ainsi il apparaît que les sujets porteurs d'un diagnostic de troubles de l'humeur déclarent plus souvent que les autres qu'un suivi ambulatoire à la sortie de l'hôpital leur est nécessaire.

	Autres		Idées S ou TS		p
	n	(%)	n	(%)	
43. Hospitalisation=protection de soi-même					
Non	13	(32,5%)	2	(22,2%)	0,546
Oui	27	(67,5%)	7	(77,8%)	
44. Hospitalisation=protection des autres de soi					
Non	33	(63,5%)	9	(52,9%)	0,44
Oui	19	(36,5%)	8	(47,1%)	

Tableau 19 : Comparaison des réponses aux questions 43 et 44 des sujets hospitalisés pour idées ou tentatives de suicide

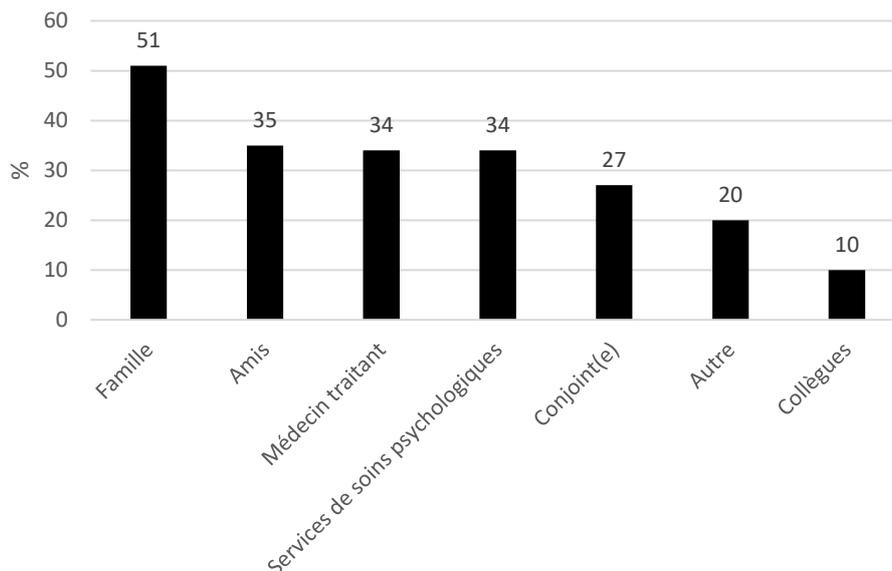
Parmi les sujets hospitalisés pour idées ou tentatives de suicide, 77,8% estiment que l'hospitalisation a permis de les protéger d'eux-mêmes, 47% de protéger les autres d'eux-mêmes. Il n'existe pas de différence significative en termes de réponses aux questions 43 et 44 avec le reste de la population incluse (autres motifs d'hospitalisation confondus).

Notons que les questions 43 et 44 font partie de celles qui ont obtenu le taux de réponse le plus faible (surtout la question 43) parmi la population hospitalisée pour des idées ou des tentatives de suicide.

	Autres		Troubles du comportement		p
	n	(%)	n	(%)	
43. Hospitalisation=protection de soi-même					
Non	8	(28,6%)	19	(40,4%)	0,301
Oui	20	(71,4%)	28	(59,6%)	
44. Hospitalisation=protection des autres de soi					
Non	19	(67,9%)	23	(56,1%)	0,326
Oui	9	(32,1%)	18	(43,9%)	

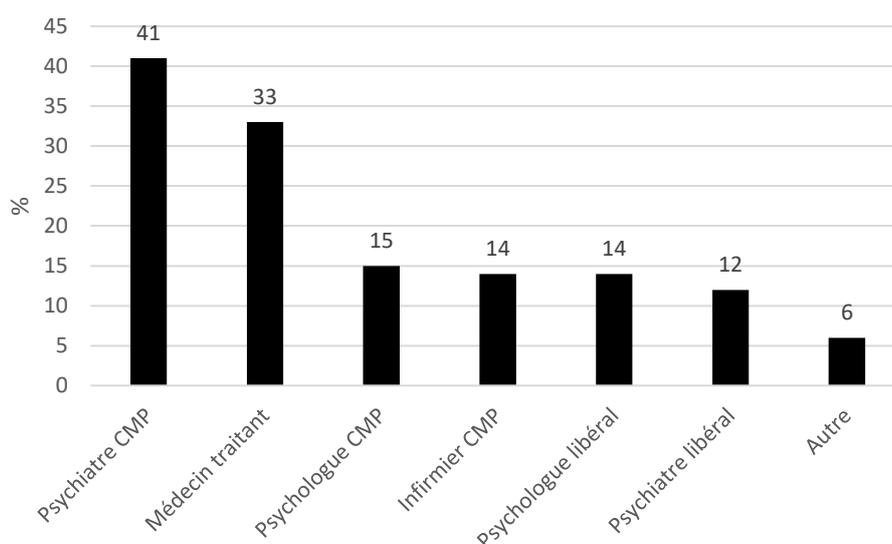
Tableau 20 : Comparaison des réponses aux questions 43 et 44 des sujets hospitalisés pour troubles du comportement

Concernant les sujets hospitalisés pour des troubles du comportement, près de 60% déclarent que l'hospitalisation a permis de les protéger d'eux-mêmes, 44% de protéger les autres d'eux-mêmes. Il n'existe pas de différence significative en termes de réponses aux questions 43 et 44 avec le reste de la population incluse (autres motifs d'hospitalisation confondus).



Graphique 29 : Réponses à la question 37
 (« Personnes susceptibles d'aider... »)

Parmi les personnes les plus susceptibles de les aider dans ce moment de crise (J6-J7 de leur hospitalisation sans consentement), les sujets désignent en première place leur famille (51%), suivie des amis (35%) puis de leur médecin traitant ex-aequo avec les services de soins psychologiques (34%), leur conjoint(e) (27%), les collègues (10%). Parmi les réponses libres ajoutées (20%), on retrouve principalement les propositions d'une aide sociale et religieuse, suivies de quelques propositions marginales (« soi-même », « masseuse », « femmes brunes », « Google »).



Graphique 30 : Réponses à la question 50
 (« Accompagnement envisagé à la sortie de l'hospitalisation par ... »)

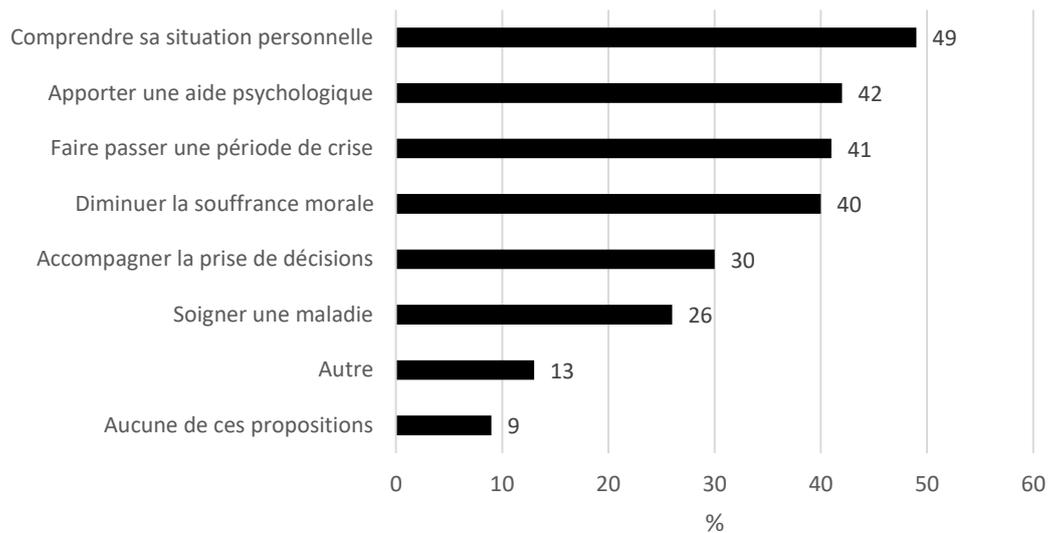
Concernant les professionnels de santé susceptibles d'accompagner les sujets à leur sortie, le psychiatre du CMP (41%) et le médecin traitant (33%) sont les plus choisis, suivis par les psychologues du CMP (15%), les infirmiers du CMP (14%) et les psychologues libéraux (14%). Le psychiatre libéral n'est envisagé que par 12% des sujets inclus. Parmi les réponses libres ajoutées (réponses « autre », 6%), sont proposés également les assistantes sociales, les soignants des CSAPA et ceux des centres de réhabilitation psychosociale.

Questions	Réponses (nb)	Réponses (%)	NR (Nb)
29. Suivi psychique dans les 3 mois précédant hospitalisation	96	97	3
Non	46	46,5	
Oui	50	50,5	
30. Lieu du suivi	47	47,5	52
CMP	36	36,4	
Libéral	10	10,1	
CMP et libéral	1	1	
31. Suivi par :	65	65,6	34
Psychiatre	35	35,4	
Psychologue	14	14,1	
Infirmier	13	13,1	
Autre	3	3	

Tableau 21 : Réponses aux questions 29-30-31

Un sujet sur deux déclare avoir bénéficié d'un suivi psychique dans les 3 mois précédant son hospitalisation sans consentement, réalisé majoritairement en CMP, par un psychiatre dans la moitié des cas (35 cas sur 65), suivis par les psychologues et infirmiers.

Parmi les réponses libres ajoutées (réponses « autre », 3%), un sujet précise qu'il était suivi au sein d'un centre de réhabilitation, deux sujets par leur médecin traitant.



Graphique 31 : Réponses à la question 47
(Ce que l'hospitalisation a permis)

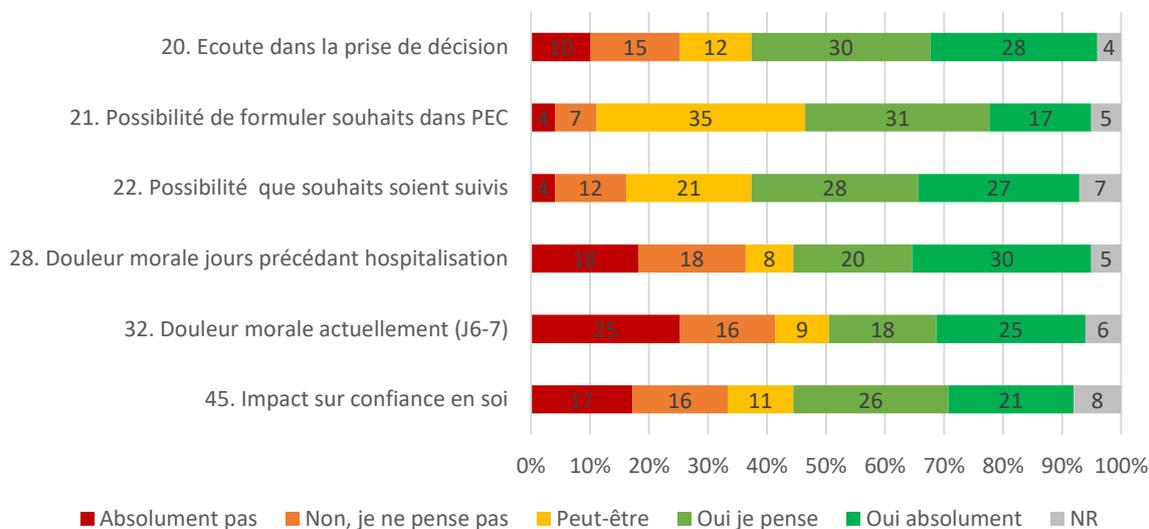
Une semaine après leur entrée, les sujets estiment que l'hospitalisation leur a principalement permis de comprendre leur situation personnelle (49%), de leur apporter une aide psychologique (42%), de faire passer une période de crise (41%), de diminuer leur souffrance morale (40%).

Pour 30% des sujets, l'hospitalisation a joué un rôle en accompagnant leur prise de décisions.

Seulement 26% des sujets affirment que l'hospitalisation a permis de soigner une maladie.

Parmi les réponses libres ajoutées (« autre », 13%), il était retrouvé d'autres « rôles » de l'hospitalisation comme « faire des démarches avec une assistante sociale », « se construire », « se reposer », « adapter un traitement ».

4- Vécu émotionnel



Graphique 32 : Réponses aux questions 20-21-22-28-32-45

Près de 58% des sujets se sentent écoutés lorsqu'une décision les concernant est prise.

Un peu moins d'un sujet sur deux estime qu'il peut formuler des souhaits pour sa prise en charge, 35% émettent des doutes à ce sujet en répondant « peut-être » mais 55% pensent que leurs souhaits pourront être suivis par l'équipe médico-soignante.

Cinquante pour cent affirment qu'ils ressentent une douleur morale dans les jours précédant l'hospitalisation, 8% « peut-être » et 28% n'en déclarent pas ; à une semaine de leur entrée à l'hôpital, les résultats s'équilibrent avec 43% des sujets qui ressentent toujours cette douleur contre 41% qui n'en déclarent pas.

Enfin, 47% estiment que l'hospitalisation a eu un impact sur leur confiance en eux, principalement dans le sens d'une augmentation, associée à des pensées « positives », comme la volonté d'« avancer », « reprendre le rythme », « gagner en assurance », « parler pour anticiper les choses », « moins craindre les autres », « réfléchir à ce que l'on veut pour soi », « s'adapter », « s'endurcir », « avoir eu un déclic » (**question 46**). Moins de 10 sujets ont répondu cependant que l'hospitalisation a diminué leur confiance en eux et ont associé des termes à connotation péjorative comme « vivre un cauchemar », « avoir développé un cœur de pierre », « peur de ne plus vivre normalement ».

Questions	Réponses (Nb)	Réponses (%)	NR (Nb)
12. Séjour en CPF	98	99	1
Non	70	70,7	
Oui	28	28,3	
14. Contentions	98	99	2
Non	89	89,9	
Oui	9	9,1	

Tableau 22 : Réponses aux questions 12 et 14

Près de 28% des sujets déclarent avoir passé une partie de leur séjour hospitalier en chambre de protection fermée (contre 23,8% recensés dans les dossiers médicaux).

Neuf pour cent rapportent une mesure de contention mécanique (contre 9% recensés dans les dossiers).

L'analyse des mots associés à la chambre d'isolement (**question 13**) retrouve six thématiques principales à la charge sémantique lourde.

La première par ordre de fréquence est celle recouvrant le champ lexical de l'enfermement, associée aux termes « emprisonnement », « prison », « prisonnier », « isolement », « manque de liberté ».

La deuxième concerne le thème de la violence, avec les récurrences « agressivité », « agitation », « hurlements », « violence », « rapport de force », « blessure », « jets d'objet » pour lesquelles on retrouve en miroir la thématique de la peur, avec les mots « détresse », « horrible », « étouffant », « claustrophobie » pouvant aller jusqu'aux sentiments de « colère » et de « tristesse ».

Le vocabulaire judiciaire est également utilisé, avec les termes « abus de pouvoir », « légal/illégal », « non-assistance à personne en péril », « criminel », « injustice ».

On observe aussi le champ sémantique de la malveillance avec les occurrences « méchanceté », « manipulation », « rendre fou », « dépendant », « maltraitance », « méchant », « naïveté », « moquerie », « Enfer », « Mal », « hitlérien ».

L'expérience d'isolement est fréquemment décrite comme « longue » et « difficile » et une minorité de sujets perçoit certains de ses aspects thérapeutiques en citant les termes « calmer », « repos », « sureté », « sécurité », « réfléchir ».

Le même exercice au sujet de l'expérience de contention mécanique (**question 15**) retrouve moins de réponses. La thématique de la violence est retrouvée, associée à celle de la cruauté avec les occurrences « inhumain », « torture », « agressivité », « douleur ». Il semble que les sujets aient

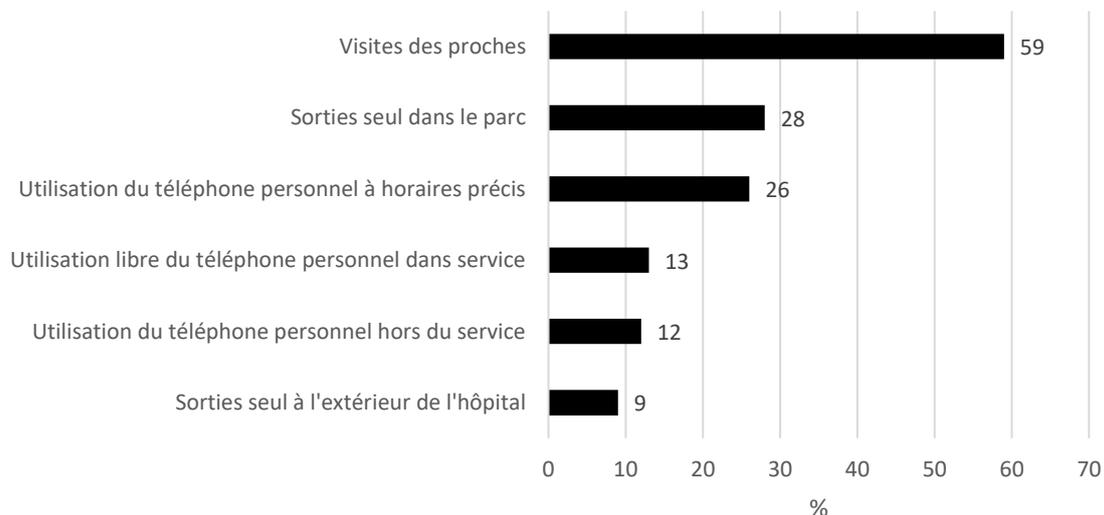
associé l'expérience de la contention à celle du port de menottes, puisqu'ils citent fréquemment les termes « Police », « entrave », « attachement », « punition », « détention ».

Seulement deux sujets associent des termes relativement « neutres » à la mesure de contention, à savoir « prudence » et « sécurité ».

Enfin, à la **question 40**, portant sur les sentiments ressentis pendant l'hospitalisation, les sujets rapportent très majoritairement des affects négatifs, avec à nouveau la thématique de l'enfermement et l'isolement (17 occurrences), suivie de la tristesse (12 occurrences), de l'injustice et l'impuissance (11 occurrences), de la peur, l'angoisse et la douleur (9 occurrences), de la violence et l'atteinte aux droits (8 occurrences), de l'ennui et la solitude (7 occurrences), de la colère (6 occurrences), de la perte de contrôle (5 occurrences).

Parmi les affects positifs rapportés, on retrouve essentiellement l'expression d'un apaisement (6 occurrences), d'empathie et de compassion (4 occurrences), d'une sensation de sécurité et de la joie (2 occurrences).

5- Autonomie



Graphique 33 : Réponses à la question 27
(Autorisations pendant le séjour)

Près de 59% déclarent avoir bénéficié de la visite de leurs proches pendant l'hospitalisation, 28% de sorties seul dans le parc de l'hôpital, 9% de sorties seul à l'extérieur de l'hôpital, 26% de leur téléphone personnel à des horaires limités et 13% en utilisation libre.

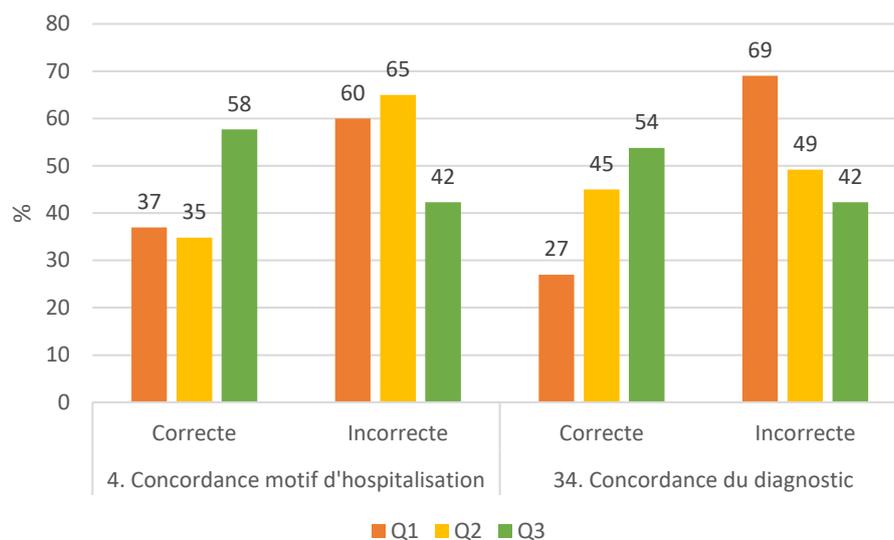
La **question 48**, portant sur l'éventuel impact financier de l'hospitalisation, retrouve essentiellement trois grands types de réponses, dans des proportions comparables : ceux qui estiment qu'il n'y a eu aucun impact, ceux qui pensent que l'hospitalisation leur a permis d'économiser, ajoutant régulièrement l'expression « nourri, logé, blanchi ». En revanche, parmi ceux qui s'inquiètent des retombées économiques, certains avancent la question des remboursements par leur mutuelle, d'autres la perte de revenus liée à leur inactivité (dans le cas des commerçants).

B- Evolutivité des réponses : questionnaires 2 et 3 (J14 et M3)

Nous avons recueilli 69 questionnaires « numéro 2 » (sujets toujours hospitalisés à J13-J14 après leur entrée, soient 56,6% des sujets inclus) et 26 questionnaires « numéro 3 » (sujets sortis d'hospitalisation à temps complet, soient 21,3% des sujets inclus).

Par souci de clarté, nous présentons ici les résultats des réponses à 15 questions, pour lesquelles il nous semble pertinent de connaître l'évolutivité des réponses. Elles ont donc été sélectionnées pour leur intérêt dans chacune des catégories évoquées précédemment.

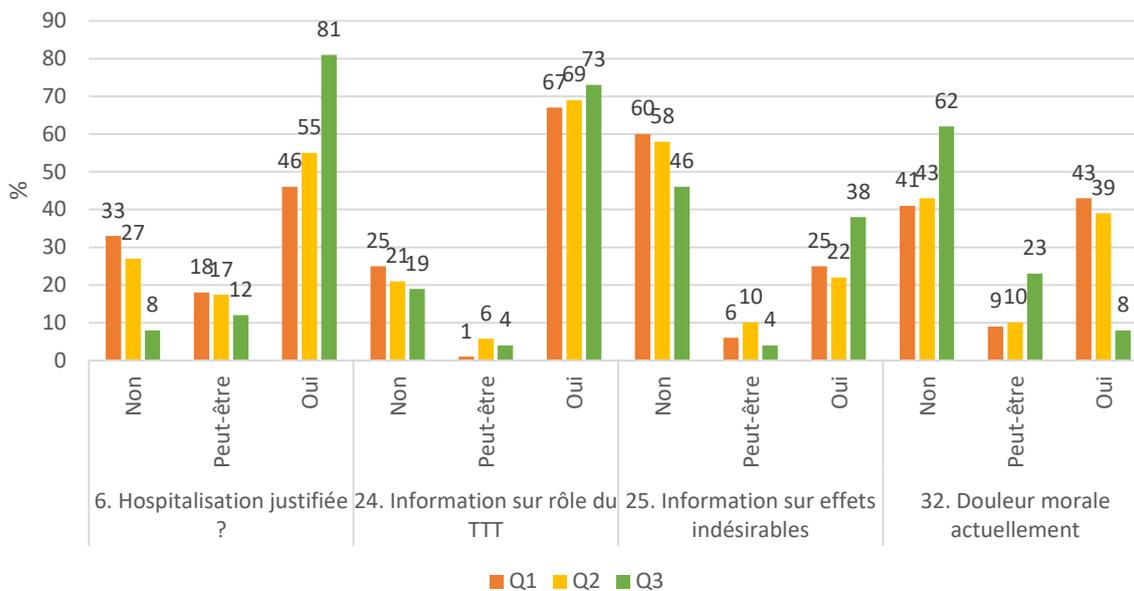
Il s'agit des questions 4-6-16-19-24-25-32-33-35-36-38-39-43-44-49.



Graphique 34 : Evolution des réponses aux questions 4 et 34 (J7 à M3)

La comparaison des réponses aux questions 4 et 34 portant sur la connaissance du motif d'hospitalisation et du diagnostic montre qu'il existe une progression positive si l'on compare les réponses fournies en fin de première semaine d'hospitalisation et dans le troisième mois suivant l'entrée en SSC. On note un renversement des tendances de réponse de la question 4 avec un taux de réponse correcte de seulement 37% à J6-J7 passant à 58% au troisième mois, que l'on retrouve en miroir pour la question 34 (passage de 27% de réponse correcte à 54%).

Il faut noter un recul du taux de réponse correcte à la question 4 entre la première semaine et la deuxième semaine d'hospitalisation (passage de 37% à 35% de bonne réponse contre une progression des réponses incorrectes de 60 à 65%).

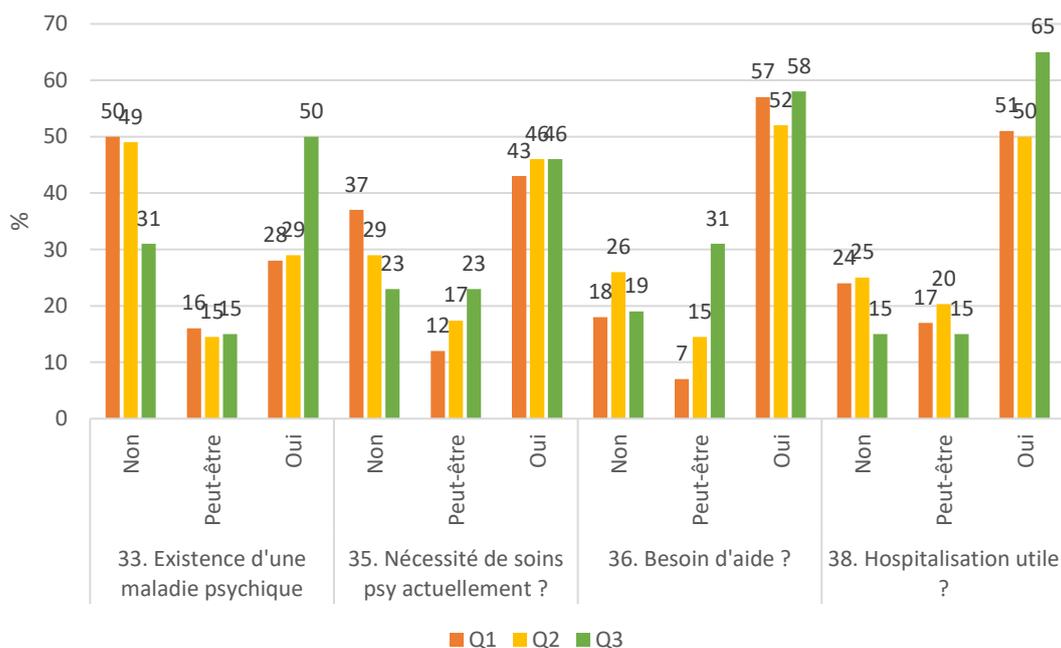


Graphique 35 : Evolution des réponses aux questions 6-24-25-32 (J7 à M3)

L'étude de l'évolution des réponses à la question portant sur la nécessité de l'hospitalisation montre qu'il existe une chute progressive des réponses « non » (33% à J7 et 8% à 3 mois), essentiellement au profit des « oui » (46% à J7 contre 81% à 3 mois).

Au fil des 3 mois, la question de l'information sur le rôle des traitements administrés retrouve des réponses quasiment similaires avec une petite diminution des réponses « non » au profit des réponses « oui » (passage de 67% à J7 à 73% à 3 mois). Concernant les effets indésirables, une majorité des sujets déclarent ne pas en avoir été informés, tendance qui s'atténue discrètement au 3^{ème} mois, au profit des réponses « oui » (passage de 25 à 38%).

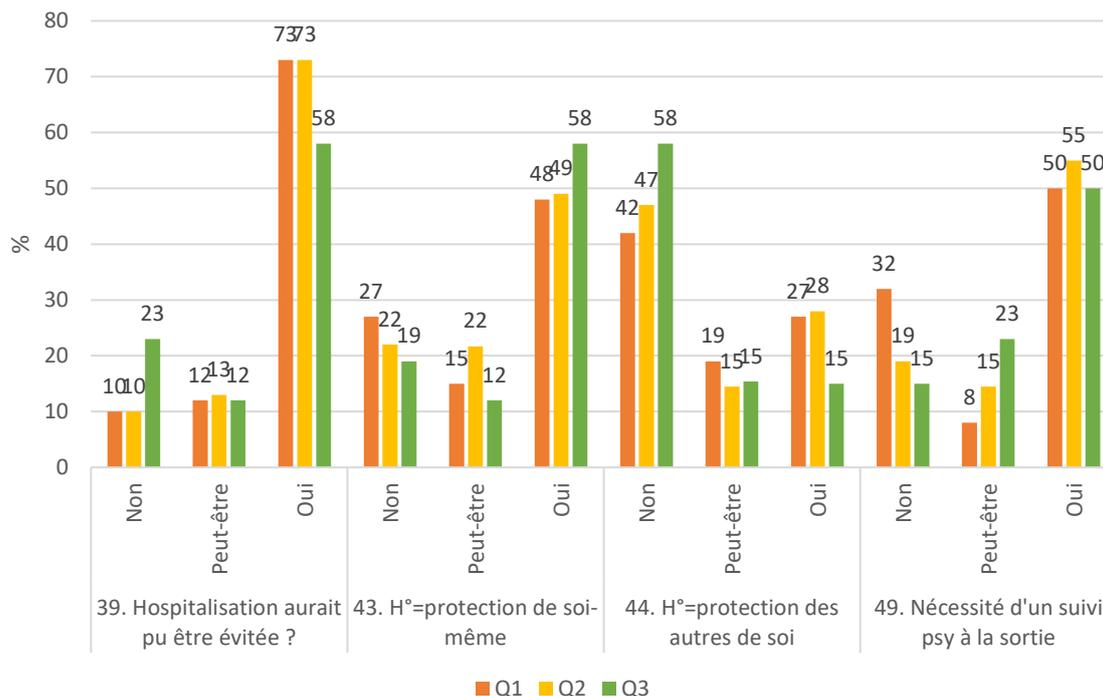
Enfin, 62% des sujets affirment ne pas ressentir de douleur morale à 3 mois de l'hospitalisation, contre 41% à J7, avec une proportion non négligeable de sujets manifestant un doute (23% de « peut-être » à 3 mois).



Graphique 36 : Evolution des réponses aux questions 33-35-36-38 (J7 à M3)

Il existe une diminution progressive des réponses « non » concernant l'existence d'une maladie psychique (31% répondent cependant toujours « non » à 3 mois de l'hospitalisation) au profit des réponses « oui » (quasi-doublement des réponses entre J7 (28%) et 3 mois (50%)).

L'évolution des réponses à la question 35 (nécessité de soins psychiques) montre une baisse des réponses « non », en parallèle d'un doublement des réponses « peut-être » et une stagnation des « oui ». Il est retrouvé des résultats relativement homogènes pour la question 38 portant sur l'utilité de l'hospitalisation, avec cependant une progression des réponses « oui » (passage de 51 à 65% à 3 mois). Le même phénomène est observé pour la question 36, avec une répartition des avis favorables et défavorables de manière relativement équitable au cours des 3 mois (entre 18 et 26% estiment ne pas avoir besoin d'aide durant cette période, contre 52 à 58% qui affirment le contraire).



Graphique 37 : Evolution des réponses aux questions 39-43-44-49 (J7 à M3)

Au fil des semaines, la conviction que l'hospitalisation aurait pu être évitée semble partiellement s'estomper (73% à J7, 58% à 3 mois) avec un doublement des réponses « non » (10 à 23%).

Les sujets restent peu persuadés que l'hospitalisation a permis de les protéger d'eux-mêmes (passage de 48 à 58% sur les 3 mois).

Ils déclarent massivement que l'hospitalisation n'a pas permis de protéger les autres d'eux-mêmes (constante ascension en 3 mois, 42% puis 47% puis 58%) avec une chute des réponses « oui » au 3^{ème} mois (15%).

Enfin, près d'un sujet sur deux estime nécessiter des soins ambulatoires à la sortie de l'hospitalisation, tout au long des 3 mois, avec une diminution de l'opposition (32 à 15%) au profit de la croissance du doute puisque les réponses « peut-être » atteignent 23% à 3 mois.

Statistique	Q1	Q2	Q3
Nb. réponses	93	66	25
Min.	1,000	1,000	4,000
Max.	10,000	10,000	10,000
1er Quartile	7,000	6,000	7,000
Médiane	8,000	8,000	8,000
3ème Quartile	10,000	9,000	10,000
Moyenne	7,753	7,364	8,040
Variance (n-1)	5,362	4,573	2,790
Ecart-type (n-1)	2,316	2,139	1,670

Tableau 23 : Evolution des réponses à la question 16
(Relation aux soignants)

Statistique	Q1	Q2	Q3
Nb. réponses	94	65	23
Minimum	1,000	1,000	4,000
Maximum	10,000	10,000	10,000
1er Quartile	7,000	6,000	7,000
Médiane	8,000	8,000	8,000
3ème Quartile	10,000	9,000	9,500
Moyenne	7,872	7,323	7,957
Variance (n-1)	4,693	4,816	2,953
Ecart-type (n-1)	2,166	2,195	1,718

Tableau 24 : Evolution des réponses à la question 19
(Relation aux médecins)

La note moyenne attribuée à la qualité de la relation avec les soignants passe de 7,75 à 7,36 en fin de deuxième semaine d'hospitalisation puis à 8,04 au troisième mois.

Le même phénomène est observé pour la relation avec les médecins, avec une moyenne en fin de première semaine d'hospitalisation à 7,87/10, baissant à 7,32 en deuxième semaine pour remonter à 7,96/10 au troisième mois.

La **question 10** portant sur l'expérience émotionnelle et cognitive de l'audition par le JLD montre des résultats équilibrés.

Les sujets rapportent principalement le sentiment d'avoir été écoutés de façon bienveillante, d'avoir pu s'exprimer librement. Le JLD leur a inspiré « confiance », « justice », « justesse », « droiture », « sérieux », « transparence » et ses propos leur ont semblé « clairs » et « précis ».

Si le stress a parfois gagné certains d'entre eux, à l'issue de l'audience ils se sentaient « apaisés », « sereins », « soulagés ».

Une autre partie des sujets inclus, bien que reconnaissant le respect, la bienveillance et la cordialité du juge, s'estime déçue de l'audience, la trouvant principalement « trop courte » et « formelle ». « Impuissance », « frustration », sentiment d'être « incompris », « stress », « faux-semblant », « manque d'information », « malentendu » voire « mal-être » sont également rapportés.

La satisfaction de l'audition par le JLD (**question 11**) est mitigée : si les sujets reconnaissent l'importance du rôle et de l'intervention du JLD comme garant du respect des libertés individuelles, une moitié a le sentiment que l'audience ne leur a pas été utile, que la décision du juge était prise avant même leurs échanges et qu'il ne leur a été possible de la contester.

On retrouve également plusieurs remarques concernant la durée de l'audience qu'ils estiment trop courte et sa préparation avec leur avocat, rarement rendue possible.

Une majorité reconnaît cependant avoir été entendue et respectée.

Par ailleurs, lors de l'étude du corpus de réponses libres (questions 51-52-53), il n'est pas constaté de différence en termes de thématiques ou de styles de réponses entre les trois questionnaires, en dehors d'un apaisement global du vécu émotionnel, relaté explicitement par les patients, en dépit d'une proportion plus faible de répondants pour les questionnaires « numéro 2 » et « numéro 3 ».

I- Démarche de l'étude

A la source de ce travail résidait une question très pragmatique : que deviennent les sujets que nous hospitalisons sans leur consentement ? Et derrière cette interrogation se cachait implicitement celle de la légitimité d'une telle mesure en termes d'impact dans les soins ultérieurs.

Nous avons choisi d'axer notre recherche sur les parcours de soins et notamment l'accès aux soins librement consentis qui nous semblent constituer la finalité des soins en psychiatrie, dans une population qui a, hélas, parfois perdu sa liberté de décider.

Comme souvent en médecine, il existe un écart entre le savoir scientifique détenu par les équipes médico-soignantes et les représentations des patients. Dans notre cas précis, l'expérience des soins sans consentement en est une preuve manifeste : les patients questionnent régulièrement les motivations des médecins qui leur ont imposé des soins et celles de leur psychiatre traitant qui ne les lèvent pas suffisamment rapidement à leur goût.

Les lois de 2011 et 2013 sur les soins sans consentement placent l'information et les droits du patient au centre du dispositif des soins sans consentement, tendance générale des lois sanitaires actuelles.

En dépit d'une « bonne information » délivrée au sujet, il reste toujours la question de sa réception, de sa compréhension, du sens qu'il pourra construire à partir des éléments que nous lui donnons. Une information complète mais brute est souvent perçue comme technique et indigeste, surtout lorsqu'elle est délivrée à un temps peu propice, celui de la « crise » notamment.

La répétition – base de toute pédagogie – permet sans doute au sujet de s'approprier les différentes informations, en fonction de son état psychique. C'est ce qui est généralement réalisé dans les différents services : après une explication médico-légale initiale (souvent réalisée aux urgences), des informations plus précises sont reprises avec le sujet concernant son état clinique et la nécessité de soins, même légalement contraints, dans une visée d'autoconservation ou de protection d'autrui.

Beaucoup se sentent incompris lorsque le médecin n'accède pas à leur demande de lever la contrainte. Pour autant, c'est dans cette période délicate que l'équipe a la double mission d'apaiser le sujet et ses symptômes et de tisser une alliance, base d'une relation patient-soignants de qualité. La tâche est donc rude pour avancer et tenter de dépasser le tableau « aigu » initial chez quelqu'un qui refuse (en

tout cas initialement) les soins alors même qu'il existe un véritable risque pour son intégrité ou celle des autres et qui n'a de cesse de demander sa sortie de l'hôpital. D'autant plus que la question de la conscience de la maladie complexifie généralement le tableau, lorsque les sujets présentent des pathologies psychiatriques sévères, notamment des troubles psychotiques les privant d'une perception adéquate de la réalité.

Donner la parole à ces patients nous semblait capital à mout égard. Pour leur donner un espace d'expression, indépendant de la relation de soins. Pour tenter d'approcher leurs perceptions, ressentis, représentations de cette expérience de soins contraints. Pour permettre de mieux comprendre les situations de « tension », les divergences de points de vue, les écarts de représentations et de langage. Pour éventuellement dégager des pistes de réflexion future tendant à l'amélioration des conditions de réalisation des soins sans consentement.

Mais proposer à des sujets hospitalisés sans consentement de participer à une étude posait à nouveau la question même de la validité du consentement de ces sujets ... Dans quelle mesure pouvaient-ils éventuellement consentir à un projet de recherche réalisé sur le lieu dans lequel ils étaient contraints de recevoir des soins ?

A la lumière de notre recherche bibliographique, il nous semblait important de considérer le consentement des sujets comme conditionnel, circonstanciel et temporaire ; en d'autres termes, un sujet qui refusait ou n'était pas en mesure initialement de consentir à des soins psychiatriques pouvait accepter ou refuser six jours plus tard de participer à notre étude (dans laquelle, nous précisons à nouveau que nous n'avons pas rencontré individuellement les sujets et que nous n'étions pas impliquée personnellement dans les prises en charge). Ainsi, nous avons choisi d'opter pour une étude non-interventionnelle, qui n'ajoutait pas d'étape dans le parcours de soin du sujet et le laissait « autonome » dans ses réponses (auto-questionnaires).

II- Population de l'étude

Les sujets inclus dans l'étude étaient très comparables à la population nationale en soins sans consentement, avec un âge moyen de 44 ans (contre 43 ans au niveau national), une surreprésentation des hommes à 54% (contre 60%) (Coldefy et Fernandes 2017).

La tranche d'âge la plus pourvoyeuse de soins sans consentement était celle des « 45-55 ans » chez les deux genres avec cependant une répartition des sujets masculins autour de deux « pics » d'âge, avant 35 ans et entre 45 et 55 ans. Ceci est en accord avec la littérature sur le sujet des psychoses notamment, avec un âge des premières décompensations plus précoce chez les sujets masculins.

Au niveau familial, on retrouvait une grande majorité de personnes isolées, vivant seules (près de deux tiers) et moins de la moitié avait des enfants. De plus, les sujets étaient majoritairement inactifs (plus de 80%), ce qui renforce leur isolement et leur marginalisation au quotidien, par perte du lien social et du sentiment d'occuper une place dans la société.

Les sujets vivaient en ville pour près d'un sur deux (dont deux tiers à La Rochelle et un tiers à Rochefort) et un quart provenait des communes rurales du Nord du département.

En termes de sectorisation psychiatrique, le secteur couvrant le centre-ville de La Rochelle et les proches communes apparaît plus sollicité alors que celui de Rochefort-Marennes-Oléron, plus rural, l'est moins, vraisemblablement par une organisation territoriale et sectorielle ayant développé davantage une politique sanitaire ambulatoire de proximité, le secteur étant relativement étendu et les sujets éloignés des lits d'hospitalisation.

Près de 7,4% des personnes hospitalisés sans consentement venaient d'autres départements, avec parmi eux une grande proportion de sujets en voyage pathologique, peut-être aidés par l'air marin et la configuration ferroviaire faisant de la ville de La Rochelle un « terminus » ...

Enfin, 13% de la population incluse possédait une mesure de protection contre 1% de la population générale française, avec majoritairement une mesure de curatelle (8,2% contre 0,48% en population générale), suivi de la tutelle (3,3% contre 0,56%) puis de la sauvegarde de justice (1,6% contre 0,00028% en population générale en France) (Cruzet et Lebaudy 2016).

Il apparaît donc clairement que les personnes vulnérables sont surreprésentées dans la population psychiatrique nécessitant des soins sans consentement, lorsqu'il existe des troubles du jugement et la nécessité d'une représentation.

Concernant les aspects cliniques, avec 122 patients inclus (mais 153 mesures de soins sans consentement enregistrées sur six mois, hors SDRE L3214-3 D398), la première différence évidente concerne la proportion de sujets hospitalisés en SDTU (65% des sujets inclus) qui dépasse largement les mesures de SDT (21%), différence qui peut facilement être expliquée par l'organisation du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis sous l'égide d'une direction unique, compliquant la signature des certificats initiaux, notamment pour la procédure de SDT « classique », imposant au moins un certificat d'un médecin « extérieur à l'établissement ». Ainsi, le recours à la procédure d'urgence, devant être réservé aux situations exceptionnelles, est largement utilisé, ce qui constitue un réel problème. L'intervention de médecins « extérieurs à l'établissement » (médecins généralistes volontaires, SOS médecins) représente parfois une certaine « contrainte » logistique supplémentaire, avec notamment la question du coût financier d'une telle procédure (la facturation de la consultation médicale devrait revenir à la charge de l'établissement de soins et non au patient – comme c'est le cas dans certains hôpitaux – qui n'est absolument pas à l'origine d'une telle décision).

Parallèlement, l'usage des SDRE (3%) semble très inférieur à la moyenne nationale (qui est habituellement voisine des 18%), tout comme celui des SPI (11% à La Rochelle contre 21% en France) (Coldefy et Fernandes 2017). Les chiffres communiqués par la Direction du Centre Hospitalier Marius Lacroix montrent qu'il existe – contrairement à la tendance nationale – une baisse récente du nombre de mesures de SSC entre 2015 (415 nouvelles mesures) et 2016 (374) avec une répartition constante des SDTU/SDT/SPI/SDRE rochelais ces dernières années. Cette tendance devrait être confirmée en 2017, puisque 162 mesures ont été enregistrées sur la période d'inclusion de notre étude (6 mois), ce qui donne une estimation à 324 mesures de SSC sur 12 mois.

En outre, les données locorégionales fournies par l'ARS Poitou-Charentes montrent qu'en 2016, 549 mesures de SSC ont été prises dans le département de la Charente-Maritime (incluant les chiffres des secteurs de Saintes et Jonzac, en plus de ceux de La Rochelle), 369 en Charente, 357 dans les Deux-Sèvres et 534 dans la Vienne, ce qui représente un total annuel de 1 809 mesures pour la région Poitou-Charentes en 2016 contre 1 793 en 2015, soit une progression comparable aux données nationales (ARS Poitou-Charentes 2016). En parallèle, les lits de psychiatrie générale disponibles dans la région Poitou Charentes sont au nombre de 1 202, dont 387 en Charente Maritime, avec un taux d'équipement de 1 lit pour 1 000 habitants (en hospitalisation complète), ce qui est superposable à la moyenne nationale (ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes 2015).

Les sujets hospitalisés sans leur consentement ont déjà connu l'hospitalisation en psychiatrie pour près de trois quarts d'entre eux, la contrainte pour 50% d'entre eux ; plus d'un sur deux n'avait pas bénéficié

de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédant les SSC (résultat juxtaposable aux données nationales : Coldefy et Nestrigue 2013) et une rupture de traitement était retrouvée dans 50% des cas. Il s'agit donc d'une population généralement connue des services de psychiatrie mais qui a « échappé » aux soins, au moins temporairement et que la décision de SSC permet en quelque sorte de « ramener » dans les soins.

Parmi les personnes ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, la grande majorité l'avait réalisé en CMP – donc auprès de l'hôpital public – ce qui est vraisemblablement expliqué par un double phénomène : le premier lié au fait que l'offre libérale de soins soit plutôt faible dans le Nord du département, avec une concentration quasi-exclusive des quelques psychiatres libéraux à La Rochelle même (contre un seul à Rochefort). Le second est que les sujets bénéficiant de soins sans consentement sont souvent atteints de pathologies lourdes (majorité de troubles psychotiques), qui requièrent des soins multidisciplinaires, au sein de structures étayantes, ce qui ne peut être porté exclusivement par les cabinets libéraux.

L'initiation des soins sans consentement est majoritairement réalisée dans les services d'urgences et la notion d'un refus de soins est retrouvée dans 50% des situations (ou du moins retranscrite dans 50% des certificats initiaux). S'il n'est pas un critère pathognomonique de la décision de soins sans consentement – comme nous l'avons discuté dans la première partie – il semble qu'il motive au moins une décision sur deux de SSC. Quant aux manifestations de violence – verbale ou physique – lors de la prise de cette décision, elles restent minoritaires (4% pour la violence verbale, 15% pour la violence physique, incluant l'agitation non adressée).

Conformément aux résultats nationaux, les principales pathologies psychiatriques pourvoyeuses de décisions d'hospitalisation sans consentement sont les troubles psychotiques (46% à La Rochelle contre 50% en France), suivis des troubles de l'humeur (31% contre 11%) et des troubles de la personnalité (10% contre 8%) (Coldefy et Fernandes 2017), ce qu'il faut mettre en miroir des motifs d'hospitalisation des sujets, avec une surreprésentation de la symptomatologie psychotique aiguë (46%) et des troubles du comportement (68%) (si l'on totalise les hétéro-agressifs (27%), ceux sans précision (22%) et ceux survenant sur la voie publique (19%)). La dimension « productive » et donc « bruyante » est très généralement au-devant du tableau, expliquant l'intervention régulière des secours (SMUR et pompiers représentent 50%, sans compter leurs accompagnements des Forces de l'Ordre qui interviennent dans 14% des cas).

Les tableaux cliniques sont souvent exacerbés par les arrêts intempestifs de traitements (une personne sur deux) et la prise concomitante de produits toxiques (45%). Sur ce point, il est important de noter que les patients ne bénéficiaient pas tous d'une recherche de toxiques urinaires ou sanguins et que les informations recueillies dans les dossiers sont généralement basées sur les dires des patients eux-mêmes, ce qui minimise peut-être les résultats sur cette question. L'alcool reste le produit le plus consommé (28% des patients entrant en soins sans consentement avaient un problème avec l'alcool) et était parfois à l'origine de décisions de soins sans consentement pour des troubles du comportement responsables de mises en danger du sujet ou d'hétéro-agressivité.

Cependant, nous notons que les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1x selon la CIM-10) sont rarement le diagnostic principal porté par les personnes hospitalisées sans consentement (3,3%).

A propos des conditions d'hospitalisation des sujets, une écrasante majorité est hospitalisée initialement en service fermé (94,3%), et parmi les sujets en service ouvert, il s'agissait très fréquemment de situations temporaires, par manque de place en service fermé (admissions la nuit, avec parfois des fermetures de service jusqu'à la réévaluation médicale en vue d'un transfert dans une autre unité). Cette pratique, régulièrement considérée comme « systématique » n'est pourtant en rien obligatoire et « soins sans consentement » ne doit pas rimer avec « soins en service fermé ».

Pour cela, une réflexion doit pouvoir naître au sein de l'établissement et de ses équipes, autour de la question de l'obligation de soins et de la privation de liberté. L'argument généralement avancé est celui du risque de fugue pouvant inclure la question des mises en danger, notamment chez des sujets entrant en « crise suicidaire » ou dont le délire les pousserait à quitter l'hôpital... Quoi qu'il en soit, ces situations ne sont pas majoritaires et des ajustements doivent être envisagés.

En ce qui concerne la durée des hospitalisations sans consentement, la moyenne est de 31 jours d'hospitalisation et 36 jours de soins sans consentement (contre 46 jours d'hospitalisation au niveau national, mais sur une année). Cette durée d'hospitalisation varie selon le mode légal des soins, avec une durée plus courte pour les sujets en SDT (28 jours) contre 41 jours pour les SPI, ce qui diffère des chiffres nationaux avec une moyenne annuelle de 26 jours (SPI), sans qu'il ne soit retrouvé d'explication particulière.

En revanche, les durées des mesures de soins sans consentement dépassent celles de l'hospitalisation pour tous les modes légaux, ce qui implique mécaniquement que certains sujets soient sortis en programmes de soins (environ 14%), pour des durées conséquentes, effaçant ainsi la part de ceux qui

ont poursuivi leur hospitalisation sous une forme librement consentie (et qui ont, de fait, une durée de la mesure de contrainte inférieure à celle de l'hospitalisation).

Logiquement, il apparaît que les sujets ayant reçu un diagnostic de troubles psychotiques ou de troubles de l'humeur aient été hospitalisés plus longtemps, étant données la sévérité et la productivité régulière des tableaux cliniques, nécessitant des soins « intensifs » et durables afin d'endiguer une partie de la symptomatologie invalidante. De plus, la construction fréquente de projets médicosociaux pour les sujets psychotiques, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, allonge bien souvent la durée de ces hospitalisations. Notons que l'unique sujet coté « F78 », comme les 3 sujets porteurs d'un diagnostic « F06 » alourdissent les durées de séjour (respectivement 91 et 46 jours) et de contrainte (respectivement 91 et 70 jours), chiffres dont il faut relativiser le poids étant donnés les faibles effectifs de ces catégories diagnostiques.

Enfin, à l'issue des 3 mois de suivi, la mesure de soins sans consentement s'est achevée pour 71% des sujets inclus, après une levée majoritairement réalisée par le directeur d'établissement, d'après le certificat médical du psychiatre. Les sorties requises et mainlevée par le JLD représentent des cas extrêmement minoritaires (4% au total). Parmi les 29% restants, certains sujets sont sortis en programmes de soins (14%), d'autres sont toujours hospitalisés (11,5%), d'autres ont été transférés vers d'autres hôpitaux (6,6%) sans qu'une levée de la mesure n'ait été réalisée par l'hôpital Marius Lacroix (mais leurs soins sans consentement ont peut-être pris fin quelques jours après leur transfert).

Au total, il apparaît que notre population soit globalement très proche de celle décrite dans les rapports nationaux, en termes de caractéristiques sociodémographiques et cliniques, avec une particularité concernant les modes légaux de soins (prédominance des SDTU) dont nous avons expliqué l'origine.

III-Adhésion aux soins ambulatoires librement consentis des sujets inclus

A 3 mois d'une hospitalisation sans consentement, 100 sujets avaient quitté l'hôpital (14 étaient toujours hospitalisés et 8 avaient été transférés dans un autre établissement). Parmi eux, 67 se sont vus proposer un suivi ambulatoire libre (54,9%), que 59 ont honoré en venant à au moins une consultation, soient 48,4% des sujets inclus, ce qui représente un premier résultat différent de la population nationale pour laquelle il était décrit que seulement 27% des sujets hospitalisés sans consentement bénéficiaient d'un suivi libre à la sortie de l'hôpital (Coldefy et Tartour 2015).

Nous avons souhaité exprimer l'adhésion aux soins ambulatoires par deux modalités différentes : d'abord en valeur absolue de consultations honorées, ce qui donne un aperçu du nombre d'actes de soins psychiatriques réellement réalisés pour chaque sujet ; puis en pourcentage de RDV honorés, indiquant l'assiduité des sujets au suivi et venant corriger les éventuels écarts en termes de nombre de consultations proposées aux sujets (ainsi, celui qui a honoré les 2 RDV qui lui étaient proposés ne se voit pas « pénalisé » à côté d'un sujet ayant assisté à 3 consultations sur 6).

En ne considérant que les sujets ayant eu la proposition d'un suivi ambulatoire libre (67 sujets), 59 sujets (88,1%) ont assisté à au moins une consultation et 46 l'ont honoré en totalité, en assistant à l'intégralité des RDV planifiés, ce qui représente 68,7% des sujets, soit une grande majorité, ce qui permet légitimement de penser qu'il existe un réel investissement des soins, là où initialement il n'y avait ni demande ni acceptation des soins.

Le nombre de consultations honorées par sujet était variable (1 à 12) et bien entendu conditionné en partie par la durée de l'hospitalisation.

D'autre part, après croisement de différentes variables, il ressort des analyses statistiques qu'il n'existe pas de différence significative lorsque l'on compare les sujets totalement assidus (qui avaient honoré 100% des RDV) aux autres sujets honorant leur suivi plus aléatoirement, sur l'âge, le genre, le diagnostic CIM-10, les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, ceux de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, la durée de l'hospitalisation et de la mesure de contrainte.

Ce résultat est important et finalement rassurant : il n'existerait pas de « profil » clinique particulier, pouvant « prédire » en quelque sorte l'investissement et l'adhésion à des soins ambulatoires à la sortie de l'hôpital, ce qui ouvre le champ des possibles à tous les individus.

Il semble donc que cette adhésion réside ailleurs et que l'alliance qui se crée entre un sujet et une équipe de soins dépasse largement les considérations purement cliniques et sociodémographiques.

En comparant maintenant l'assiduité de nos sujets à celle d'une population de témoins (appariés sur l'âge, le genre et le diagnostic CIM-10), nous retrouvons qu'il existe une différence significative ($p=0,016$) au niveau du nombre moyen de consultations honorées au sein de nos deux populations. En effet, les sujets inclus viennent à 2,7 consultations lorsque les témoins assistent à plus de 4 d'entre elles.

Cependant, ce résultat doit être temporisé par un phénomène non négligeable, celui de la durée des hospitalisations libres qui est généralement plus courte que celle des hospitalisations sans consentement : les chiffres communiqués par la Direction de l'hôpital indiquent que, sur 3 488 entrées en soins libres en 2016 (soient 90% des hospitalisations), la durée moyenne de séjour était de 19 jours (contre 31 jours en SSC). Il aurait fallu anticiper ce phénomène et le considérer lors de l'appariement, même si cela l'aurait rendu plus complexe.

En comparant cette fois les sujets sur la moyenne de leur assiduité, exprimée en pourcentage de RDV honorés, il apparaît qu'il n'existe pas de différence significative (81% chez les sujets inclus contre 87% chez les témoins).

Une absence de différence significative est également retrouvée lorsque l'on compare les deux populations sur leurs assiduités maximale (en distinguant les suivis honorés à 100% et les autres) et minimale (suivi aucunement honoré et les autres).

En d'autres termes, ces résultats montrent qu'il n'existe donc pas de différence quant à l'investissement d'un suivi ambulatoire librement consenti après une hospitalisation, qu'elle ait été libre ou contrainte. Ce résultat vient invalider l'hypothèse selon laquelle les sujets investiraient d'autant moins les soins ambulatoires qu'ils viennent de faire une expérience de soins contraints, ce qui apparaît comme un élément plutôt positif dans la représentation que l'on peut se faire des soins sans consentement.

Ainsi, la contrainte n'améliore ni n'empêche la poursuite des soins acceptés librement par les sujets, ce qui permet de continuer à la percevoir comme une mesure transitoire nécessaire à la préservation de l'intégrité des hommes et des femmes que nous rencontrons dans des situations de détresse psychique, leur permettant d'intégrer une filière de soins.

Même si notre étude n'a pas montré de différence de suivi à l'issue de l'hospitalisation entre les deux échantillons, il faut cependant considérer que les sujets hospitalisés sans consentement n'auraient pas

reçu de soins, sans la mesure de contrainte légale. Donc non seulement ils acceptent de venir cette fois dans les soins proposés, mais sans différence significative avec la population témoin (69,6% des sujets inclus honorent l'intégralité du suivi, contre 66% chez les témoins).

Dès qu'elle n'a plus lieu d'être – c'est-à-dire lorsque l'état clinique du sujet se restaure, lui permettant de retrouver la liberté de consentir aux soins – il est important de lever la mesure de contrainte, afin de travailler l'alliance et d'envoyer un message clair aux patients et à leurs familles sur le sens de cette mesure.

Si la contrainte ne semble pas avoir d'impact sur la réalité du suivi ambulatoire, on ne doit pas considérer pour autant qu'elle n'en a pas sur la représentation que se font les sujets de ce type de soins.

Les réponses fournies aux questionnaires apportent des éléments de compréhension supplémentaires fort intéressants.

Tout d'abord, plus de 60% des sujets indiquent se sentir informés du motif d'hospitalisation, du rôle des traitements qui leur sont prescrits et de l'audition par le JLD, dès la première semaine.

Sur ce dernier point, une information spécifique est réalisée par les cadres infirmiers des services fermés au cours d'un entretien dédié, incluant la lecture des droits des sujets et la signature d'un document attestant qu'ils ont reçu cette information, ce qui peut expliquer que 72% des sujets estiment avoir été informés. De plus, à la question ouverte sur le rôle du JLD, une grande majorité de sujets propose des réponses tout à fait justes et intéressantes, témoignant de la qualité de l'information fournie sur ce sujet précisément. L'audience est globalement perçue comme un temps d'échange enrichissant, se déroulant dans le respect et l'écoute, visant à vérifier la conformité du déroulement de la procédure. Même si les sujets semblent relativement déçus de la décision finale prise par le juge (moins de 2% de mainlevée), ils l'acceptent généralement sans trop d'encombre.

En revanche, moins d'un sujet sur deux pense avoir été informé de ses droits et des voies de recours à cette procédure, ce que l'on peut relier au nombre très restreint et en baisse des saisines facultatives du JLD (3,1% en 2015), ce qui interroge la réalité de l'accès aux droits (Coldefy et Fernandes 2017). Les recommandations du CGLPL indiquent justement que cet aspect fait partie des améliorations à réaliser au niveau national avec la création de « points d'accès au droit » (Hazan 2015).

De plus, 60% considèrent qu'ils n'ont pas reçu d'explications sur les effets indésirables de leurs traitements, alors que cette information est tout aussi importante que celle sur le rôle des molécules.

On peut imaginer qu'une meilleure information sur ces effets collatéraux permettrait de renforcer la confiance du sujet en l'équipe de soins et le médicament et pourrait contribuer à limiter les situations de rupture totale de traitement (présente chez 50% des sujets).

Les questions concernant la satisfaction apportent de bons résultats en termes d'accueil, de disponibilité et d'attention du personnel (chiffres avoisinant les 70% de satisfaction).

Après une semaine d'hospitalisation, la relation aux soignants est estimée à 7,8/10 et 7,9/10 pour les médecins (pour atteindre quasiment 8/10 à 3 mois), chiffres très voisins témoignant d'une qualité globale et homogène de la relation de soins.

Parmi les réponses libres, une grande part des éléments de satisfaction spontanément rapportés concerne d'ailleurs la qualité du personnel qui est décrit de manière très positive (« agréable, rassurant, disponible et accueillant »), avec souvent l'adjonction de remerciements personnalisés qui leur sont dédiés dans les zones de réponse libre. Parallèlement, les temps de vie en collectivité comme les repas ou les moments d'échanges avec d'autres patients sont perçus comme salvateurs, probablement parce qu'ils viennent restaurer le lien social qui est souvent mis à mal chez les sujets souffrant de troubles mentaux sévères, en dépit du vécu intrusif que peut parfois représenter la vie en collectivité.

Plus que l'hospitalisation elle-même, ce sont ses conditions qui sont généralement critiquées, avec en première ligne, tout ce qui peut entraver la liberté fondamentale d'aller et venir, à savoir l'enfermement, les restrictions de communication (appels, visites) et de déambulation et secondairement l'absence d'activités occupationnelles et hédoniques et le sentiment de solitude. Cette observation avait déjà été signalée dans le rapport de Messieurs Jacquart et Robilliard (Roubinowitz 2017).

Ce sont souvent ces mêmes conditions qui sont rapportées par les sujets pour justifier leur souhait de quitter l'hôpital, en dépit de la qualité de la relation thérapeutique qui s'est nouée.

La perte de repères générée par l'hospitalisation, d'autant plus lorsqu'elle a lieu en service fermé, la violence de quelques patients, certaines règles de fonctionnement des services (temps d'ouverture et de fermeture des chambres) sont autant d'éléments qui altèrent les conditions de l'autonomie des sujets et majorent leur sentiment d'impuissance et de perte de contrôle, déjà initiée par les manifestations aiguës de certains de leurs troubles.

Quant à la question de la connaissance et de la conscience de leur maladie, une minorité de sujets donne des réponses correctes en fin de première semaine, sur le motif d'hospitalisation (37%) et leur diagnostic (27%) et ces chiffres évoluent doucement pour passer respectivement à 58% et 54% à 3 mois de l'hospitalisation c'est-à-dire environ un sujet sur deux. On constate un recul du taux de bonne réponse entre J7 et J14 concernant les motifs d'hospitalisation : les sujets donnaient des explications généralement plus floues et secondaires qu'en première semaine, peut-être dans une dynamique inconsciente de défense massive contre la maladie mentale, peut-être aussi en raison de la mise à distance du contexte aigu faisant parfois oublier certains éléments de réalité. Quoi qu'il en soit, ces chiffres restent très bas et sont possiblement liés au fait qu'il existe parfois une conscience très partielle de la maladie psychique par le sujet, une réticence des soignants à annoncer un diagnostic de « psychose » (notamment) et la persistance d'une stigmatisation sociétale de la maladie mentale, favorisant peu l'acceptation de la maladie et l'insertion.

Une grande majorité pense à J7 que le séjour hospitalier aurait pu être évité (73%), même s'il est jugé « utile » pour 51% et « justifié » pour 46%. Parallèlement, il est intéressant de noter que les sujets répondent plus facilement qu'ils ont « besoin d'aide » (57%) – sans que la teneur de celle-ci ne soit clairement explicitée – plutôt que de « nécessiter des soins psychiques » (43%).

En moyenne un sujet sur deux considère qu'il aura besoin de soins psychiques à la sortie de l'hospitalisation, alors que la réalité a montré que 84 sujets (sur les 100 sujets sortis de l'hôpital) s'étaient vus proposer un suivi ambulatoire (67 en soins libres et 17 en programmes de soins).

Ces chiffres montrent qu'il existe un écart entre la perception de la situation par les patients et les constatations des médecins, ce qui est retrouvé de manière emblématique dans les réponses à la question 33 portant sur l'existence d'une maladie psychique : seulement 28% pensent être malades (dont 11% le pensent « absolument »), 16% ont des doutes et 50% affirment qu'ils ne le sont pas.

Près d'un sujet sur deux précise que l'hospitalisation a permis de « comprendre sa situation personnelle » ; autour de 40% répondent qu'elle a apporté « une aide psychologique », fait passer « une période de crise » et « diminué la souffrance morale ». Une personne sur quatre considérerait qu'elle avait permis de soigner une maladie : là encore, on retrouve une grande réticence – voire une défense manifeste – à envisager la maladie psychique ainsi que les soins psychiatriques qui en sont son corollaire.

Il paraît évident qu'une grande partie des sujets hospitalisés sans consentement présente une faible (voire inexistante) conscience de la maladie psychique, ce qui rend plus complexe le travail d'alliance et d'éducation thérapeutique au quotidien. Pourquoi se soigner si l'on estime ne pas être malade ?

L'âge et le genre ne semblent pas impliqués dans la réponse aux questions portant sur la conscience de la maladie dans notre population mais nous avons cependant mis en évidence que, parmi les sujets demandeurs d'aide, il existe une plus forte proportion de femmes (83,8% des femmes contre 54,2% des hommes répondent « oui » à la question 36, $p=0,004$).

De plus, en distinguant les sujets sur leur diagnostic CIM-10, il apparaît que ceux souffrant de « troubles de l'humeur » (F3x) déclarent davantage qu'ils nécessitent un suivi à la sortie de l'hospitalisation (différence significative, $p=0,026$), même si, dans la réalité, ils n'investissent pas plus les soins ambulatoires que les autres ($p=0,52$).

Enfin, les données apportées par l'analyse du vécu émotionnel des sujets montrent qu'il existe pour près de 50% d'entre eux une douleur morale dans les jours qui précédaient l'hospitalisation, douleur qui s'affaiblit constamment au fil des semaines puisque 43% en déclarent à J7, 39% à J14 et seulement 8% à 3 mois, phénomène qui peut être expliqué vraisemblablement par l'enclenchement des soins psychothérapeutiques, relationnels et médicamenteux, dans une structure d'accueil étayante.

Les affects prédominants sont globalement négatifs, avec une récurrence majeure des thématiques d'enfermement, d'isolement, associées à la tristesse, au vécu d'injustice et d'impuissance, à l'angoisse, la violence, la solitude et la colère. Les sujets dépeignent souvent un apaisement de leurs émotions parfois extrêmes, au fil de l'hospitalisation, avec un regain de sérénité après la période de « crise », vécue parfois sur le mode de la confrontation, avec une violence perçue intense, d'autant plus lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention a été décidée. A ce sujet, il est intéressant d'observer que près de 28% des sujets affirment avoir passé une partie de leur séjour en chambre d'isolement alors que cette mesure n'a concerné que moins de 24% d'entre eux. Il existe peut-être une mauvaise identification de la chambre d'isolement, doublée d'une forte imprégnation du sentiment d'enfermement et d'isolement dans le service qui conduit les sujets à ce taux de réponses.

La perte de contrôle initiale semble s'atténuer lorsque le sujet se sent acteur de sa prise en charge : en fin de première semaine d'hospitalisation, un sujet sur deux se sent écouté, en mesure de formuler des souhaits concernant ses soins et pense que ceux-ci seront suivis.

L'évolution des réponses, dont l'observation a été possible grâce à la (fastidieuse) passation des questionnaires à trois reprises, montre qu'il existe en général un apaisement progressif des symptômes et du vécu émotionnel, concomitamment à la mise à distance des éléments contextuels initiaux et une petite prise de conscience de la maladie. A 3 mois, si 81% des sujets pensent que l'hospitalisation était justifiée et 65% utile, 58% restent convaincus qu'elle aurait pu être évitée, ce qui

traduit une certaine ambivalence persistante aux soins avec une place non négligeable laissée à l'espoir qu'une alternative à l'hospitalisation aurait pu être trouvée... et le sera, si la situation se représentait.

Finalement, si les soins sans consentement restent perçus comme une expérience chargée d'affects lourds et souvent négatifs initialement, ils n'empêchent pas de créer une relation de soins bienveillante, empathique et constructive, basée sur le tissage minutieux d'une alliance et d'une confiance partagées, qui pourra se poursuivre par des soins ambulatoires libres, quel que soit l'âge, le sexe, le diagnostic, le passé psychiatrique des sujets.

L'impact de la contrainte n'est pas neutre : si elle ne diminue pas (et n'augmente pas non plus) la propension des sujets à adhérer à la proposition d'un suivi, elle permet tout de même de les protéger initialement et d'en conduire près d'un sur deux vers des soins ambulatoires ultérieurs libres, soins auxquels ils n'auraient pas eu accès sinon.

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte : la période de suivi de 3 mois permet de donner une première idée de l'adhésion aux soins après une expérience de contrainte mais ne donne qu'une vue tronquée de ce que sont les soins psychiatriques pour des malades souffrant de troubles souvent chroniques. On peut cependant imaginer qu'une personne faisant le premier pas d'entrer dans les soins ambulatoires et le second d'y revenir, n'aura pas de difficulté majeure à maintenir son investissement dans les semaines qui suivent, si son état psychique le nécessite toujours au-delà de 3 mois.

Nombreux sont les sujets qui ont accepté de participer à cette étude en répondant aux questionnaires avec engagement, franchise et sincérité. Il semble que cet outil ait été réellement perçu comme un espace d'expression libre – vraisemblablement favorisé par l'anonymat, le temps non compté, l'absence de pression du regard d'un interlocuteur – témoignant de l'attente d'une écoute en retour et donc, implicitement, du désir fragile de créer malgré tout un lien.

IV- Conditions de réalisation de l'étude

Ce travail a été réalisé en deux temps : la mise en place de l'étude dans les services avec le recueil progressif des questionnaires, puis la collecte des informations provenant des dossiers médicaux et la production de tableurs en vue de l'analyse des résultats.

La première partie du travail s'est déroulée entre les mois de novembre 2016 et mai 2017, dans les différents services de psychiatrie adulte des trois secteurs. Nous avons organisé plusieurs passages par semaine dans chacune des unités afin de consigner les dates de passation des questionnaires pour chacun des sujets pouvant représenter un potentiel candidat à l'étude et de récupérer ceux qui avaient été remplis. Cette mission imposait régularité et rigueur pour espérer obtenir une récolte fructueuse de questionnaires et ne pas oublier de candidats...

A cette époque, notre affectation sur un poste essentiellement extrahospitalier a parfois complexifié les questions « logistiques » pendant la période de recueil (consultation de la liste des patients hospitalisés sans consentement à distance, déplacements dans les services à des horaires parfois peu opportuns). La transition informatique et les transferts de services ou les sorties non planifiées des patients ont été autant d'obstacles auxquels il a fallu s'adapter. En dépit de ces inconvénients, le fait même d'avoir été « extérieure » au Centre Hospitalier (ou du moins, « à l'extérieur ») permettait d'éviter une éventuelle collusion des rôles (médecin participant à la prise en charge / médecin investigateur de l'étude).

Les premières semaines ont été laborieuses, nécessitant une répétition régulière des consignes de réalisation de l'étude et ses objectifs auprès des différents personnels des neuf unités, à chacun de nos passages. De plus, les roulements permanents des équipes soignantes compliquaient souvent le suivi des informations (remise et récupération des questionnaires aux patients indiqués, à J6-J7 puis à J13-J14 de leur hospitalisation).

Un de nos premiers étonnements a surgi dès les premiers jours sur le terrain, lors de rencontres avec les équipes infirmières : quand nous reprenions avec eux la liste des patients susceptibles d'être inclus, des collègues soignants émettaient régulièrement de grandes réserves pour la participation des sujets délirants, ajoutant : « *ça ne servira pas à grand-chose, il délire !* » ou bien « *ses réponses seront faussées, elle est en pleine phase maniaque* ». En discutant avec eux, nous avons remarqué qu'ils apportaient souvent ces réponses lorsque les sujets étaient effectivement relativement « productifs » ou sur des versants plutôt déficitaires. Leur argumentaire laissait penser que la réserve initiale était liée au fantasme de résultats « objectifs », pragmatiques, proches de ce qu'ils concevaient comme

« la » réalité. Mis à part les quelques sujets véritablement instables sur le plan psychique – généralement très dissociés et/ou hallucinés, sans possibilité de mise en place d'un contact de qualité, qui étaient très minoritaires (7 sujets sur 148 candidats) – ainsi que ceux exclus pour des troubles cognitifs, les patients qui avaient accepté de participer ont répondu aux questions à choix unique ou multiple ou à réponse courte avec investissement et volonté. Nous avons insisté auprès des soignants pour expliquer notre intention de connaître les perceptions et ressentis des sujets au fil des jours et de leur évolution clinique, sans chercher à influencer leurs réponses, ni rectifier leurs éventuelles « erreurs » (notamment pour la question leur demandant leur mode d'hospitalisation).

Avec nos nombreux allers et venues dans les différents services, nous avons parfois été identifiée par les patients comme « la responsable de l'étude », ce qui a permis quelques rencontres improvisées, dans les couloirs, sur le pas d'une porte. A plusieurs reprises, certains sont venus nous trouver pour nous signaler qu'ils avaient participé, pour commenter les questions, pour demander s'ils avaient « bien répondu », espérant d'ailleurs que nous avions lu aussitôt leurs réponses. D'autres se demandaient à quoi leurs efforts avaient servi puisque « le juge » n'avait pas tenu compte de leurs réponses au questionnaire... ou espéraient que l'on joue les « entremetteurs » en intervenant en leur faveur auprès de leur médecin.

Quelques sujets ont tenu à nous remettre leur exemplaire en main propre, avec à la fois la fierté d'avoir participé et probablement le besoin d'être identifié et reconnu. Parfois aussi par crainte du non-respect de leur confidentialité.

Beaucoup ont signé leurs questionnaires, certains ajoutant des commentaires très personnels ou leurs coordonnées, comme si ce support avait été un espace d'expression individuelle permettant de rétablir leur parole et leur identité civile et de les raccrocher à la réalité.

Ces moments informels, « off », hors du temps de l'habituel et classique « entretien », au plus près de leur quotidien de « sujets hospitalisés », étaient d'une grande richesse clinique et humaine et nous laissaient imaginer ce qu'a dû être le temps de la psychothérapie institutionnelle, aujourd'hui quasiment disparue.

L'atmosphère régnant dans les services fermés nous a souvent interpellée, entre brouhaha, silence et ennui (très souvent rapporté par les patients). Lors de la préparation de notre étude, nous avons imaginé que les sujets pourraient se saisir de nos questionnaires, parfois moins dans un authentique souhait de participer que comme un véritable « passe-temps ». A plusieurs reprises, nous avons découvert la constitution de « tables de questionnaires » dans les salles communes des services, avec des regroupements « studieux » de quelques patients remplissant lesdits questionnaires chacun de

leur côté. Cela a régulièrement questionné des sujets en soins libres qui réclamaient la possibilité de participer, eux aussi, à l'étude.

De plus, lors de la passation du deuxième questionnaire, certains patients s'étonnaient de répondre aux mêmes questions (il ne leur était pas précisé dans la lettre d'information que la passation du même questionnaire à trois temps successifs de leur prise en charge devait observer une éventuelle évolutivité de leurs réponses, pour ne pas les influencer) et suggéraient de créer « une autre version » du questionnaire pour qu'ils puissent donner leur avis sur d'autres sujets...

Quoi qu'il en soit, la participation était souvent appréciée et il semblait exister une réelle appropriation de notre travail par les sujets, tant dans les commentaires réalisés en direct que dans leurs écrits.

Enfin, les moments passés à observer les services, les sujets et leurs réactions, à se laisser bercer par le rythme et la temporalité de ces unités parfois « coupées » de l'extérieur constituaient de véritables moments suspendus, propices au vagabondage de l'esprit.

V- Limites et biais de l'étude

En dépit de la satisfaction que donnent les résultats de tout projet de recherche, il ne faut pas oublier qu'il s'agit toujours d'une vue parcellaire, circonstancielle et que l'humilité est la règle. Certes, par la participation d'un grand nombre de sujets, nos résultats ont acquis une certaine puissance statistique mais que l'on doit temporer et replacer dans la réalité du quotidien.

Tout d'abord, comme de très nombreux travaux, le nôtre ne peut s'affranchir de la question de la désirabilité sociale. En effet, chose commune, un sujet questionné a tendance à répondre en partie comme il imagine que son interlocuteur attende qu'il réponde. Dans notre situation, l'interlocuteur était effacé mais pas inexistant car chaque sujet savait qu'un médecin pilotait l'étude et analyserait les résultats (cf. lettre d'information, Annexe 6a). De plus, il paraît fondamental de ne pas oublier la dimension de la contrainte légale dans le processus de soins, qui a probablement dû augmenter la perception d'une obligation (implicite) de participation. Ceci nous a été révélé par une première patiente qui nous a interpellée dans un service fermé entre la passation des deux questionnaires en nous disant : « *Je ne comprends pas pourquoi le juge n'a pas tenu compte de mes réponses à votre questionnaire !* ». Malgré les explications données dans la lettre d'information, certains ont pu imaginer ou fantasmer une mise en relation des professionnels impliqués dans les soins sans consentement (juges-médecins). D'autres sujets nous ont montré qu'ils attendaient un retour rapide de l'analyse de leurs réponses et nous demandaient s'ils avaient donné de « *bonnes réponses* » ... N'étant impliquée dans aucune des prises en charge de ces sujets, notre impact sur la décision des sujets de participer à l'étude était, de fait, neutre.

Par ailleurs, la question du taux de participation (82,4%) peut être discutée sous divers aspects : nous avons déjà décrit les avantages de tels chiffres, notamment pour la significativité statistique des résultats. Nous estimons que nos critères d'inclusion étaient larges et nos critères d'exclusion relativement restreints (seulement 11 patients ont été exclus sur 148 au total pendant la période de l'étude). Par ce taux de participation, le biais de sélection semble avoir été globalement maîtrisé.

Quant aux sujets ayant refusé de participer, il n'est pas exclu que, du fait d'un biais d'attrition, ces sujets soient moins soucieux de leur santé et donc plus à risque de ne pas s'inscrire dans les soins : cet effet, s'il s'avérait réel, n'apparaît pas dans nos résultats mais représente dans tous les cas une minorité de personnes avec donc un faible impact (14 patients sur 148).

Nos nombreux passages dans les différentes unités pour récupérer les questionnaires, relancer les équipes dans la proposition de participation, noter les dates de passation des questionnaires dans les cahiers de consignes ont très certainement contribué à augmenter ce taux de participation.

Nous pouvons également voir dans cette forte participation l’empreinte du biais de désirabilité sociale : la participation de certains sujets était peut-être motivée par l’espoir d’un gain particulier... comme des conditions d’hospitalisation plus « favorables » ou leur retour à domicile ? Les résultats généraux, concernant notamment les réponses aux questionnaires, doivent ainsi être temporisés.

Le choix du critère d’évaluation principal dont l’objectif est de « quantifier » l’adhésion aux soins des sujets inclus peut également être discuté. En effet, nous avons opté pour le nombre de consultations honorées dans les structures ambulatoires comme reflet de cette adhésion aux soins, après avoir pourtant hésité avec d’autres critères : initialement, nous avons imaginé que cette adhésion pouvait être mesurée par le fait de « venir et revenir » (soient deux entretiens minimum) en consultation médicale, sachant que la décision initiale de soins contraints était médicale (ce qui impliquait de ne pas comptabiliser les entretiens avec les infirmiers et les psychologues). Ce choix, certes partial, nous semblait cependant intéressant dans la démarche puisque la présence à une seule consultation ne constituait, selon nous, en rien un « suivi ».

Cependant, le choix de la durée de suivi des sujets (3 mois) apportait également certaines contraintes : au vu de la pression des files actives ambulatoires augmentant constamment, minoritaires étaient les sujets qui pouvaient bénéficier de plus de 2 consultations médicales dans un délai de 3 mois, d’autant plus que la durée de leur hospitalisation pouvait varier largement (1 à 92 jours). Ainsi, un sujet hospitalisé pendant deux mois et demi, bénéficiant d’une sortie définitive à son domicile en même temps que la levée de sa mesure de soins contraints, avait peu de chance de pouvoir bénéficier de 2 entretiens médicaux minimum dans les quinze jours restants (pour entrer dans le suivi des 3 mois) : les résultats auraient été peu significatifs et peu représentatifs de la situation réelle.

De plus, il nous a paru important de comptabiliser dans « l’adhésion aux soins », celle au suivi infirmier ou psychologique, puisque ces acteurs participent entièrement à la prise en charge – souvent complexe et multidisciplinaire – de ces patients hospitalisés initialement sans consentement.

Le choix des 3 mois donnait l’avantage de diminuer le risque de sujets perdus de vue mais n’est pas forcément représentatif de la durée des suivis de l’ensemble des patients hospitalisés sans leur consentement. En effet, les patients atteints de troubles psychiatriques sévères, tels que les troubles psychotiques qui sont des maladies chroniques, nécessiteront des soins psychiques à long terme et la durée de 3 mois de donne qu’une vue parcellaire de leur éventuelle adhésion aux soins.

Malgré cette considération, nous savons à quel point la période la plus à risque de nouvelle décompensation concerne les quelques semaines suivant une hospitalisation, justifiant qu'une attention toute particulière soit portée dans ces semaines-là.

En outre, les informations données pendant ces 3 mois restent cependant riches d'enseignement, car il apparaît intuitivement logique qu'une personne n'honorant aucun des entretiens proposés à la sortie d'une hospitalisation sans consentement présente peu de chance d'investir des soins quelques mois plus tard, en dehors de toute réhospitalisation ou nouvelle décompensation.

Le choix même de cet outil – l'auto-questionnaire – pose plusieurs limites, en dépit de ses avantages que nous avons indiqués précédemment (Partie 2-III-D-3-a).

Le premier point concerne sa conception : plusieurs écueils devaient être évités, comme celui de l'enchaînement de questions codant pour la même dimension qui peut suggérer des réponses (catégorisations des questions) ou le fait que le sujet puisse lire l'ensemble des questions avant de répondre et être influencé par « l'ambiance » des items (Bachelet 2014). Même si nous avons essayé d'adopter une formulation neutre (pour éviter le biais d'acquiescement, correspondant à une forme de désirabilité sociale des réponses positives) et de mélanger les thématiques et les modalités de réponses (réponse ouverte, choix multiple, choix unique, attribution de notes), le modèle du questionnaire reste, comme tout outil d'évaluation, imparfait. Il existe également une perte d'informations par rapport à la réalisation d'entretiens, puisque les éléments évalués sont « prédéterminés » et les réponses à choix multiple, déjà formulées. Les informations obtenues sont donc moins riches en qualité mais plus nombreuses.

De plus, le format de l'auto-questionnaire impose que le sujet sache lire et comprenne le sens des différentes questions. Même si nous avons essayé de formuler simplement les items, certains restaient techniques (notamment ceux concernant le mode légal de soins, l'audition par le JLD) et n'ont peut-être pas été compris mais ont obtenu paradoxalement une réponse.

Concernant la longueur des questionnaires (51 à 53 questions), il est possible qu'un affaiblissement de l'attention soit responsable du plus faible taux ainsi que de la qualité des réponses aux dernières questions qui concernaient notamment les éventuelles remarques, satisfactions et insatisfactions des sujets (réponses ouvertes).

De plus, il est décrit par certains auteurs (Cayrol, Devereaux-Ferguson) que seulement 10 à 40% des personnes répondent réellement au questionnaire (il faut donc un nombre important de réponses pour espérer avoir une réponse statistique valable) et que ce sont généralement les personnes les plus

intéressées par le sujet qui participent : soient les plus concernées, soient les plus contrariées, et très souvent, les personnes les plus favorisées. Dans notre cas, et peut-être poussées par une incompréhension ou un mécontentement initial, les personnes sollicitées ont largement répondu, vraisemblablement parce qu'elles se sentaient éminemment concernées par leur hospitalisation, ce qui est un point plutôt très positif et qui peut contrebalancer le poids de la désirabilité sociale et de l'éventuel sentiment d'obligation implicite à répondre.

De plus, il est important de rappeler qu'une partie de notre travail a été réalisée à partir de questionnaires que nous avons confectionnés en nous inspirant de nos lectures sur le sujet et de nos interrogations, en essayant de récupérer un maximum d'informations sur diverses thématiques (degré d'information perçue, conscience de la maladie, attente et désirs des sujets, vécu émotionnel, etc.).

Les réponses constituent des données déclaratives – donc très subjectives – mais le but de cette étude était bien d'approcher au plus près les perceptions et compréhensions des sujets et non pas d'enquêter sur les procédures réelles de délivrance de l'information aux patients (par exemple).

Aussi, nous n'avons pas choisi d'utiliser d'échelle (inter)nationale pour évaluer par exemple, la satisfaction des sujets concernant leur hospitalisation, ni pour mesurer leur degré d'insight, ce qui peut en soi affaiblir la portée de notre étude. Ce travail étant basé sur la recherche d'éléments (cliniques, sociodémographiques, contextuels) pouvant expliquer l'adhésion aux soins, nous n'avons pas choisi d'orienter nos résultats vers une seule dimension, l'analyse de la conscience de la maladie par exemple (Echelle de Birchwood).

En revanche, nous aurions pu utiliser l'échelle CGI (Clinical Global Impressions avec ses deux sous-types « Severity » et « Improvement ») pour coter la sévérité de la maladie de chaque patient en distinguant les sujets sur un autre critère que le diagnostic CIM-10. A moins que chaque praticien de l'hôpital ait coté, à notre demande, la CGI pour chacun des sujets inclus (plus de 20 praticiens différents sur les trois secteurs de psychiatrie adulte), cela aurait imposé de modifier le protocole de notre étude puisque la cotation de cette échelle requiert un entretien : l'étude aurait été interventionnelle et non observationnelle et l'appariement impossible (sujets appariés non rencontrés). Cette échelle permet une évaluation globale de la sévérité de la maladie en proposant une palette de 7 degrés de sévérité, selon l'impression clinique ressentie par le médecin.

Compte-tenu des circonstances d'hospitalisation de nos sujets – soins sans consentement – avec très généralement l'existence d'un risque pour leur intégrité ou celle d'autrui et une majorité de diagnostics de troubles psychotiques, il est très vraisemblable que les scores auraient été relativement élevés, avec donc de faibles possibilités de discrimination inter-patients.

Deux autres éléments ne doivent pas être oubliés : nous avons décidé d'apparier nos sujets inclus avec une population de témoins, sélectionnés sur le genre, l'âge, la période d'hospitalisation et le diagnostic CIM-10. La tâche a été délicate pour obtenir deux échantillons homogènes et comparables d'un point de vue statistique. Si l'âge et le genre ne représentent aucune difficulté, la recherche des diagnostics CIM-10 a soulevé plusieurs interrogations. La première est liée à l'outil lui-même, au sens qu'il permet à la fois une catégorisation des pathologies, une dénomination et une généralisation du langage médical (outil de référence) en même temps qu'il enferme le sujet dans un diagnostic, parfois incertain et autour duquel les psychiatres avancent à tâtons...

Pour certains sujets, on pouvait retrouver une succession de diagnostics, typiquement un premier épisode délirant (F23), qui devenait ensuite un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques (F31.2), puis quelques années plus tard, qui oscillait entre des cotations penchant pour un trouble schizophrénique (F20) ou un trouble schizoaffectif (F25). Cette hésitation, ce tâtonnement au gré des manifestations symptomatiques, reflète la réalité de la réflexion diagnostique quotidienne et toute la difficulté liée à la cotation – jamais définitive, fort heureusement – et à ses conséquences, avec une dimension de variabilité inter-juge non négligeable. Nous avons décidé de retenir pour chacun des sujets le diagnostic le plus récent.

La CIM-10, comme tout outil, présente de grands atouts mais aussi des faiblesses ; quoi qu'il en soit, c'est elle qui est utilisée par les DIM (département d'information médicale) des services hospitaliers pour la cotation des actes de soins, des budgets, etc.

Après ces réserves, nous comprendrons que la procédure d'appariement, en dépit de toute l'attention qui a été portée, peut s'avérer imparfaite. Par ailleurs, le choix des critères d'appariement était assez large – comme l'étaient nos critères d'inclusion – et il n'a pas été pris en compte la durée de l'hospitalisation, ce qui a pu éventuellement impacter le nombre de RDV ambulatoires proposés par le secteur (une différence significative entre les deux échantillons est retrouvée au niveau du nombre de consultations honorées : 2,7 pour les sujets inclus contre plus de 4 pour les témoins).

Enfin, concernant la question de l'anonymat des données, nous avons pu constater que certains patients (une petite minorité) paraissaient réticents à l'idée de devoir rendre leur questionnaire à un soignant du service pour que celui-ci le glisse dans l'enveloppe ou la bannette (selon le service) prévue à cet effet. Dans cette situation, nous avons proposé que les sujets puissent cacheter directement l'enveloppe et nous la faire parvenir dans notre service via le courrier interne. L'idée d'une urne spécialement dédiée et libre d'accès aurait pu être envisagée, avec le risque qu'elle soit endommagée ou que les questionnaires soient récupérés par des sujets parfois taquins et quelque peu provocateurs.

VI- Perspectives de recherches ultérieures

La réalisation de cette étude et l'obtention des résultats présentés précédemment nous encouragent à poursuivre ce travail par d'autres projets.

Tout d'abord, il nous semble important de rappeler qu'une des principales limites de notre étude est la durée du suivi (3 mois). Il pourrait être intéressant de prolonger cette durée afin d'obtenir des données sur six mois ou un an, qui apporteront sûrement des éléments de compréhension complémentaires et permettront de cibler davantage les périodes « critiques » dans les trajectoires de soins des patients atteints d'une pathologie chronique (notamment les troubles psychotiques, certains troubles de l'humeur), périodes pendant lesquelles il faudrait porter une attention plus particulière encore.

De plus, il pourrait être intéressant également de connaître la situation d'autres Centres Hospitaliers sur cette question bien précise de la proportion de sujets investissant des soins psychiatriques librement consentis après une hospitalisation contrainte, en tenant compte de l'offre de soins disponible et notamment du délai d'obtention des RDV.

Au Centre Hospitalier Marius Lacroix, le délai moyen pour obtenir un premier RDV en CMP est d'environ 4 mois pour une consultation médicale, 8 semaines pour un entretien infirmier, ce qui peut en partie expliquer la tendance de plus en plus lourde au recours aux services d'urgences pour obtenir une aide « rapide » et l'engorgement des services de soins ambulatoires.

Bien que la file active de patients suivis en psychiatrie ait progressé au niveau national ces dernières années (+5% entre 2012 et 2015, IRDES 2017), il existe peut-être des disparités locorégionales au sein desquelles, La Rochelle, ville dynamique et attractive pour ses qualités culturelles et balnéaires (entre autres), concentrant une population grandissant chaque année (et donc une patientèle mécaniquement augmentée) au détriment des autres départements de la région, présenterait une pression supplémentaire déséquilibrant la balance offre/demande de soins expliquant les résultats obtenus? (Bertaux 2016)

Par ailleurs, notre étude a permis de sonder, via nos questionnaires, les perceptions, émotions et compréhensions des sujets ayant fait une expérience d'hospitalisation sans consentement. Dans la mesure où cet outil obtient des réponses essentiellement fermées, prédéterminées par son

réalisateur, il existe toujours une perte d'informations. La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de cette population (sur un échantillon plus faible) pourrait apporter des informations complémentaires, en termes de richesse des éléments recueillis.

Enfin, en miroir de ce travail sur le vécu des hospitalisations sans consentement par les sujets et leur possibilité d'adhésion à des soins librement consentis, nous souhaiterions pouvoir étudier, un jour, les différents aspects de la prise de décision d'une mesure de soins sans consentement chez le médecin et les représentations qu'il en a.

La question des soins sans consentement a fait couler beaucoup d'encre depuis 1838, et très récemment avec la loi de 2011 modifiée en 2013 suite à de nombreuses QPC, témoignant de l'attrait de la société civile pour ces questions hautement techniques, entre clinique psychiatrique, aspects juridiques et réflexions éthiques. Depuis la seconde partie du XX^{ème} siècle, une accélération de la législation semble avoir conduit à un consensus entre respect des droits et libertés individuelles et préservation de l'ordre public, bien que le contexte de l'écriture de la loi de 2011 ait largement entaché la portée de ce projet, notamment par des discours sécuritaires menant bien souvent à la confusion habituelle entre « maladie mentale » et « dangerosité ».

L'immixtion de la Santé et de la Justice en matière de psychiatrie, tant dans leurs constructions théoriques réciproques que dans les situations pratiques quotidiennes, rappelle à quel point une formation (spécifique) à la psychiatrie légale est nécessaire et indispensable, à la fois pour nourrir une réflexion individuelle et pour guider la pratique clinique quotidienne.

Le certificat médical de soins sans consentement rédigé par le psychiatre engage plus que sa responsabilité juridique : celui-ci impose au patient – dont il a estimé qu'il n'était pas en mesure de donner son consentement libre – des soins, pour une durée non prédéterminée, en espérant qu'il réussisse à s'en saisir afin de transformer la « contrainte » de soins en un réel désir et un investissement personnel. Ainsi, la question de l'impact d'une décision de soins sans consentement paraissait légitime, notamment sur l'adhésion ultérieure à des soins librement consentis.

Notre étude a montré que cette adhésion pouvait non seulement exister chez les sujets ayant été hospitalisés sans consentement, mais qu'elle était conséquente (48,4% de la population totale hospitalisée sans consentement ont assisté à au moins un RDV à la sortie, soient 88,1% des sujets ayant bénéficié de la planification d'un suivi et 68,7% l'ayant honoré intégralement), ce qui permet légitimement de penser qu'il existe un réel investissement des soins, là où initialement il n'y avait ni demande ni acceptation des soins.

De plus, il n'était pas retrouvé de déterminants sociodémographiques (âge, genre) ou cliniques (diagnostic CIM-10, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et/ou de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, durée de l'hospitalisation et de la mesure de contrainte) pouvant « prédire » la trajectoire de soins des patients, ce qui est finalement rassurant et ouvre le champ des possibles à tous les individus.

Enfin, l'adhésion aux soins ambulatoires libres des sujets inclus n'était statistiquement pas différente de celle des sujets ayant bénéficié d'une hospitalisation libre, après comparaison des fréquences d'assiduité.

Au total, nos résultats montrent qu'il n'existe donc pas de différence quant à l'investissement d'un suivi ambulatoire librement consenti après une hospitalisation, qu'elle ait été libre ou contrainte, ce qui vient invalider l'hypothèse selon laquelle les sujets investiraient d'autant moins les soins ambulatoires qu'ils viennent de faire une expérience de soins contraints. Ceci vient relativiser l'impact d'une telle mesure sur le devenir de ces patients dans la filière de soins – filière qu'ils ont d'ailleurs (ré)intégrée « grâce » à la contrainte légale – ce qui apparaît comme un élément plutôt positif dans la représentation que les sociétés civile et professionnelle peuvent se faire des soins sans consentement. Il semble donc que les déterminants de l'adhésion aux soins résident ailleurs et nous admettons volontiers que l'alliance qui se crée entre un sujet et une équipe de soins soit centrale dans ce processus et dépasse largement les considérations purement cliniques et sociodémographiques.

Si la contrainte ne semble pas avoir d'impact sur la réalité du suivi ambulatoire libre ultérieur, il ne faut pas considérer pour autant qu'elle n'en a pas sur l'expérience des sujets : l'étude de leur vécu subjectif a montré que plus que l'hospitalisation elle-même, ce sont ses conditions qui sont généralement critiquées, avec notamment tout ce qui peut entraver la liberté fondamentale d'aller et venir (l'enfermement, les restrictions de communication et de déambulation) et l'absence d'activités occupationnelles majorant le sentiment d'ennui et de solitude. Après sept jours d'hospitalisation, près de 60% des sujets affirmaient se sentir informés du motif d'hospitalisation, du rôle des traitements, de l'audition par le JLD, contre moins d'un sujet sur deux sur les droits et les voies de recours à la procédure de SSC. Globalement, plus de 70% des sujets se disaient satisfaits de leur accueil dans le service, de la disponibilité et de l'attention du personnel. Et si 50% d'entre eux déclaraient une douleur morale dans les jours précédant l'hospitalisation, ils n'étaient plus que 8% à l'exprimer 3 mois après l'hospitalisation. L'analyse de la sémantique des réponses des sujets montre que les affects prédominants sont globalement négatifs, avec une récurrence majeure des thématiques d'enfermement, d'isolement, associées à la tristesse, au vécu d'injustice et d'impuissance, à l'angoisse, la violence, la solitude et la colère.

C'est dans cette période délicate de la « crise psychique » et alors qu'un degré de difficulté supplémentaire est franchi par la dimension « contrainte » des soins sans consentement, que le psychiatre et son équipe ont la double mission d'apaiser les sujets et de tisser avec eux une alliance et une confiance – bases d'une relation patient-soignants de qualité – alors qu'ils refusent souvent

initialement les soins et n'ont pas toujours conscience de leur maladie (27% savent nommer leur maladie à J7 contre 54% à 3 mois), en dépit d'une souffrance réelle.

Nos observations rappellent que toute détresse psychique est un appel à l'aide, dont le sauvetage n'est parfois pas toujours accepté immédiatement. Il faut savoir respecter le temps de chacun en adaptant l'information, les explications, l'accompagnement et rester attentifs à toujours préserver et respecter la dignité de chaque personne. Les soins psychiatriques doivent être dispensés en s'efforçant de respecter tant que possible la volonté et la parole du patient, même dans les situations de soins sans consentement, en gardant en horizon l'espoir d'atteindre un espace relationnel où il sera possible au sujet de se sentir écouté, apaisé et protégé.

Les soins sans consentement sont des mesures exceptionnelles, dérogatoires, dont l'existence est corrélée à l'objectif ultime de protection des personnes, notamment dans les situations de risque de péril. Il convient de respecter cette exceptionnalité et de toujours questionner la pertinence de leur indication.

Finalement, si les soins sans consentement restent perçus comme une expérience chargée d'affects lourds, ils n'empêchent pas la naissance d'une relation de soins bienveillante, empathique et constructive, qui accompagnera peu à peu le sujet vers des soins librement consentis.

BIBLIOGRAPHIE

ANAES. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité [Internet]. Paris: ANAES; 2004 nov p. 32. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf

ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. ARS; 2015.

ARS Poitou-Charentes. Statistiques des hospitalisations sans consentement (01/01/2016 au 31/10/2016) - CDSP. Poitiers; 2016.

ATIH. Psychiatrie : chiffres clés. Données du Rim-P 2015 [Internet]. ATIH Santé. 2016. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2015.pdf

Aubry M. Lettre ministérielle DGS/SP3 au préfet de la région Limousin et du département de la Haute-Vienne. 1998.

Bachelet R. Recueil, analyse et traitement de données : le questionnaire [Internet]. Ecole Centrale Lille; 2014. Disponible sur: http://rb.ec-lille.fr/l/Analyse_de_donnees/Methodologie_Conception_et_administration_de_questionnaires.pdf

Ball M. L'aliéné devant la société. Leçon professée à la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne. L'Encéphale. 1881;4:625-40.

Barthélémy C. Ethique de la contrainte en psychiatrie. Inf. Psychiatr. sept 2003;79(7):577-82.

Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettres; 2008.

Bellahsen M, Brunessaux V, Klopp S. Peut-on réellement se soigner sans consentement ? Soins. Psychiatr. juill 2012;33(281):18-21.

Bénézech M. Évaluation, jugement, vérité et intime conviction. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. mars 2012;170(2):139-40.

Bénézech M, Sage S, Degeilh B, Le Bihan P, Ferré M. À propos 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 : réflexions psychologiques et médicolégales critiques. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. avr 2012;170(3):216-9.

Bertaux F. Du carreau à l'agglo : une vision synthétique des populations de l'agglomération rochelaise [Internet]. INSEE; 2016 mars. Report No.: 15. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908450#consulter>

Beydon N. Les soins sous contrainte. Empan. 2013;89(1):85.

Bitton A, CRPA. La loi du 27 septembre 2013 : Quelles avancées ? Entre contrainte aux soins et droits de l'homme [Internet]. Paris; 2014 [cité 23 août 2015]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2014-02-01-art-j-La-loi-du-27-septembre-2013-entre-contrainte-aux-soins-et-droits-de-l-homme-o-Intervention-d-Andre-Bitton>

Boèce. Traité des deux natures.

Bourelle J-M, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ? nov 2014 [cité 12 août 2016]; Disponible sur: http://www.grieps.fr/LE-GRIEPS/files/articles/ArticleJM_Bourelle_Nov2014.pdf

Bourgeois ML. L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Ann. Méd.-Psychol.* 2002;160:596-601.

Bourgeois ML, Koleck M, Roig-Morrier R. Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie. *Ann. Méd.-Psychol.* 2002;160:444-50.

Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *J. Eur. Urgences Réanimation.* nov 2014;26(3-4):213-21.

Bulletin Officiel du Ministère de la Justice. Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. NOR : JUSC1418905C août, 2014 p. 24.

Caire M. Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):6.

Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Éthique Santé.* mars 2009;6(1):3-10.

Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes J-M, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale.* mai 2011;37:S4-10.

Cano N, Boyer L, Wawrzyniak F-S, Marciano V, Védie C, Fournier M, et al. L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* sept 2013;171(8):518-23.

Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger J-P. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* août 2011;169(7):438-40.

Castaing C. Les droits des personnes contraintes à des soins psychiatriques sont-ils mieux protégés ? État des lieux du droit. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):3.

Châtel T. Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. *Traité Bioéthique [Internet]. ERES; 2010 [cité 16 août 2016]. p. 84.* Disponible sur: <http://www.cairn.info/traité-de-bioethique-1--9782749213057-page-84.htm>

Chermak O. Information et consentement aux soins : faire face à l'oubli. *Aspects cliniques, déontologiques et éthiques. NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie.* févr 2014;14(79):50-8.

CNRTL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/consentement>

Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011. IRDES; 2017 Février. Report No.: 222.

Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 [Internet]. IRDES; 2013 Décembre. Report No.: 193. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

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 [Internet]. IRDES; 2015 janv p. 8. Report No.: 205. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°87: « Refus de traitement et autonomie de la personne » [Internet]. Paris; 2005 p. 1-39. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

Conférence nationale des Présidents de CME des CHS. Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des CHS; 2016 mai.

Conseil Constitutionnel. QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S, §32. 2010-71 nov 26, 2010.

Constantinidès Y. Limites du principe d'autonomie. Traité Bioéthique [Internet]. ERES; 2010 [cité 16 août 2016]. p. 158. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-158.htm>

Cruzet T, Lebaudy M. 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014 [Internet]. Ministère de la Justice; 2016 Juillet. Report No.: 143. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Infostat_143.pdf

Dalloz. Précisions sur les procédures de soins psychiatriques sans consentement [Internet]. Dalloz Actual. 2014 [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: www.dalloz-actualite.fr

Dauzat A, Dubois J, Miterrand H. Nouveau Dictionnaire Etymologique et Historique. Paris: Larousse; 1989.

Davignon G, Jonas C, Senon J-L, Voyer M. Soins psychiatriques sans consentement. Rev. Prat. sept 2013;63(7):1005-8.

Delarue J-M, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Association pour la prévention de la torture. Avis et Recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté de France : 2008-2014 [Internet]. 2014 [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/10/Avis-et-Recommandations-CGLPL_FR-for-web1.pdf

Descarpentries F. Le consentement aux soins en psychiatrie. L'Harmattan; 2007.

Doron C-O. Ce que « soin » veut dire: Quelques réflexions à propos d'une substitution de mots dans la loi du 5 juillet 2011. J. Fr. Psychiatr. 2010;38(3):19.

DREES. Les patients suivis en psychiatrie [Internet]. DREES; 2016. Report No.: 20. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>

Dupont M, Laguerre A, Volpe A. Soins sans consentement en psychiatrie : comprendre pour bien traiter. Presses de l'EHESP; 2015.

Ecole Nationale de la Magistrature. Soins psychiatriques sans consentement [Internet]. Bordeaux; 2013 sept p. 83. Disponible sur: <https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/enm-fascicule-sur-les-hsc-a-jour-loi-27-9-2013.pdf>

Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. PUF; 2006.

Fauconnier J. Le rôle du juge des libertés et de la détention en soins psychiatriques sans consentement. Mémoire pour le Master 2 Droit de la Santé. Université de Bordeaux; 2013.

Fauconnier J, Bénézech M, Hitier F, Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. sept 2015;173(7):627-8.

Gaffiot F. Dictionnaire Latin-Français. 2016^e éd. 2016.

Guibet Lafaye C. Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique? Lib. Contrainte En Psychiatr. Enjeux Éthiques [Internet]. Les Études hospitalières; 2014 [cité 5 août 2016]. p. 15-32. Disponible sur: hal.archives-ouvertes.fr/hal-00974387

Guibet Lafaye C. Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). Éthique Santé. mars 2015;12(1):46-55.

Guibet Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. Éthique Santé [Internet]. mai 2016 [cité 16 août 2016]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1765462916000040>

Haroche A. Quelle liberté dans les hôpitaux psychiatriques ? [Internet]. 2014 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/quelle_liberte_dans_les_hopitaux_psychiatriques__144205/document_actu_pro.phtml

HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Paris: HAS; 2005 Avril p. 102. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf

HAS. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Paris: HAS; 2010 Décembre p. 186.

HAS. L'évaluation des principes éthiques à la HAS. Paris: HAS; 2013 Avril p. 62.

HAS. Isolement et contention en psychiatrie générale. Paris: HAS; 2017 Février.

Hazan A. Rapport d'activité 2015 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté [Internet]. Paris: Dalloz; 2015 [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf>

Hazif-Thomas C, Jousset D, Walter M. La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. sept 2014;172(7):563-72.

Hippocrate. De la bienséance in « Oeuvres complètes ». Paris-Londres: J-B Baillière; 1861.

Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L, Dujardin V, Ethuin C, et al. Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement. *Éthique Santé*. mars 2015;12(1):56-63.

Jaafari N, Dauga D. Insight et capacité à consentir aux soins [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_150856-insight-et-capacite-a-consentir-aux-soins.pdf

Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* août 2011;169(7):409-15.

Jonas C. Le consentement des malades mentaux à leurs soins. *Nervure*. 1990;(3):55-8.

Jonas C. Consentement et Psychiatrie. *Forensic Rev. Psychiatr. Psychol. Légales*. 2000;(2-3):16-8.

Jonas C. La loi du 4 Mars 2002 et la pratique médicale quotidienne : Apports et incertitudes. *Médecine Droit*. sept 2002;2002(56):1-5.

Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision no 2012-235 QPC du 20 avril 2012). *Médecine Droit*. nov 2012;2012(117):179-81.

Jonas C. Les soins sans consentement : des principes juridiques forts soutenant une éthique pragmatique du soin. *Consent. Contrainte Dans Soins En Psychiatr.* Paris: Doin; 2014. p. 25-45.

Jonas C, Senon JL. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé : les moyens d'une amélioration de la relation médecin-malade ? *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* juill 2003;161(5):404-9.

Jonas C, Senon J-L. Droit et psychiatrie : bouleversements annoncés ? *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* août 2008;166(7):550-1.

Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. *Encycl. Méd.-Chir.* janv 2015;12(37-901-NaN-70):11.

Journal Officiel de la République Française. 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 [Internet]. *Code Santé Publique*, 90-527 juin 30, 1990. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichTextado?cidTexte=JORFTEXT000000349384&fastPos=1&fastReq1d=1417702860&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

Journal Officiel de la République Française. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Journal Officiel de la 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 [Internet]. *Code Santé Publique*, 2011-803 juin 7, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

Journal Officiel de la République Française. 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 des patients et à la

protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. Code Santé Publique, 2013-869 sept 29, 2013. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/9/27/AFSX1317654L/jo/texte

Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris: Librairie générale française; 1993.

Korn M. Psychiatrie : entre éthique et politique. Jean-Marc Dubray; 2009.

Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. Ann. Méd.-Psychol. 1998;157(4):269-76.

Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. L'Encéphale. avr 2012;38(2):179-84.

Leclerc H. La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou. J. Fr. Psychiatr. 2010;38(3):22.

Ledesma E. Regards croisés sur la réforme. Soins. Psychiatr. juill 2012a;33(281):11-40.

Ledesma E. Les objectifs de la réforme de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Soins. Psychiatr. juill 2012b;33(281):12-7.

Ledesma E, Peyron D. La psychiatrie, les libertés et la loi : quelle place pour le juge ? Soins. Psychiatr. juill 2012;33(281):26-8.

Legohérel D. Etude sur les soins psychiatriques sans consentement. Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de Cassation; 2014 p. 132.

Littré E. Dictionnaire de la Langue Française [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/consentement>

Llorca P-M. Vécu subjectif du patient sur sa maladie et son traitement. L'Encéphale. sept 2013;39:S99-104.

Londres A. Chez les fous. Paris: Albin Michel; 1925.

Louzoun C, Salas D. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients. Eres; 1997.

Marzano M. Je consens, donc je suis... Paris: PUF; 2006.

Mazodier M. Les questions éthiques soulevées par la loi du 5 juillet 2011. Soins. Psychiatr. juill 2012;33(281):36-7.

Mercier N. Le patient face à l'incontournable ordonnance du juge des libertés et de la détention. Soins. Psychiatr. juill 2012;33(281):34-5.

Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al. Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. mars 2015;173(2):136-42.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La réforme des hospitalisations sans consentement. Courr. Jurid. Aff. Soc. Sports [Internet]. Décembre 2011 [cité 12 août 2016];(89). Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CJ_no_89_internet.pdf

Ministre de la Justice. Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques [Internet]. 2011 juillet p. 1-19. Report No.: NOR: JUSC1120428C. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSC1120428C.pdf

Mislawski R. Dignité, autonomie, vulnérabilité : approche juridique. *Traité Bioéthique* [Internet]. ERES; 2010 [cité 16 août 2016]. p. 262. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-262.htm>

Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale*. déc 2014;40(6):468-73.

Moutel G. Pourquoi le consentement des patients ne doit-il pas être banalisé ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. nov 2012;40(11):698-700.

Ott C. Hospitalisation sous contrainte, un difficile équilibre entre sécurité et libertés. *Droit Déontologie Soins*. juill 2007;7(2):209-37.

Panfili J-M. Soins psychiatriques sans consentement : la réduction du délai d'intervention du juge des libertés et de la détention constitue t'elle une bonne réponse ? *Droit Déontologie Soins*. déc 2013;13(4):436-42.

Péchillon É. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr*. déc 2012a;170(10):706-10.

Péchillon É. TA Rennes, 18 juin 2012, Mme A. c. CHS Guillaume Régnier. *Sem. Jurid*. 8 oct 2012b;(40).

Piel E, Roelandt J-L. Rapport de mission : de la psychiatrie vers la santé mentale. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé; 2001 Juillet.

Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. Presse Médicale*. nov 2014;43(11):1195-205.

Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *J. Fr. Psychiatr*. 2010;38(3):12.

Robert P, Rey-Debove J, Rey A. *Le Petit Robert de la Langue Française*. 2016^e éd. Paris: Dictionnaires Le Robert; 2016.

Robiliard D. Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Assemblée Nationale; 2013 décembre. Report No.: 1662.

Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr*. déc 2012;170(10):703-5.

Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr*. nov 2014;172(9):766-71.

Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatr*. janv 2015a;80(1):209-20.

Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* [Internet]. déc 2015b [cité 16 août 2016]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003492>

Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. sept 2015;41(4):332-8.

Roubinowitz D. Soins psychiatriques sans consentement : des députés réclament des améliorations. *Actual. Soc. Hebd.* 24 févr 2017;(2999):5-6.

Sarkozy N. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony: Le texte officiel du discours présidentiel du 2 décembre 2008. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):25.

Seltensperger B. L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1er août 2011. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):36.

Senon J-L. Évolution de la place du patient en hospitalisation psychiatrique au XXe siècle. *L'Encéphale*. sept 2011;37(4):H19-20.

Senon J-L, Jonas C. Droit des patients en psychiatrie. *Encycl. Méd.-Chir.* 2004;(1):107-27.

Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte 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. Méd. Psychol. Rev. Psychiatr.* avr 2012;170(3):211-5.

Senon J-L, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier-Masson. 2013.

Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* déc 2005;163(10):870-7.

Sicard D. *L'éthique médicale et la bioéthique*. PUF; 2009.

Strohl H, Clemente M. Rapport du groupe national d'évaluation des la loi du 27 juin 1990. IGAS; 1997 sept. Report No.: 97081.

Svesson B, Hansson L. Patient satisfaction with inpatient psychiatric care: the influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. *Acta Psychiatr. Scandivica*. 1994;(90):379-84.

Tyszler J-J. Éditorial: Le juge et la maladie mentale : tiers nécessaire ou pousse au duel ? *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):2.

Valmy G, Levy C, Barucq E, Riffaud S, Davignon G, Senon J-L. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* déc 2012;170(10):731-7.

Velpry L. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;38(3):16.

Vidon G. De l'internement psychiatrique aux soins sans consentement en ambulatoire in *Psychiatrie française / Psychiatrie en France*. Paris: Springer-Verlag; 2012 [cité 17 août 2016]. p. 175-89. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-2-8178-0299-2>

Vie publique. Qu'est-ce que la question prioritaire de constitutionnalité? (QPC) [Internet]. Direction de l'information légale et administrative; 2014 [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/autres-institutions/conseil-constitutionnel/qu-est-ce-que-question-prioritaire-constitutionnalite-qpc.html>

Voyer M, Jonas C, Jaafari N, Senon J-L. Soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement et sur décision du représentant de l'Etat. *Rev. Prat.* mars 2012;62(3):395-8.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Genre et âge de la population

Tableau 2 : Conditions d'hospitalisation sans consentement

Tableau 3 : Durées des hospitalisations et des SSC

Tableau 4 : Durée de l'hospitalisation selon le mode légal

Tableau 5 : Durée de la mesure de SSC selon le mode légal

Tableau 6 : Durée de l'hospitalisation et de la mesure de SSC selon le diagnostic CIM-10

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire libre et les autres

Tableau 8 : Comparaison des durées d'hospitalisation des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire et les autres

Tableau 9 : Comparaison des durées des SSC des sujets ayant honoré à 100% leur suivi ambulatoire et les autres

Tableau 10 : Nombre de consultations ambulatoires libres honorées par les sujets inclus et appariés

Tableau 11 : Assiduité au suivi ambulatoire librement consenti les sujets inclus et appariés

Tableau 12 : Comparaison de l'assiduité maximale chez les sujets inclus et appariés

Tableau 13 : Comparaison de l'assiduité minimale chez les sujets inclus et appariés

Tableau 14 : Réponses aux questions 1-2-4-23-34

Tableau 15 : Réponses aux questions 16 et 19

Tableau 16 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon l'âge

Tableau 17 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon le genre

Tableau 18 : Réponses aux questions 6-33-35-36-49 selon le diagnostic

Tableau 19 : Comparaison des réponses aux questions 43 et 44 des sujets hospitalisés pour idées ou tentatives de suicide

Tableau 20 : Comparaison des réponses aux questions 43 et 44 des sujets hospitalisés pour troubles du comportement

Tableau 21 : Réponses aux questions 29-30-31

Tableau 22 : Réponses aux questions 12 et 14

Tableau 23 : Evolution des réponses à la question 16 (Relation aux soignants)

Tableau 24 : Evolution des réponses à la question 19 (Relation aux médecins)

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Pyramides des âges selon le genre
- Graphique 2 : Statut marital
- Graphique 3 : Statut professionnel
- Graphique 4 : Lieu d'habitation
- Graphique 5 : Sectorisation psychiatrique
- Graphique 6 : Protection juridique
- Graphique 7 : Répartition de la population selon le mode légal de soins
- Graphique 8 : Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie
- Graphique 9 : Première mesure de SSC et âge
- Graphique 10 : Antécédents de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédents
- Graphique 11 : Mode d'entrée sur le lieu où est décidée l'hospitalisation
- Graphique 12 : Manifestations verbales ou physiques lors de l'initiation de la mesure de SSC
- Graphique 13 : Motifs d'hospitalisation sans consentement
- Graphique 14 : Situation vis-à-vis du traitement
- Graphique 15 : Consommation de toxiques dans le mois précédent l'hospitalisation
- Graphique 16 : Répartition selon le diagnostic CIM-10
- Graphique 17 : Durée des hospitalisations et des soins sans consentement
- Graphique 18 : Mode de levée des mesures de SSC
- Graphique 19 : Situation à 3 mois de l'hospitalisation sans consentement (incluant les réhospitalisations)
- Graphique 20 : Assiduité aux consultations ambulatoires libres (en %) en population totale et sous-groupe ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire libre planifié
- Graphique 21 : Répartition du nombre de consultations honorées
- Graphique 22 : Réponses aux questions 3-7-8-24-25
- Graphique 23 : Réponses aux questions 5-17-18
- Graphique 24 : Réponses à la question 41
- Graphique 25 : Réponses à la question 42
- Graphique 26 : Répartition des réponses aux questions 16 et 19
- Graphique 27 : Réponses aux questions 4 et 34
- Graphique 28 : Réponses aux questions 6-33-35-36-38-39-43-44-49
- Graphique 29 : Réponses à la question 37

Graphique 30 : Réponses à la question 50

Graphique 31 : Réponses à la question 47

Graphique 32 : Réponses aux questions 20-21-22-28-32-45

Graphique 33 : Réponses à la question 27

Graphique 34 : Evolution des réponses aux questions 4 et 34 (J7 à M3)

Graphique 35 : Evolution des réponses aux questions 6-24-25-32 (J7 à M3)

Graphique 36 : Evolution des réponses aux questions 33-35-36-38 (J7 à M3)

Graphique 37 : Evolution des réponses aux questions 39-43-44-49 (J7 à M3)

Annexe 1 : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen

Les Représentants du Peuple Français, constitués en Assemblée Nationale, considérant que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'Homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des Gouvernements, ont résolu d'exposer, dans une Déclaration solennelle, les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme, afin que cette Déclaration, constamment présente à tous les Membres du corps social, leur rappelle sans cesse leurs droits et leurs devoirs ; afin que les actes du pouvoir législatif, et ceux du pouvoir exécutif, pouvant être à chaque instant comparés avec le but de toute institution politique, en soient plus respectés ; afin que les réclamations des citoyens, fondées désormais sur des principes simples et incontestables, tournent toujours au maintien de la Constitution et au bonheur de tous.

En conséquence, l'Assemblée Nationale reconnaît et déclare, en présence et sous les auspices de l'Etre suprême, les droits suivants de l'Homme et du Citoyen.

Art. 1er. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Art. 2. Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression.

Art. 3. Le principe de toute Souveraineté réside essentiellement dans la Nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément.

Art. 4. La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

Art. 5. La Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société. Tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas.

Art. 6. La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents.

Art. 7. Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ; mais tout citoyen appelé ou saisi en vertu de la Loi doit obéir à l'instant : il se rend coupable par la résistance.

Art. 8. La Loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une Loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée.

Art. 9. Tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable, s'il est jugé indispensable de l'arrêter, toute rigueur qui ne serait pas nécessaire pour s'assurer de sa personne doit être sévèrement réprimée par la loi.

Art. 10. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi.

Art. 11. La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme : tout Citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi.

Art. 12. La garantie des droits de l'Homme et du Citoyen nécessite une force publique : cette force est donc instituée pour l'avantage de tous, et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.

Art. 13. Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.

Art. 14. Tous les Citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée.

Art. 15. La Société a le droit de demander compte à tout Agent public de son administration.

Art. 16. Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée, ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution.

Art. 17. La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé, si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité.

Annexe 2 : Préambule de la Constitution de 1958

Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement de 2004.

En vertu de ces principes et de celui de la libre détermination des peuples, la République offre aux territoires d'outre-mer qui manifestent la volonté d'y adhérer des institutions nouvelles fondées sur l'idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité et conçues en vue de leur évolution démocratique.

Annexe 3 : Droits de la personne malade dans la loi du 4 mars 2002 (Senon et Jonas 2004)

- Droit fondamental à la protection de la santé
- Droit à la solidarité pour toute personne handicapée
- Droit au respect de la dignité
- Droit à la dignité des détenus malades
- Droit à l'information
- Droit au respect de la vie privée et au secret
- Droit au traitement de la douleur et aux soins palliatifs
- Droit à la scolarité de l'enfant malade hospitalisé
- Droit de recevoir des soins appropriés

Annexe 4 : Cahier d'observation (recueil des données cliniques et sociodémographiques et questionnaire).

NB : le questionnaire présenté ci-après correspond au questionnaire « numéro 2 » : le « numéro 3 » est identique et le « numéro 1 » ne possède pas les questions 10 et 11.



Numéro IDENTIFICATION étude :

Service :

Date entrée :

Âge :

Profession : Actif(ive) Sans emploi Retraitée

Statut marital : Marié(e) Concubinage Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Enfant(s) : Oui Non

Patient sous mesure de protection juridique : Oui Non
Si oui : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Commune d'habitation :

Date du certificat initial de Soins Sans Consentement (SSC) :/...../.....

Type de SSC : SDT SDTU SPI SDRE

Antécédents d'hospitalisation(s) en psychiatrie : Oui Non
Si oui : en SL en SSC

Antécédents de suivi ambulatoire dans les 3 mois précédents : Oui Non
Si oui : CMP Libéral par : Psychiatre Psychologue Infirmier

A l'entrée :

Patient accompagné aux urgences/lieu où SSC décidé par :

Présence des proches : Oui Non

Motif principal d'hospitalisation :

Lors décision SSC (cf. certificat) : Refus exprimé Violence physique Violence verbale

Notion de rupture de traitement : Oui Non

Notion de prise de toxiques récente

Service à l'entrée : Ouvert Fermé

A l'issue de l'hospitalisation :

Date de sortie d'hospitalisation : Nombre de jours :

Date de levée des SSC : Nombre de jours :

Mode de levée d'hospitalisation :
 Psychiatre JLD Sortie requise

A séjourné en CPF: Oui Non A été contentonné: Oui Non

Diagnostic retenu (Code CIM-10) :

Questionnaire Patients

1. De quel mode de soins bénéficiez-vous actuellement ?

- Hospitalisation libre Hospitalisation sans consentement

2. Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement, savez-vous s'il s'agit de :

- Soins à la demande d'un tiers (ex-hospitalisation à la demande d'un tiers)
- Soins en cas de péril imminent
- Soins à la demande d'un représentant de l'état (ex-hospitalisation d'office)

3. Pensez-vous avoir été informé(e) du motif de votre hospitalisation ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

4. Selon vous, quel est ce motif ?

.....

.....

5. Pensez-vous avoir été bien accueilli à votre arrivée dans le service ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

6. Pensez-vous que cette hospitalisation est justifiée ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

7. Pensez-vous avoir été informé(e) de vos droits et des voies de recours possibles ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

8. Dans le cadre de la légalité de la mesure de soins, vous avez bénéficié d'une audition par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Avez-vous été informé(e) de cette rencontre ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

9. Selon vous, que permet cette intervention ?

.....

.....

.....

.....

10. Vous avez bénéficié de l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention. Qu'avez-vous ressenti durant cet entretien ?

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

11. Cet entretien vous a-t-il satisfait(e) et pourquoi ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

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

12. Avez-vous passé une partie de votre hospitalisation en chambre d'isolement ? Oui Non

13. Si oui, quels sont les deux mots que vous associez à cette mesure ?

.....

14. Avez-vous été attaché(e) à votre lit ou à votre fauteuil pendant cette hospitalisation ? Oui Non

15. Si oui, quels sont les deux mots que vous associez à cette mesure ?

.....

16. Comment qualifiez-vous votre relation avec les soignants ?

Note de 1 à 10 (1 = insatisfaisante et 10 = excellente) ? ... / 10

17. Trouvez-vous le personnel soignant attentif à vos besoins ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

18. Trouvez-vous le personnel soignant disponible ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

19. Comment qualifiez-vous votre relation avec les médecins ?

Note de 1 à 10 (1 = insatisfaisante et 10 = excellente) ? ... / 10

20. Pensez-vous être écouté dans la prise de décision concernant votre prise en charge ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

21. Pensez-vous que vous pouvez formuler des souhaits concernant votre prise en charge ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

22. Pensez-vous que ces souhaits pourront être suivis ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

23. Un traitement vous a-t-il été administré pendant l'hospitalisation ?

Oui Non Ne sait pas

24. Si oui, pensez-vous avoir été informé(e) sur son rôle ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

25. Si oui, pensez-vous avoir été informé(e) des éventuels effets secondaires ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

26. Pensez-vous avoir été informé(e) clairement de l'organisation de votre hospitalisation ? (Repérage des différents personnels, horaires des repas, horaires des visites des proches, RDV avec psychiatres, psychologues, etc.) :

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

27. Pendant votre hospitalisation, avez-vous bénéficié de (plusieurs réponses possibles):

Sorties seul(e) dans le parc Sorties seul(e) à l'extérieur de l'hôpital Visites de vos proches

Utilisation libre de votre téléphone dans le service

Utilisation de votre téléphone à certaines heures

Utilisation de votre téléphone seulement à l'extérieur du service

28. Ressentiez-vous une douleur morale les jours précédant l'hospitalisation ?

Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

29. Dans les 3 mois précédant cette hospitalisation, aviez-vous bénéficié d'un suivi psychique ?

Oui Non

30. Si oui, était-ce en : Centre Médico Psychologie (CMP) Libéral (cabinet médical privé)

31. Si oui, était-ce par : Psychiatre Psychologue Infirmier Autre :.....

32. Ressentez-vous une douleur morale actuellement ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

33. Pensez-vous souffrir d'une maladie psychique ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

34. Comment appelez-vous cette maladie ?

.....
.....

35. Pensez-vous nécessiter des soins psychiques actuellement ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

36. Pensez-vous avoir besoin d'aide ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

37. Si oui, quelles sont les personnes les plus susceptibles de vous aider, selon vous ?

- Conjoint(e) Famille Amis Collègues de travail Médecin traitant
 Services de soins psychologiques Autre :

38. Pensez-vous que cette hospitalisation est utile ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

39. Pensez-vous que cette hospitalisation aurait pu être évitée ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

40. Quel(s) sentiment(s) avez-vous ressenti pendant cette hospitalisation ?

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

41. Selon vous, garder un lien avec votre famille pendant l'hospitalisation est :

- Indispensable Important Nécessaire Facultatif Inutile

42. Selon vous, le service de soins a-t-il gardé contact avec votre famille ?

- Oui trop de contact Oui un bon contact Peut-être Non, pas assez Non aucun contact

43. Pensez-vous que cette hospitalisation a permis de vous protéger de vous-même ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

44. Pensez-vous que cette hospitalisation a permis de protéger les autres de vous-même ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

45. Cette hospitalisation a-t-elle un impact sur votre confiance en vous ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

46. Si oui, dans quel sens ?

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

47. Selon vous, cette hospitalisation permet de (plusieurs réponses possibles):

- Faire passer une période de crise
 Vous apporter une aide psychologique
 Diminuer votre souffrance morale
 Soigner une maladie
 Comprendre votre situation personnelle
 Vous accompagner dans la prise de décisions
 Aucune de ces propositions
 Autre :

48. Cette hospitalisation a-t-elle un impact sur votre situation financière ? Dans quel sens ?

.....
.....

49. Pensez-vous qu'il est nécessaire pour vous d'avoir un suivi psychique à la sortie d'hospitalisation ?

- Oui absolument Oui je pense Peut-être Non, je ne pense pas Absolument pas

50. Si oui, quel(s) professionnel(s) allez-vous solliciter (plusieurs réponses possibles)?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral | <input type="checkbox"/> Psychologue libéral | <input type="checkbox"/> Médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre en CMP* | <input type="checkbox"/> Psychologue en CMP | <input type="checkbox"/> Infirmier en CMP |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

* CMP : Centre Médico-Psychologique (= centre de consultations rattaché à l'hôpital public)

51. Ce que vous appréciez le plus pendant l'hospitalisation :

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

52. Ce qui est le plus difficile pendant votre hospitalisation :

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

53. Si vous souhaitez ajouter des remarques, observations :

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

Merci pour votre participation.

Annexe 5 : Attestation du Comité d'éthique du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis



Président du Comité d'Ethique
Dr Didier LAMBERT

Secrétariat

Muriel CHAMPAGNAC

☎ 05 46 45 88 91

☎ 05 46 45 53 79

✉ muriel.champagnac@ch-larochelle.fr

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE ATLANTIQUE 17

Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMITE D'ETHIQUE

La Rochelle, le 14 mars 2017

ATTESTATION

Je soussigné Docteur Didier LAMBERT, Président du Comité d'Ethique du Groupe Hospitalier de La Rochelle – Ré – Aunis, certifie que **Madame le Docteur WATRIN Elise**, interne DES, dans le service de psychiatrie, au Centre Hospitalier de La Rochelle-ré-Aunis, a participé à la séance du comité d'éthique du 26 janvier 2017.

Mme WATRIN a présenté durant cette séance, à l'ensemble des membres du comité d'éthique, son protocole d'étude entrant dans le cadre de la thèse de médecine intitulé :

« Vécu subjectif des patients hospitalisés sans consentement et impact sur l'inscription dans un suivi ultérieur librement consenti ».

Certificat remis en mains propres à l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur D. LAMBERT


D
GROUPE HOSPITALIER LA ROCHELLE-RÉ-AUNIS
17019 LA ROCHELLE CEDEX
COMITE D'ETHIQUE

Annexe 6a : Lettre d'information (remise à chaque patient hospitalisé en SSC)



La Rochelle, le 28 novembre 2016

Lettre d'information

Titre de la recherche : « Vécu subjectif des patients hospitalisés sans consentement et impact sur l'inscription dans un suivi ultérieur librement consenti »

Promoteur : Groupe Hospitalier de La Rochelle – Ré – Aunis

Investigateur principal : Elise WATRIN

Mesdames, Messieurs,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique qui se déroule actuellement à l'hôpital Marius Lacroix.

Cette lettre d'information a pour but de vous expliquer les objectifs de cette étude.

Vous pouvez prendre le temps de la lire, comprendre ces informations et réfléchir à votre participation.

Chaque année, plusieurs centaines de milliers de personnes sont hospitalisées en psychiatrie ; parmi elles, certaines acceptent d'être accompagnées sur le plan psychologique à la sortie de leur hospitalisation. Cette étude cherche à analyser le vécu des patients pendant leur hospitalisation en psychiatrie, ainsi que leur trajectoire de soins après une hospitalisation (notamment le fait de s'engager dans un suivi psychique à la sortie de l'hôpital ou pas) afin d'améliorer la qualité des soins proposés aux patients.

Cette étude se déroule à l'hôpital Marius Lacroix entre le 28 novembre 2016 et le 28 août 2017.

Pour cela, nous vous proposons de remplir seul(e) un questionnaire à plusieurs reprises pendant l'hospitalisation et une fois après votre sortie, afin de pouvoir comprendre l'évolution de vos sentiments, émotions, ressentis et perceptions concernant cette hospitalisation.

Si vous le souhaitez, un membre de l'équipe soignante peut vous aider à remplir le questionnaire.

Les données seront traitées en préservant votre anonymat.

La participation à cette étude ne modifie en rien votre prise en charge : vous ne rencontrerez pas de personnel médical ou soignant supplémentaire, la durée de votre hospitalisation et ses modalités ne seront pas modifiées.

Le Comité d’Ethique du Groupe Hospitalier La Rochelle – Ré – Aunis a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l’étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l’exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l’étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l’occasion de cette étude feront l’objet d’un traitement informatisé par le promoteur. S’agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d’accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l’étude conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l’Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a été déclaré à la CNIL.

Conformément à l’article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l’étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l’étude, Madame Elise WATRIN (Tel : 05 46 45 61 00).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans que cela n’ait d’impact sur votre prise en charge et sans avoir à vous justifier. Cela n’aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués et ne modifiera pas vos relations avec l'ensemble des équipes médicale et soignante. En cas d’interruption de l’étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Après avoir lu ce document d’information, n’hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

Annexe 6b : Lettre d'information (affichée dans les 9 services de psychiatrie adulte des 3 secteurs)



La Rochelle, 28 novembre 2016

Lettre d'information

Titre de la recherche : « Vécu subjectif des patients hospitalisés sans consentement et impact sur l'inscription dans un suivi ultérieur librement consenti »

Promoteur : Groupe Hospitalier de La Rochelle – Ré – Aunis

Investigateur principal : Elise WATRIN

Mesdames, Messieurs,

Une **étude de recherche clinique se déroule actuellement à l'hôpital Marius Lacroix** (entre le 28 novembre 2016 et le 28 août 2017). Elle s'intéresse aux **trajectoires de soins après une hospitalisation en psychiatrie** et à la manière dont les patients vivent cette hospitalisation.

Dans le cadre de l'étude, les investigateurs seront amenés à utiliser des informations comme le nombre d'hospitalisations par service, les caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés (âge, sexe), le motif et la durée du séjour hospitalier et le fait de bénéficier d'un suivi ambulatoire en Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre de Soins de Jour (CSJ), CATTP à la sortie de l'hospitalisation. Ces données seront traitées en **préservant votre anonymat**.

La **participation à cette étude ne modifie en rien votre prise en charge** : vous ne rencontrerez pas de personnel médical ou soignant supplémentaire, la durée de votre hospitalisation et ses modalités ne seront pas modifiées.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-

548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a été déclaré à la CNIL.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Madame Elise WATRIN (Tel : 05 46 45 61 00).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans que cela n'ait d'impact sur votre prise en charge et sans avoir à vous justifier. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués et ne modifiera pas vos relations avec l'ensemble des équipes médicale et soignante. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez. **Si vous refusez de participer à cette étude, merci d'en informer le service qui le notifiera aux investigateurs.**

Annexe 7 : Déclaration à la CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2013471 v 0

du 05 décembre 2016

Madame ALLIX-BEGUEC Caroline
GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE RE
AUNIS
RUE DU DR SCHWEITZER
17019 LA ROCHELLE

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE RE AUNIS

Service :

Adresse : RUE DU DR SCHWEITZER

Code postal : 17019

Ville : LA ROCHELLE

N° SIREN ou SIRET :

200047835 00018

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 05 46 45 50 50

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE OBSERVATIONNELLE MONOCENTRIQUE SUR L'INSCRIPTION DES PATIENTS
HOSPITALISÉS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DANS UN SUIVI AMBULATOIRE ULTÉRIEUR LIBRE

Fait à Paris, le 05 décembre 2016
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT

✕✕✕✕

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

✕✕✕✕

De la contrainte à l'adhésion aux soins :

Etude prospective de 122 patients hospitalisés sans consentement

Introduction : Chaque année, près de 90 000 personnes sont prises en charge sans leur consentement (loi du 5 juillet 2011 modifiée en 2013), ce qui représente 5,4% de la file active psychiatrique en France. L'IRDES rapporte que seulement 27% de ces sujets bénéficient d'un suivi ambulatoire libre au décours d'une hospitalisation sans consentement. L'objectif principal de cette étude est de mesurer l'impact d'une hospitalisation sans consentement sur l'adhésion du patient à un suivi ambulatoire psychiatrique librement consenti, au terme d'une période de 3 mois suivant l'entrée à l'hôpital. L'objectif secondaire est d'analyser, via un auto-questionnaire, son vécu subjectif de ce type d'hospitalisation.

Matériel & Méthode : Une étude observationnelle, prospective, monocentrique, a été réalisée entre le 28 novembre 2016 et le 28 août 2017 au Centre Hospitalier Marius Lacroix de La Rochelle. Ont été inclus les sujets majeurs volontaires nouvellement hospitalisés sans consentement dans cette période et exclus ceux dans l'impossibilité de communiquer et de comprendre le questionnaire (barrière de langage, atteinte des fonctions cognitives), ceux dans un état de grande instabilité clinique et/ou en chambre d'isolement, les patients détenus ou qui bénéficiaient d'une mesure de SDRE pour irresponsabilité pénale. Le nombre et le pourcentage de rendez-vous ambulatoires libres honorés à 3 mois étaient relevés et un questionnaire était proposé à J7 et J14 de l'entrée à l'hôpital, puis à la sortie (M3). Les sujets inclus ont été appariés (sur l'âge, le genre, le diagnostic CIM-10) avec une population de témoins, hospitalisés librement dans la même période.

Résultats : Parmi les 122 sujets inclus, 48,4% ont assisté à au moins un rendez-vous à la sortie, soient 88,1% des sujets ayant bénéficié de la planification d'un suivi et 68,7% l'ont honoré intégralement. Il n'était pas retrouvé de déterminants sociodémographiques (âge, genre) ou cliniques (diagnostic CIM-10, antécédents d'hospitalisation et/ou de suivi ambulatoire psychiatrique, durée de l'hospitalisation et de la mesure de contrainte) statistiquement associés à une meilleure adhésion aux soins. Aucune différence significative n'était retrouvée après comparaison des adhésions aux suivis ambulatoires libres des sujets inclus et des sujets témoins.

Discussion : Si les soins sans consentement restent perçus comme une expérience chargée d'affects lourds, la mesure de contrainte légale n'a pas d'impact sur l'adhésion ultérieure à des soins ambulatoires librement consentis, ce qui permet de relativiser la représentation que les sociétés civile et professionnelle peuvent se faire des soins sans consentement.

Mots-clés : soins sans consentement, hospitalisation sans consentement, contrainte, loi du 5 juillet 2011, adhésion, alliance, soins psychiatriques, conscience de la maladie.