



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N°97

**L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
EN CAS DE PERIL IMMINENT :**

**Reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre
dans la décision de soins sans consentement**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard –Lyon 1
et soutenue publiquement le **10 juin 2014**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Marion KLIFA

Née le 29 janvier 1986 à Blois (41)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie

Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique

Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquain-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart Laurent
Moreau Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori Marie
Zerbib Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie

Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie

Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Charrière	Sybil	Nutrition
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge Thierry
Figon Sophie
Lainé Xavier

Le serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider le jury de cette thèse. J'ai pu bénéficier de la richesse de vos travaux de recherche lors de séminaires et de vos connaissances quant à l'exercice de la psychiatrie aux urgences. Veuillez trouver ici l'expression de ma considération et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Thierry D'Amato,

Tout au long de mon internat, j'ai grandement apprécié votre implication soutenue pour la formation et l'accompagnement des internes. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse qui vise à conclure cette période.

A Madame le Professeur Liliane Daligand,

Vos travaux reconnus et l'humanité qui s'en dégage forcent mon profond respect. Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Benoit Eyraud,

J'ai beaucoup apprécié ton accompagnement enthousiaste dans ma découverte d'une pensée sociologique et la pertinence de tes remarques. Je te remercie pour l'intérêt que tu as porté à ce travail et pour ta présence dans ce jury de thèse.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Marion Sicard,

La transmission délicate et nuancée de ton approche clinique, profondément humaine, suscite mon admiration. Je suis très heureuse d'avoir réalisé cette thèse avec ton aide précieuse, d'avoir eu la chance de profiter de tes corrections lumineuses. Je te remercie de ta présence inspirée et bienveillante tout au long de ce travail.

A ceux qui m'ont aidée pour ce travail :

Madame le Docteur Claude Marescaux ainsi que toute l'équipe du DIM du Vinatier, je vous remercie pour votre accompagnement attentionné et réactif vers le monde des statistiques. Florian Brundu et Fabien Joubert, merci.

Patricia Faure, merci pour votre aide ; Viviane Fournet pour votre participation impliquée.

Docteur Florian Lacerre, pour votre intérêt pour cette étude. Nathalie Roche, merci.

Madame Gazave, pour votre aide et pour votre récit passionné de l'histoire de Saint Jean de Dieu.

Madame K. Lecomte, pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet.

Merci à tous les observés de l'étude qualitative. Je remercie particulièrement les psychiatres et soignants des urgences du Centre hospitalier de Lyon Sud. Merci à tous ceux avec qui j'ai parlé du péril imminent.

Pierre, merci pour ton aide statistique et graphique sans laquelle je n'aurais pas échappé à l'impasse.

Violaine, pour ton soutien et ta pertinence tout au long de ce travail. Amalthée, pour ta relecture attentive et ton incroyable disponibilité. Antoine, Thomas, Anna, merci pour vos corrections. Lucie et Nathan, merci.

Mesdames D. Siraud, S. Moreau et L. Mirquez, pour votre disponibilité, votre efficacité et votre patience.

A toutes les équipes qui m'ont accueillie et m'ont transmis théorie et pratique de l'exercice psychiatrique,

A vous, mes parents et à Antoine, pour votre liberté et votre vivacité d'esprit,

A ma famille,

A mes amis pour nos rires,

A Pierre,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
---------------------	----------

PARTIE I : APPROCHE HISTORIQUE

EVOLUTION DE LA PLACE DU TIERS DANS LA DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUES	7
---	----------

A. Histoire de l'hospitalisation à la demande d'un tiers.....	8
--	----------

1. AVANT L'HOPITAL	8
❖ Dans la civilisation hébraïque, prémisses antiques	8
❖ La famille comme lieu de soin	8
❖ L'exclusion de la famille.....	10
❖ Une première requête de la famille à l'autorité judiciaire	11
2. DE LA CREATION DE L'HOPITAL GENERAL A LA LOI DE 1838	12
❖ L'Hôpital général : la réponse du royaume à la multiplication des errants	12
❖ Apparition d'une demande de la famille, la lettre de cachet et la sentence d'interdiction	13
❖ La place du médecin dans la décision d'internement.....	16
❖ Le financement de l'internement	17
❖ Après la révolution, l'abolition des lettres de cachet	18
3. LA LOI DE 1838 : LE PLACEMENT VOLONTAIRE	20
4. APRES LA LOI DE 1838.....	23

B. L'hospitalisation libre : la règle devient le soin libre et la contrainte l'exception	25
---	-----------

C. Histoire de l'hospitalisation sans demande de tiers	27
---	-----------

1. PAR « DEFAULT DE TIERS » : LE PLACEMENT PUIS L'HOSPITALISATION D'OFFICE.....	27
2. QUI DEMANDE UNE ADMISSION ? UN TIERS A DEFINIR	30
❖ Dans la législation	30
❖ Dans la pratique.....	33
❖ La protection du tiers	34
3. L'HOSPITALISATION SANS DEMANDE DE TIERS, QUELLES PROPOSITIONS ?	35
❖ La suppression de la demande de tiers	35
❖ La création d'une nouvelle modalité d'admission	36
❖ La demande des associations	38

D. L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent.....	40
---	-----------

1. CONTEXTE D'ELABORATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011.....	40
❖ Renforcement de la sécurité publique	40
❖ Renforcement des droits des patients.....	41

2.	L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT	42
❖	Objectif et élaboration de cette modalité d'admission en soins sans consentement	42
❖	Définition légale de l'admission en cas de péril imminent	44
3.	DE NOUVEAUX TIERS ? LE JUGE, LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT	45
❖	La place du juge	45
❖	La place du directeur de l'établissement	45
4.	DES REACTIONS A CETTE NOUVELLE MODALITE D'ADMISSION VERS LA FORMULATION DE NOTRE PROBLEMATIQUE	47
❖	Evolution des opinions sur cette modalité	47
❖	Non-assistance à personne en danger ?	49
❖	Formulation de notre problématique	50

PARTIE II : ÉTUDE QUANTITATIVE

L'UTILISATION DE LA MODALITE PERIL IMMINENT DANS LE RHONE 52

A. Matériel et méthode 53

❖	Objectif	53
❖	Hypothèses	53
❖	Population d'étude	53
❖	Méthode d'investigation	54
❖	Autorisation	56
❖	Méthode d'analyse des données	56

B. Résultats..... 57

1.	MESURES D'ADMISSIONS SANS CONSENTEMENT DANS LE RHONE ENTRE 2009 ET 2012	57
❖	En 2009	57
❖	En 2010	57
❖	En 2011	58
❖	En 2012	59
2.	EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS SELON LA MODALITE LEGALE ENTRE 2010 ET 2012	62
❖	Evolution trimestrielle du nombre d'admissions au Vinatier et à Saint-Cyr-au-Mont-D'Or	62
❖	Répartition des modalités légales d'admission sans consentement en 2010 et en 2012 dans les trois établissements du Rhône	65
3.	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS ADMIS SANS LEUR CONSENTEMENT EN 2012	68
❖	Le sexe	69
❖	L'âge	70
❖	L'existence d'une mesure de protection	73
❖	L'existence d'une Couverture Maladie Universelle	73
❖	L'isolement	73
❖	Le domicile.....	75
❖	Le diagnostic principal	78
4.	DUREE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT EN 2012	80

C. Limites et biais.....	84
1. INFORMATIONS MANQUANTES ET DISCUSSION DE LA METHODE.....	84
2. LIMITES DE CERTAINES DONNEES.....	85
❖ Nombre et évolution des admissions en soins sans consentement.....	85
❖ La durée.....	85
3. EXTRAPOLATION DES RESULTATS.....	86
D. Synthèse des résultats.....	87

PARTIE III : ETUDE QUALITATIVE

LA PRATIQUE DE LA MODALITE PERIL IMMINENT AUX URGENCES 88

A. Matériel et méthode	89
B. Résultats.....	94
1. L'ENQUETE	94
❖ L'arrivée : attente d'une parole expertale sur un sujet incertain et méconnu.....	94
❖ L'évolution de notre position d'enquêtrice au cours de la recherche.....	95
❖ Le nombre d'admissions en cas de péril imminent au cours de l'étude.....	96
❖ L'indifférence des médecins urgentistes à la modalité d'admission choisie	96
2. L'ELABORATION DE L'INDICATION D'UNE ADMISSION EN SPPI	97
❖ Les préalables à cette réflexion : à propos du contact avec le tiers	97
❖ La recherche d'une atteinte à la sûreté des personnes.....	100
❖ L'impossibilité d'obtenir une demande de tiers.....	101
❖ La notion de péril imminent	103
3. LA RESPONSABILITE	105
❖ Le sentiment de responsabilité des familles.....	105
❖ La responsabilité vue par les médecins	108
❖ D'autres responsabilités ? L'assistante sociale, le juge ?.....	113
4. L'ADMISSION EN CAS DE PERIL IMMINENT : UNE MESURE PROTECTRICE ?	114
❖ La protection du tiers ?.....	114
❖ La facilitation de la sortie de soins : protection des confrères à l'hôpital ?.....	116
❖ La protection de l'économie psychique du psychiatre : la « bénédiction » ?.....	116
C. Limites et biais.....	120
1. BIAIS	120
2. LIMITES DE L'ETUDE.....	121
3. ETUDES COMPLEMENTAIRES	122

CONCLUSION	123
-------------------	------------

ABREVIATIONS	127
---------------------	------------

ANNEXES	128
----------------	------------

1. AUTORISATION.....	128
2. EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS SANS CONSENTEMENT SELON LA MODALITE LEGALE	129
3. REPARTITION DES MODALITES LEGALES D'ADMISSION SANS CONSENTEMENT EN 2010 ET EN 2012.....	130
4. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	131
❖ Le sexe selon la modalité légale d'admission.	131
❖ L'âge.	131
❖ L'existence d'une mesure de protection	132
❖ L'existence d'une Couverture Maladie Universelle	132
❖ L'isolement	132
❖ Le domicile.....	133
❖ Le diagnostic.....	134
5. LA DUREE DE LA MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT.....	135

BIBLIOGRAPHIE	136
----------------------	------------

INTRODUCTION

L'admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) est une modalité légale de soins sans consentement apparue dans la loi « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* » promulguée le 5 juillet 2011 (1). En plus de l'existence de troubles mentaux qui rendent impossible le consentement et de la nécessité de soins immédiats - conditions communes aux admissions sur décision du directeur de l'établissement - l'admission en cas de péril imminent est instaurée s'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers et s'il existe un péril imminent pour la santé de la personne.

Notre intérêt pour cette modalité de soins sans consentement est né lors de nos gardes d'interne réalisées au centre hospitalier de Saint Jean de Dieu dans les mois suivant l'application de la loi du 5 juillet 2011. Cette nouvelle modalité rendait caduque les explications que nous formulions habituellement lors de l'accueil du patient. Pour ces admissions en cas de péril imminent, nous ne pouvions plus nous appuyer sur l'inquiétude conjointe de la famille et du médecin ayant motivée l'instauration des soins sans consentement. En l'absence de cette référence à un tiers, notre place de médecin devait se redéfinir auprès du patient.

Peu à peu, nous avons aussi remarqué notre réserve à l'égard de ces admissions en cas de péril imminent, et de leurs indications. L'appréhension de l'hospitalisation contrainte abusive s'agitait en nous à la lecture de ces dossiers d'admission. Sans cette demande du tiers, le médecin, resté seul demandeur, était suspect d'abus.

Nos questionnements originels nous ont d'abord menée vers la littérature psychiatrique mais ont été déçus par la rareté des écrits sur cette modalité qui nous apparaissait pourtant comme une grande nouveauté : admission en l'absence de trouble à l'ordre public au moyen d'un certificat médical unique et sans demande de tiers. Le contexte d'élaboration de la loi, l'introduction de l'autorité judiciaire dans l'hospitalisation sans consentement - révolution tant débattue - et les conséquences pratiques des nouvelles mesures législatives semblaient accaparer la réflexion autour de cette loi du 5 juillet.

Très rapidement, avec la loi du 27 septembre 2013, des ajustements législatifs ont révisé la loi de juillet 2011. La spécificité de la levée des soins pour les patients traités en unité pour malades difficiles ou admis à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale a été supprimée, les sorties de courte durée réintroduites, l'audience du juge et la production des certificats médicaux réorganisées (2). L'admission en cas de péril imminent n'a pas été modifiée au cours de ce nouveau travail législatif mais les premières estimations quantitatives de l'utilisation de cette modalité ont été fournies dans le rapport préalable à cette loi de 2013 : les admissions en cas de péril imminent représenteraient 20 % des admissions en soins sans consentement (3).

Encouragée par cette estimation de l'ampleur de l'utilisation de cette mesure, nous avons exploré l'influence dans la pratique psychiatrique de l'introduction de l'admission en cas de péril imminent après plus de deux années d'utilisation. En poursuivant nos réflexions initiales, nous avons formulé la problématique suivante : **Dans quelle mesure la modalité dite « péril imminent » questionne-t-elle les places respectives de la famille et du psychiatre dans la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ?**

Dans une première partie, nous cheminerons de la formalisation progressive d'une demande de la famille vers la possibilité de l'absence du tiers signataire. Au cours de cet historique, nous suivrons l'évolution de la place de la famille dans la prise en charge de son proche atteint de folie et interrogerons la place des autres acteurs présents. Nous nous intéresserons particulièrement à l'élaboration de cette nouvelle modalité : péril imminent.

Par la suite, nous présenterons le nombre et l'évolution entre 2010 et 2012 des admissions en soins psychiatriques en cas de péril imminent dans le département du Rhône et les caractéristiques sociodémographiques des patients admis en 2012 selon cette procédure. Dans cette étude, nous comparerons la modalité péril imminent et les autres modalités légales de soin les plus fréquentes.

Enfin, nous exposerons les pratiques des psychiatres décidant d'une admission en cas de péril imminent. A partir d'une enquête par observation participante réalisée au sein d'un service d'urgences médicales et psychiatriques, nous questionnerons la place actuelle du tiers et du psychiatre dans l'instauration d'une admission en soins psychiatriques sans consentement.

PARTIE I : APPROCHE HISTORIQUE

EVOLUTION DE LA PLACE DU TIERS DANS LA DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Notre parcours historique débute dès que les familles, les communautés ont été confrontées à la folie de leur proche, avant même que des institutions n'y soient consacrées. Peu à peu, le médecin puis le psychiatre apparaît dans les soins réservés au malade. L'évolution de la place de l'entourage est constamment intriquée d'une part avec les conceptions successives de la folie et d'autre part avec l'histoire du droit. Enfin, l'Histoire reste une construction du passé par des hommes, qui s'opposent parfois dans leurs descriptions. Notre présentation reflète différents récits de l'histoire de la prise en charge de la folie.

A. Histoire de l'hospitalisation à la demande d'un tiers

1. AVANT L'HOPITAL

❖ Dans la civilisation hébraïque, prémisses antiques

Les premières données que nous avons pu retrouver décrivent la place du fou dans la société hébraïque antique. La civilisation hébraïque se distingue par le passage du polythéisme au monothéisme et la folie est alors considérée comme une punition divine consécutive à un péché. Cette conception coexiste avec celle des civilisations grecque et romaine où la folie est alors comprise comme magique ou démoniaque.

Chez les hébreux, les soins sont effectués en dehors d'une institution hospitalière et thérapeutique, probablement dans la famille. Ces soins comprennent des prières et des paroles, l'interprétation des rêves, de la musicothérapie et parfois l'application de remède sur la tête et le corps du malade. Par contre, en cas de « *menace pour la paix ou l'ordre public* », les fous sont exclus de la société : « *On pense qu'ils étaient chassés de la communauté ou [...] qu'ils étaient passibles de mort, à cause de ces esprits mauvais et de ces démons qui étaient en eux. Dans les sociétés menaçantes pour les malades mentaux, beaucoup de ceux-ci s'enfuirent dans les forêts, où ils furent négligés, allèrent de mal en pis et devinrent un objet de terreur pour ceux qui les rencontraient* » (4).

Les données concernant la gestion de la maladie mentale dans les sociétés antiques sont parcellaires mais elles indiquent tout de même qu'il existe à la fois des soins dans la communauté pour les malades mentaux mais aussi une exclusion de la famille et de la société lors de trouble à l'ordre public. Ces deux réactions opposées se poursuivent tout au long du Moyen Age, du V^{ème} au XV^{ème} siècle.

❖ La famille comme lieu de soin

Au Moyen Age, les recherches historiques affirment que le fou est le plus souvent pris en charge au domicile. Tout d'abord, parce qu'il est perçu de façon positive et mystique comme un « envoyé du ciel », « un messenger divin potentiel », « un enjeu des luttes entre Satan et Dieu » (5). Dans son ouvrage sur « *La folie au Moyen Age* », M. Laharie, Docteur en Histoire du Moyen Age, explique que « *le malade participe par ses souffrances à la passion rédemptrice du Christ [...] Soigner le fou avec amour et dévouement, c'est soigner le Christ lui-même* » (5). Par ailleurs, la famille est responsable civilement lors de dégradations commises par

leur parent fou. Enfin, il faut noter que la société médiévale accorde une grande importance aux liens de la famille et de la lignée.

Au XIII^{ème} siècle, la loi prononce des mesures précises concernant la garde du fou par l'entourage dans une double logique de soins et de protection de la société : « *Ceux qui sont forcenés doivent être liés par ceux qui doivent les garder et chacun doit aider à cela, afin d'éviter les dommages qu'ils pourraient causer, car ils auraient tôt fait de tuer eux-mêmes et les autres* » ; « *la garde d'un forcené est confiée à ses amis, notamment au curateur¹, pour éviter non seulement qu'il ne se blesse, mais aussi qu'il ne blesse les autres* » (5).

C'est donc au domicile que le malade mental est le plus souvent pris en charge. D'une part, les familles assurent la garde de leur fou dans cette double logique de protection du fou « *contre lui-même tout en préservant la sécurité de tous* » (4). D'autre part, les familles et les communautés mettent en place les premiers soins : en emmenant leur proche vers un lieu de pèlerinage mais aussi en donnant des soins médicaux au moyen de recettes ancestrales ou du passage d'un médecin.

De rares institutions reçoivent les malades mentaux. Quelques monastères accueillent des malades errants ou confiés par les familles, moyennant une pension. Moins fréquemment encore, le fou peut aussi être à l'hôpital², mélangé aux autres malades, dans une intention thérapeutique ou d'hébergement. C'est notamment le cas pour les fous des familles les plus modestes.

M. Laharie formule à plusieurs reprises l'hypothèse que les conditions socio-économiques du malade et de sa famille aient joué un rôle important dans la prise en charge du fou : « *Il est probable que pour des raisons d'ordre économique, les familles pauvres se sont montrées dans l'ensemble, moins tolérantes et moins attentionnées à l'égard de leur fou* » (5).

¹ Le curateur est nommé par le juge à la suite d'une demande de l'entourage. Il assure alors la gestion des biens du malade mais aussi la protection de l'insensé lui-même (4).

² Au Moyen Age, l'hôpital est une institution religieuse d'hébergement où se mêlent pèlerins, pauvres, incurables et malades (6).

❖ L'exclusion de la famille

A cette intégration du malade au sein du milieu familial coexistent l'exclusion et l'enfermement. Au cours des XII^{ème} et XIII^{ème} siècles, l'idée que le fou est associé au monde du mal et à la possession progresse. Il convient alors de limiter les contacts avec le malade mental. La dangerosité potentielle du fou motive la peur et l'enfermement.

Il existe une « forme familiale de l'exclusion » du fou qui serait courante (4). Ainsi la garde au domicile peut être une mesure de soin, mais elle peut aussi être un enfermement dénué de toute tentative thérapeutique. Les fous ont pu être considérés comme indésirables au sein de la maison familiale : « *Certains malades mentaux sont chassés, parce qu'ils sont trop gênants ; on en laisse d'autres mourir de faim, parce qu'ils représentent des bouches inutiles* » (4).

Une autre forme d'exclusion de la famille est l'incarcération. Malgré la notion d'irresponsabilité pénale acquise pour le malade mental depuis le droit Romain, des insensés sont écroués à la suite de crimes dans un objectif répressif.

Par ailleurs, un emprisonnement préventif se développe pour les fous agités, dangereux : « *Si l'on ne peut tenir un dervé³, il y faut conseil et remède tels qu'on le mette en prison* » (5). A la fin du XIII^{ème} siècle, une spécialisation se développe dans les prisons et les fous dangereux, désignés comme « furieux », sont regroupés et emprisonnés dans des tours. L'emprisonnement est alors une prise en charge sous la forme de l'exclusion et de l'enfermement, réservé à l'insensé dangereux.

Pour J. Postel, psychiatre, « *les fous qui apparaissent dans le circuit pénal ou hospitalier ont presque toujours été arrachés à l'anonymat de l'intégration familiale ou villageoise à la suite d'une conduite perturbatrice, violente, voire criminelle* » (4).

Que le malade soit gardé au domicile, confié à un monastère, à l'hôpital ou en prison, c'est la famille qui finance le quotidien et éventuellement les soins du malade : « *Si un insensé tue ou blesse un homme à cause de sa « forsenerie » il doit être mis en prison et entretenu aux frais de sa famille* ». Dans les tours, « *certaines reçoivent des soins liés à leur état, à l'initiative des familles* » (4).

³ Le terme de « dervé » désigne le malade psychiatrique dans le lexique juridique du Moyen Age comme les termes de « forséné », « fol », « hors del sens » ou « enragé » (7).

❖ Une première requête de la famille à l'autorité judiciaire

A partir du XI-XII^{ème} siècle, la famille peut effectuer une demande auprès du juge afin qu'une sentence d'interdiction soit prononcée pour son proche malade. Les familles bourgeoises ou nobles redoutent la prodigalité traditionnellement associée à l'insensé. L'interdiction retire au malade le droit d'administrer ses biens. Le juge accompagne sa sentence d'interdiction de la nomination d'un curateur ou d'un tuteur⁴ parmi les membres de la famille. Celui-ci devient responsable de la gestion des biens de l'insensé et « *a également l'obligation de protéger l'aliéné, en l'empêchant de se suicider ou de commettre un délit grave ou un crime* » (4,5). Par cette requête, la famille sollicite l'autorité judiciaire et obtient en conséquence une officialisation de sa responsabilité, notamment dans la gestion des biens.

Il existe également un système opposé à la curatelle : « *Un père peut mettre son fils fou « hors de sa mainburnie* » », c'est-à-dire hors de sa garde. Le père se désengage, renvoie son fils de chez lui, le déshérite mais doit aussi, très probablement, le confier à un hôpital et l'entretenir durant sa vie (5). Deux dispositifs opposés coexistent : l'un protège et prend en charge, l'autre désengage la responsabilité du tiers familial.

Quoiqu'il en soit, la famille est au centre de la prise en charge du malade au cours du Moyen Age. La responsabilité du malade est confiée par la loi à la famille qui se charge des soins comme de protéger la société, sauf en cas d'agitation et de danger. Dans ces cas, l'incarcération a lieu mais nécessite la participation financière de la famille. Selon M. Laharie, les conditions socio-économiques de la famille semblent jouer un rôle majeur dans les possibilités de prise en charge du proche malade (5).

A l'opposé des soins, l'exclusion est d'abord familiale, mise en place au sein même du foyer ou par le rejet vers une errance.

Enfin, une première possibilité de requête, qui provient de la famille et sollicite l'autorité judiciaire est présente au Moyen Age. Cette requête renforce par jugement la responsabilité de la famille.

⁴ Curateur et tuteur sont des termes équivalents à l'époque (4).

2. DE LA CREATION DE L'HOPITAL GENERAL A LA LOI DE 1838

A la fin du Moyen Age puis à la Renaissance, l'exclusion se majore : « *Les fous avaient une existence facilement errante* ». Un nouveau mode d'exclusion apparaît à l'aube de la Renaissance : la Nef des Fous qui transporte par voie fluviale malades mentaux, mendiants et alcooliques. Cet « *étrange bateau ivre qui file le long des calmes fleuves de la Rhénanie et des canaux flamands [...] qui d'une ville à l'autre [mène sa] cargaison insensée* » est illustré dans la peinture de l'époque (8,9).

❖ L'Hôpital général : la réponse du royaume à la multiplication des errants

Au cours de la Renaissance, le nombre d'errants augmente considérablement en lien notamment avec la misère et l'urbanisation. Parmi ces vagabonds, des chômeurs valides ou non, des estropiés, des prostitué(e)s, des enfants abandonnés, des épileptiques, des idiots, des fous... « *Nombreux sûrement sont les insensés indigents devenus errants parce que leur famille ou leur communauté était peu soucieuse d'assurer leur garde ou leur subsistance* » (4). Devant cette « multiplication des errants », l'Hôpital général est créé, à Paris en 1656 puis en province en 1662 (10).

Cette création comporte deux objectifs primordiaux : d'une part un but social de suppression de la mendicité et d'autre part un objectif économique de mise au travail des oisifs valides. Selon M. Foucault, philosophe, cette organisation par l'Etat de la prise en charge de « toute cette population de pauvres et d'incapables » reflète également l'ordre monarchique et bourgeois en place et traduit la modification de la conception de la misère et de la Charité au XVII^{ème} siècle. Il s'agit alors de supprimer la misère comme « effet du désordre et obstacle à l'ordre » (9). La création de l'Hôpital général est pour M. Foucault l'étape initiale de ce qu'il a appelé le « Grand Renfermement », alors que selon J. Postel cette création fait suite à plusieurs tentatives de lutte contre les vagabonds au cours du XVII^{ème} siècle.

L'Hôpital général n'est pas un établissement médical mais un lieu d'hébergement forcé fournissant la nourriture aux miséreux tout en les privant de leur liberté. L'Hôpital général accueille et renferme indistinctement tous les errants y compris les fous. Ces derniers représentent alors 5 à 10 % de la population enfermée. Cependant, les Hôpitaux généraux sont rapidement un échec : en province ces hôpitaux ne parviennent pas à recruter des valides travailleurs devant l'hostilité de la population, sont saturés par des invalides affamés et connaissent des difficultés financières. Les Hôpitaux généraux de Paris deviennent alors de « véritables pôles d'attraction » pour tout le royaume : « *Particuliers et communautés prennent progressivement l'habitude d'y envoyer un certain nombre de leur déviants* » (4).

Alors même que la responsabilité légale de la famille reste la règle, la création de l'Hôpital général modifie le comportement des familles de malades. En cas d'échec des soins (pèlerinage ; médicaments calmants, évacuants, irritants, toniques ; utilisation de l'eau...) diligentés au domicile, un internement est effectué à l'Hôpital général. Cette institution est bientôt complétée par les maisons de force, puis au XVIII^{ème} siècle par les dépôts de mendicité. Les maisons de force se distinguent des deux autres institutions par leur appartenance fréquente à une communauté religieuse et par leur coût, une pension étant nécessaire. Les dépôts de mendicité, créés plus tardivement sont destinés aux indigents. Il s'agit d'une institution de réclusion des errants, se rapprochant de l'Hôpital général et contraignant les valides au travail. Dans les dépôts de mendicité les insensés représentent environ 15 % des admis.

Les phénomènes d'exclusion de l'insensé, présents depuis l'Antiquité se font à présent à destination d'un établissement de prise en charge bien défini. Le choix d'interner dans une de ces trois institutions s'effectue surtout selon le revenu de la famille et selon l'époque. Pour certains auteurs, des soins peuvent s'effectuer dans ces lieux mais ne sont pas systématiques. L'exclusion d'un malade par sa famille ou sa communauté s'appliquerait plus largement à l'ensemble des proches « déviants », selon le terme de l'historien C. Quétel (4).

La prise en charge en institution, alternative à la garde dans le milieu familial, apparaît aussi dans la loi. Ainsi, le commentaire de l'ordonnance criminelle de 1670 indique : « *Si après information sur la vie de l'accusé on constate le dérangement de son esprit, les juges décident qu'on doit le garder dans la famille ou l'interner soit à l'hôpital soit dans une maison de force « pour y être traité comme les autres insensés »* » (9).

❖ Apparition d'une demande de la famille, la lettre de cachet et la sentence d'interdiction

La demande des familles est une demande d'admission dans un établissement, formulée après les premières tentatives de soins réalisées le plus souvent au domicile ou parfois dans certains hôtels-Dieu⁵ (4). Cette demande est croissante au XVIII^{ème} siècle selon C. Quétel. Au XVII^{ème} puis au XVIII^{ème} siècle, les maisons de force se multiplient et complètent les possibilités d'accueil et d'enfermement offertes par les Hôpitaux généraux. Le séjour en maisons de force nécessite une pension, souvent élevée. Les insensés représentent

⁵ Le terme d'hôtel-Dieu s'est imposé à la fin du Moyen Age, désignant l'hôpital situé au centre-ville fondé et contrôlé par des évêques. Peu à peu l'hôtel-Dieu se spécialise comme un lieu de traitement des malades et non d'hébergement (11).

environ 20 % de la population de ces maisons de force mais certaines se spécialisent dans l'accueil des malades psychiatriques. L'entrée en maison de force se fait par lettre de cachet après une demande de la famille ou par ordre de justice à la suite d'un délit ou d'un crime (9). La procédure par lettre de cachet est la plus fréquente à partir de la fin du XVII^{ème} siècle.

La lettre de cachet

Les lettres de cachet sont actuellement l'emblème du caractère arbitraire de la décision du monarque absolu qui ordonne l'incarcération d'un individu dans une prison d'Etat, une maison de force ou un couvent. Cependant elles sont décrites par les historiens F. Bluche, M. Foucault et J. Postel, de façon tout à fait différente. Tout d'abord, la grande majorité des lettres de cachet émanent de la demande de l'entourage pour des affaires privées (12) : « *Ce sont en fait les familles qui apparaissent tout au long du XVIII^{ème} siècle comme les demandeurs principaux de lettres de cachet (plus de 90 %) »* (4) ; « *la famille, ou l'entourage, en fait la demande au Roi qui l'accorde et la fait décerner après signature par un ministre »* (9). Les avantages de la lettre de cachet pour la famille sont la rapidité et la discrétion de cette démarche (12). La demande elle-même est soumise à des règles : « *On veille autant que possible à obtenir le consentement de toute la famille, en tout cas à connaître les raisons de rivalité ou d'intérêt qui empêchent, le cas échéant, de réunir cette unanimité »* (3). Par ailleurs, cette demande engage une enquête par l'autorité administrative pour examiner le bien-fondé de la demande « *sous l'Ancien Régime, tout placet⁶ devait entraîner une enquête policière à des fins de vérification »* (9,12). Enfin, il existe des rejets lorsque la demande est insuffisamment fondée (12).

L'ensemble de ces caractéristiques conduit J. Postel à affirmer : « *La lettre de cachet, avec sa procédure minutieuse, apparaît paradoxalement comme une garantie contre l'arbitraire des familles et des municipalités qui avaient pris l'habitude de s'entendre de gré à gré avec les directeurs des maisons de force pour y placer leurs déviants sans autre formalité que l'accord sur un prix de pension »* (4).

Selon M. Foucault, une séparation s'opère à l'âge classique entre raison et déraison et les exigences de la famille deviennent un des critères de la raison : « *L'internement et tout le régime policier qui l'entoure servent à contrôler un certain ordre dans la structure familiale qui vaut à la fois comme règle sociale et comme norme de la raison »*. Les « déviants » internés à l'époque classique regroupent, selon sa thèse, un

⁶ Demande écrite, concise qui était faite pour obtenir une grâce, une faveur (13). La demande d'une lettre de cachet était un placet.

monde homogène de la déraison constitué des fous et des acteurs d'expériences déraisonnables. Ces expériences touchent soit aux comportements sexuels déviants de la norme bourgeoise (vénérien, sodomite, prostitué, débauché, mariage honteux), soit à la profanation religieuse (magie, pratique profanatrice, sorcellerie). « *L'institution familiale trace le cercle de la raison ; au-delà menacent tous les périls de l'insensé* » (9).

La procédure d'entrée en institution par lettre de cachet se banalise au cours du XVIII^{ème} siècle : « *Ces demandes deviendront de plus en plus nombreuses et seront présentées par des familles d'un rang social de plus en plus moyen* » (12). La demande d'une lettre de cachet rédigée par la famille et adressée au pouvoir administratif, royal à l'époque, apparaît du fait de ces caractéristiques comme prémisses de la future admission en Placement Volontaire.

La sentence d'interdiction

Par ailleurs, une autre demande peut être effectuée par la famille, auprès de l'autorité judiciaire cette fois-ci. La famille sollicite une sentence d'interdiction. Lors de cette procédure d'interdiction, la famille expose devant les tribunaux les faits qui justifient sa demande. L'interdiction prive le citoyen de ses droits civils ainsi que de la disposition de ses biens. La sentence d'interdiction est suivie d'un internement systématique soit immédiatement après la sentence, soit sur ordre du Roi par lettre de cachet après une enquête administrative (14).

A partir de 1784, date de la circulaire ministérielle du Baron de Breteuil, une interdiction par procédure judiciaire est exigée pour les « aliénés d'esprit »⁷ avant qu'une lettre de cachet ne soit rédigée. Avec cette circulaire, les aliénés disposent d'une place à part dans la législation des internements. Pour eux, une sentence d'interdiction doit systématiquement précéder l'expédition d'une lettre de cachet, sauf si la famille ne peut faire les frais d'une procédure d'interdiction au tribunal (14,15).

Dans ce texte, le ministre met en garde contre l'avis de la famille. « *Les familles et même les pères et mères, quoi qu'en général plus disposés à l'indulgence que les autres parents, exagèrent quelquefois le tort des sujets dont ils ont sollicité la détention* » ; « *quand il s'agit de faire renfermer un mineur, ne fût-ce que pour la forme de correction, le concours du père et de la mère jusqu'à présent paru suffire. Mais les pères et mères*

⁷ Dans cette circulaire, le baron de Breteuil, Ministre d'Etat distingue trois classes de personnes renfermées : ceux dont l'esprit est aliéné, ceux qui se sont livrés à l'excès de libertinage, ceux qui ont commis des actes de violence, des délits ou des crimes.

sont quelques fois injustes, ou trop sévères ou trop faciles à s'alarmer » ; « enfin, il ne faut accueillir qu'avec la plus grande circonspection les plaintes des maris contre les femmes, celles des femmes contre leurs maris » (15). La crainte d'un internement abusif est présente dès le XVIII^{ème} siècle. Cependant, la responsabilité d'un possible abus est alors portée par la famille. Le pouvoir administratif s'en méfie. M. Foucault analyse cette circulaire de 1784 comme une tentative effectuée par le pouvoir royal de se mettre à distance des exigences des familles (9).

Avec cette circulaire, la décision de l'autorité judiciaire devient nécessaire dans la décision d'internement d'un aliéné. Cette décision peut être suffisante ou précéder l'ordre de l'autorité royale. Il s'agit d'un fait nouveau dans l'histoire des internements et des futures hospitalisations sans consentement, fait qui sera tout à fait temporaire et jamais renouvelé jusqu'à présent.

❖ La place du médecin dans la décision d'internement

Lors de la procédure par lettres de cachet, la demande de la famille peut être accompagnée d'un certificat médical mais ce n'est pas une obligation. Il semble que ce ne soit pas le cas le plus fréquent. L'enquête administrative effectuée n'est pas une enquête médicale (9,16). Selon M. Foucault, l'expertise médicale précédant l'internement est requise par les textes réglementaires dès le XVII^{ème} siècle, cependant il met en doute sa pratique. Selon lui, l'expertise médicale est absente de l'admission dans les lieux d'internement, reflétant une définition juridique puis sociale mais non médicale de la folie (9). Selon d'autres auteurs, M. Foucault aurait minimisé la présence médicale dans les maisons de force (16).

Au cours de la procédure judiciaire d'interdiction, qui devient nécessaire pour les insensés à partir de 1784, le juge sollicite l'expertise de deux médecins.

D'après le rapport du médecin et philosophe P.-J.-G. Cabanis, effectué pour un projet de règlement de l'hôpital de la Salpêtrière en 1791, l'expertise médicale n'est pas toujours impérative à cette date : *« Le malade arrive, conduit par sa famille, des voisins, des amis ou des personnes charitables. Ces personnes attestent qu'il est véritablement fou ; elles sont ou ne sont pas munies d'un certificat des médecins. [...] Quelque opinion qu'on puisse avoir alors sur l'état du malade, si d'ailleurs les preuves de la pauvreté sont authentiques, il faut toujours le recevoir provisoirement » (17). Une fois l'admission effectuée, la présence médicale et l'existence de soins à l'Hôpital général, en maisons de force, ou en dépôts de mendicité sont discutées à nouveau. Les auteurs s'accordent pour constater qu'elles se développent au cours du XVIII^{ème} siècle.*

❖ Le financement de l'internement

Comme à l'époque médiévale, la question des moyens financiers disponibles dans la famille reste déterminante dans le déroulement des soins et de l'internement. En 1785, J. Colombier et F. Doublet, médecins, font le constat suivant : « *Les gens riches et aisés se font une loi de faire traiter avec soin, dans leur domicile, leurs parents atteints de folie, avant de prendre le parti de les faire renfermer [...] et en cas d'insuccès les font surveiller par des gens de confiance.[...] Ce sont les pauvres surtout, qui [... n'ont] ni les ressources nécessaires pour contenir les Insensés, ni la faculté de soigner et de faire traiter les malades* » (18). Lors de la rédaction de ce texte, l'idée, issue du courant philanthropique, d'organiser une assistance publique est déjà présente. Les auteurs proposent une organisation et des méthodes de soins qui préparent aux principes de l'asile proposés par P. Pinel et J. E. Esquirol (4).

A cette époque, l'internement s'effectue après un jugement d'interdiction si la famille peut faire les frais d'une procédure. En l'absence de moyens, il n'y a pas de jugement et la décision est prise avec l'appui de la notoriété publique et de l'observation : « *En ce cas, il faudra que la démence soit notoire et constatée par des éclaircissements bien exacts* » (15). Une fois l'entrée effectuée, la famille finance la nourriture et les soins éventuels dans les maisons de force. L'Hôpital général puis les dépôts de mendicité ont été pensés pour renfermer les indigents. Ce sont les communes qui doivent s'acquitter des charges d'assistance. Des pratiques d'expulsion des insensés indigents vers la Salpêtrière ou Bicêtre à Paris ont alors lieu, probablement imposées par cette charge financière impossible pour les communes (4). Le fou est déposé à la porte, ou trouvé errant et conduit ces hôpitaux (17). Par ailleurs, en cette fin de XVIII^{ème} siècle, l'opinion s'inquiète que des aliénés d'une famille riche soient internés dans des établissements gratuits (4). « *Pour pouvoir porter l'ordre dans les maisons de bienfaisance, il faut d'abord que la pauvreté véritable, la pauvreté sans ressources, sans moyens de subsistance soit seule un titre pour y être admis. C'est en recevant presque au hasard les individus qui se présentent, qu'on se met hors d'état de secourir ceux qui sont dans un état de besoin réel* » (17).

Dans ce questionnement autour du financement, la famille pourrait être à nouveau suspectée d'avidité, de ne pas payer alors qu'elle le pourrait : « *On ne s'avise guère de prendre des renseignements un peu circonstanciés sur les facultés des familles, que les lois obligerait de pourvoir à leur subsistance. Or, il est absurde qu'on reçoive dans la maison de charité, gratuitement ou pour de modiques rétributions, qu'on entretienne, qu'on soigne en tout ou en partie aux frais du public, des malades que ces mêmes familles sont en état d'entretenir, de soigner dans leur sein, ou de faire soigner ailleurs par des mains salariées ; il serait*

injuste qu'un pareil abus subsistât encore après avoir été bien reconnu » (17). Ici, l'autorité médicale veut protéger les lieux d'internement d'abus qui seraient effectués par la famille. Cette protection pourrait être effectuée par l'autorité administrative et P.-J.-G. Cabanis propose d'utiliser une « preuve légale d'indigence » et un contrôle par le département. L'auteur se méfie de l'autoritarisme et de l'avarice des familles.

❖ **Après la révolution, l'abolition des lettres de cachet**

Symbole pour les révolutionnaires du despotisme du roi, la procédure par lettres de cachet est abolie par décret en mars 1790. Dans ce texte, les détenus pour cause de crime ou de délit, les enfermés à la demande des familles, les personnes déchargées d'accusation et enfin les « personnes détenues pour cause de démence » sont distingués (19). Ce décret ordonne notamment la libération des séquestrés par lettres de cachet à la demande de leur famille et la visite des aliénés par un juge puis un médecin afin de décider d'une libération ou de soins dans les hôpitaux. Cette décision n'aurait pas été suivie faute de médecins et d'établissements adaptés.

Dans le « chaos institutionnel » qui fait suite à l'abolition des lettres de cachet, l'affirmation d'une prise en charge de l'assistance des aliénés coïncide avec le maintien et l'accentuation de la responsabilité des familles (4). Le décret du 19 juillet et la loi du 22 juillet 1791, « [rendent] *les familles responsables de la surveillance des aliénés, et [permettent] aux autorités municipales de prendre toutes les mesures utiles* : « *Les parents des insensés doivent veiller sur eux, les empêcher de divaguer et prendre garde qu'ils ne commettent aucun désordre. L'autorité municipale doit obvier aux inconvénients qui résulteraient de la négligence avec laquelle les particuliers remplissent ce devoir* » » (9).

En parallèle des mouvements politiques et juridiques, la médicalisation de l'aliénation a lieu avec les écrits de J. Daquin puis P. Pinel. L'insensé est devenu aliéné, sujet malade susceptible d'un « traitement moral » au sein de l'asile. Ces mouvements distincts vont se résoudre institutionnellement dans la loi de 1838 après près d'un demi-siècle de contradictions entre les différents textes réglementaires et la pratique (4). En 1834, J.-M.-A. Ferrus, médecin chef à Bicêtre, rédige ce questionnement protestataire et nous indique ainsi la variété des procédures d'internement au cours de cette période floue : « *Et d'abord doit-il suffire, comme cela se pratique aujourd'hui, pour autoriser la détention d'un individu, soit d'un ordre de la police ou du maire, soit de la volonté d'une famille, soit même de l'attestation de quelques médecins, même de ceux du Bureau central ? Suffit-il, lorsque cette détention est opérée sur une réquisition autre que celle de la police, de prescrire au directeur de l'établissement d'en donner avis à l'autorité municipale ?* » (20).

Au cours de cette cinquantaine d'années marquées par une instabilité politique, les administratifs se questionnent sur le caractère thérapeutique ou sécuritaire de la séquestration des insensés. Les difficultés relatives au financement ont été motrices dans la volonté de légiférer les placements. L'action de J.-E.-D. Esquirol a également contribué à l'élaboration de la loi de 1838, notamment son mémoire intitulé «*Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer* » à destination du ministre de l'intérieur en 1818 (4).

Durant cette longue période, qui court de la Renaissance jusqu'à 1838, se sont construites les fondations de la première loi consacrée à la prise en charge des aliénés en France. Tout au long de ces siècles, la famille reste civilement responsable de son proche insensé ; elle doit lui procurer des soins et s'assurer d'en protéger la société. Faisant suite à l'apparition d'une organisation par le royaume de la prise en charge des indigents, une demande de la famille émerge, puis se formalise au XVIII^{ème} siècle. La famille sollicite alors un ordre du Roi par lettre de cachet. Durant cette époque, la famille est suspectée d'abus par l'autorité administrative puis médicale : risque d'un internement liberticide pour préserver une morale excessive, risque d'un internement abusif par avarice.

Au cours de ces siècles, la place du médecin s'est développée avec l'appartenance progressive de l'aliénation au domaine médical. L'aliéné est susceptible d'un traitement délivré par un médecin. M. Foucault parle « d'apothéose du personnage médical » au moment de la naissance de l'asile.

3. LA LOI DE 1838 : LE PLACEMENT VOLONTAIRE

Le 30 juin 1838, la loi « *sur les aliénés* » est votée après cinq projets successifs et de multiples débats. La circulaire de juillet qui présente cette loi aux préfets expose les quatre objectifs de cette première législation française concernant les aliénés (21) :

- Garantir la liberté individuelle ;
- Garantir la sûreté publique ;
- Ménager l'honneur des familles ;
- Favoriser l'application des meilleurs moyens curatifs.

L'isolement du milieu familial ou social est considéré comme curatif en lui-même à l'époque (4).

Pour atteindre ces objectifs, la loi impose à chaque département de se doter d'un établissement public destiné aux aliénés ou de traiter avec un établissement privé.

L'année et demie de débats nécessaire a notamment permis de discuter le choix de l'autorité la plus adaptée pour initier l'internement. La sentence d'interdiction préalable à l'internement est abandonnée, les aliénistes argumentant notamment sur la lenteur de l'autorité judiciaire, son coût et sa publicité (20). Nous devons garder à l'esprit ce caractère déshonorant de l'aliénation mentale pour la famille : « *La nature de la maladie est telle, qu'il est de l'intérêt des familles de la cacher avec le plus grand soin* » écrit J.-P. Falret (22). L'autorité administrative est choisie car elle agit « avec promptitude et discrétion », afin de ne pas « compromettre l'honneur des familles ». Ces deux caractéristiques étaient celles appréciées auparavant dans la procédure par lettre de cachet. A nouveau nous constatons la ressemblance entre ces deux procédures d'admission.

Le Placement Volontaire (PV) apparaît dans la loi et est défini comme suit :

« *Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :*

- 1/ *Une demande d'admission [...]* ;
- 2/ *Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer. [...] En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;*
- 3/ *Le passeport ou toute pièce d'identité de la personne à placer* » (23).

La démarche, qui était celle pratiquée dans les siècles précédents, est formulée dans ce texte législatif comme suit : une famille conduit son proche à l'asile, qui y est reçu. Le placement est dit volontaire par la volonté de cette famille qui « remet » son parent malade à un établissement. Les conditions formelles de la demande de PV sont très proches de notre demande de tiers actuelle et sont rédigées ainsi : « *Une demande d'admission [contient] les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte. Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction* ».

La demande est formulée de la façon suivante : « *Je soussigné,* » le demandeur et son identité complète, « *prie le directeur d'admettre dans son établissement,* » le proche et son identité complète « *pour y être traité d'aliénation mentale dont il est atteint* ». Le requérant s'engage dans cette demande à verser une pension.

Au cours de l'élaboration de la loi de 1838, il aurait été discuté d'exiger une motivation écrite de la demande de la famille, puis cette requête aurait été écartée (24).

Dans ce texte, la place du médecin dans l'admission est non seulement secondaire mais aussi facultative. J.-F. Falret écrit en 1837 : « *L'isolement, pour être réalisé, n'a besoin que de l'assentiment de la famille ; il est aussi prompt que sa volonté, et il est d'autant plus efficace qu'il a lieu avec plus de célérité* ». L'expertise initiale du médecin est absente du discours de cet aliéniste (22). Toutefois, la place du médecin est affirmée une fois l'internement effectif, avec l'instauration par cette loi des certificats de vingt-quatre heures, de quinze jours et l'examen dans les trois jours au sein des établissements privés. De plus, dans ce texte apparaît la possibilité de maintenir le placement à la demande de l'autorité médicale alors que la famille souhaite la sortie, dans la situation où l'état mental du malade relève du placement d'office (« *l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes* »).

Par ailleurs, la loi est marquée par un développement du pouvoir administratif. A la fois dans les situations de placements volontaires, dont le préfet est informé dans les vingt-quatre heures mais surtout au cours des Placements d'Office (PO). La famille n'est plus responsable de son fou furieux ou dangereux comme c'était le cas formalisé par la loi de 1791. Dans son explication du nouveau projet de loi en janvier 1838, le

ministre de l'Intérieur affirme : « *Ce n'est plus, comme le faisait la législation antérieure, un simple pouvoir que nous vous proposons de donner à l'autorité administrative ; c'est un devoir qu'il convient de lui imposer. Les placements d'office nous semblent nécessaires dans tous les cas de danger pour l'ordre et la sûreté publique. Mais, dans ces cas mêmes, il faut se prémunir contre l'arbitraire, les ordres administratifs devront être motivés* » (21). En matière d'internement, au moment où le pouvoir, le devoir, la responsabilité, sont donnés, le risque de l'arbitraire apparaît et doit être immédiatement prévenu. Nous constatons l'absence de l'autorité médicale dans cette démarche de placement d'office, aucun certificat médical n'est rédigé pour cette procédure. Lorsque le maire sollicite une admission urgente immédiate, il peut attester du danger imminent soit par un certificat médical soit par la notoriété publique.

Enfin, le financement de l'internement est abordé dans cette législation et le principe d'un paiement des frais par l'interné ou par sa famille est affirmé. En cas d'impossibilité, c'est le département qui devrait s'acquitter des dépenses, quel que soit le mode de placement. Dans la section III de la loi, consacrée au financement, nous trouvons dans l'article 25 cette phrase qui sera l'objet de multiples ajustements : « *Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le Conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre* ». S'agit-il d'aliénés sans familles ou d'errants ? Dans ces cas nous serions confrontés à l'ancêtre de l'admission en cas de péril imminent. S'agit-il des aliénés placés volontairement ? Pourtant les aliénés en placement volontaire sont cités dans la première partie de cet article. S'agit-il d'aliénés demandeurs de soins ? De multiples procédures d'admission pour cette population peu définie seront mises en place par les Conseils généraux puis feront l'objet de rectifications par des circulaires ministérielles (25–29).

La loi de 1838 formalise la demande de la famille à un établissement, dont la pratique a commencée au début du XVII^{ème} siècle environ. Cette démarche de la famille s'est développée, notamment au XVIII^{ème} siècle, et a fait suite à plusieurs siècles de responsabilité familiale unique, de soins au domicile ou d'exclusion vers un ailleurs non identifié en cas d'impossibilité de prise en charge. La demande d'admission rédigée par un parent est créée dans la loi de 1838.

Dans cette loi, la place de la famille reste primordiale. En effet, la protection de l'honneur de la famille fait partie des objectifs de ce texte et la démarche du placement volontaire provient de la famille. Cependant la démarche familiale commence à être contrebalancée par l'autorité médicale lors de la situation d'une sortie contre-indiquée par les aliénistes et par l'autorité administrative par le simple fait de son information. Enfin,

l'autorité familiale disparaît lors d'une situation de trouble à l'ordre public ou d'atteinte à la sûreté, devenant alors exclusivement du ressort de l'administration.

4. APRES LA LOI DE 1838

Nous ne retracerons pas l'ensemble de l'histoire de la psychiatrie ni de la législation française en matière d'hospitalisation sans consentement. Il faut indiquer que la loi de 1838 fut un « monument », immédiatement critiquée, difficile à appliquer mais maintenue durant 150 ans (4,24). Différentes conceptions de la folie et du soin psychiatrique se sont succédées, influençant des modifications législatives. L'éventail thérapeutique s'est considérablement développé, le champ de la psychiatrie s'est étendu vers la santé mentale. L'assistance financière par l'état en cas de maladie s'est organisée avec la création de la sécurité sociale. Cependant, au cours de toutes ces années, la demande d'admission formulée par la famille, reflet de son autorité, est maintenue dans les situations ne concernant pas les troubles à l'ordre public.

Dans la loi du 27 juin 1990, la procédure d'admission initiée par la famille s'intitule « *hospitalisation sur demande d'un tiers* » (HDT). Dans l'élaboration de la loi, la rédaction d'une demande motivée par le tiers est à nouveau envisagée dans le projet de loi initial. L'objectif de cette modification est alors celui de mieux associer l'environnement social et familial au traitement du malade. Cette proposition, qualifiée de douloureuse, sera rejetée après opposition des organisations professionnelles de psychiatres, des représentants de familles de malades et avis de la Commission des Affaires Sociales. « *L'obligation faite à la famille ou au proche de motiver la demande est généralement apparue comme une formalité peu utile qui pourrait éventuellement entraîner des difficultés. [...] On voit mal la nécessité de cette motivation dans la mesure où le placement est opéré pour des raisons strictement médicales* » (24).

Dans cette loi la place décisive prise par le psychiatre est affirmée et étendue à la décision d'hospitalisation sous contrainte. Il n'est plus question d'admettre un patient sans un avis médical, que ce soit lors d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou lors d'une l'hospitalisation d'office. Nous préciserons les autres apports de la loi de 1990 par la suite.

Dans la loi du 5 juillet 2011, la procédure sur demande de la famille est maintenue et complétée par cette nouvelle possibilité d'admission, objet de notre travail, dont nous détaillerons l'apparition. Le chapitre II de cette loi est nommé : « *Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* ».

Nous décrivons au fur et à mesure de notre progression historique ces deux procédures d'admission telles qu'elles sont inscrites dans la loi de 2011 et les points d'évolution par rapport au PV de 1838 et à l'HDT de 1990.

Néanmoins nous présentons ici le cadre général de l'article de loi, toujours en vigueur, régissant ces admissions :

« *Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :*

1/ Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande [...]

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours. [...]

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

B. L'hospitalisation libre : la règle devient le soin libre et la contrainte l'exception

Avant que l'admission sans consentement en l'absence de demande de l'entourage ne soit envisagée puis promulguée, le XX^{ème} siècle a vu émerger la demande de soins formulée par le patient.

Alors même que la loi de 1838 est encore en construction, un questionnement apparaît constituant un premier pas vers le consentement du patient : que fait-on des malades qui ne troubleraient pas l'ordre public, ne seraient pas accompagnés et demanderaient une admission ? J.-F. Falret constate et interroge : *« Il est un cas, à la vérité rare et exceptionnel, qui n'est pas prévu par le projet de loi, c'est celui où le malade lui-même se présente pour être admis dans un établissement. [...] Quelle sera alors la règle de conduite des chefs d'établissement ? Peut-on refuser un asile à ces infortunés, et, pour satisfaire aux formalités de la loi, assumer la responsabilité des événements les plus graves ? »* (22). Il s'agit de notre situation d'hospitalisation libre puisque le malade se présente à l'asile pour y être admis. La question de la responsabilité est immédiatement posée, le chef de l'établissement semble porter cette responsabilité d'un refus de l'admission.

Les premiers services qualifiés alors d'ouverts sont mis en place dans les années 1920. La circulaire de 1937, dite « circulaire Rucart », incite chaque département à développer des services ouverts destinés à l'observation et aux soins précoces des malades atteints de troubles psychiques (30). Par les circulaires de 1949 puis de 1951, ces services prennent le nom de services libres et les modalités de fonctionnement sont décrites. L'objectif de ces services est défini ainsi : *« Eviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté que comporte, même dans l'hypothèse d'un placement volontaire, l'application des dispositions de la loi du 30 juin 1838 tout en leur assurant les soins des médecins particulièrement qualifiés qui exercent dans les hôpitaux psychiatriques »* (31,32). En effet la loi de 1838 avait aussi aménagé l'incapacité civile des internés et la gestion de ses biens durant le placement.

Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les notions de consentement aux soins et d'information de l'utilisateur se développent en médecine (33). Ces notions sont énoncées pour le domaine psychiatrique avec 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 »*. L'hospitalisation libre est inscrite dans ses premières lignes, devient la règle et l'hospitalisation sans consentement intervient en dehors de cette norme : *« Nul ne peut être sans*

son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi » (34).

Les caractéristiques des troubles mentaux indiquant une hospitalisation sous contrainte sont alors définies par rapport à cette notion de consentement :

« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

1/ Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2/ Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » (34).

La règle de l'hospitalisation libre est confirmée dans la loi du 5 juillet 2011. Il est inscrit dans son second article : *« Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet » (1).*

C. Histoire de l'hospitalisation sans demande de tiers

Dans cette troisième partie, qui constitue un nouvel historique, nous nous attacherons à comprendre comment est apparue la possibilité d'une admission sans demande de tiers, en dehors des situations de troubles compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes. Une fois la notion de consentement acquise puis officialisée dans la loi de 1990, nous nous situerons également en dehors de l'admission demandée par le patient. Notre champ d'étude est en effet bordé d'un côté par les situations relevant de l'hospitalisation d'office, de l'autre par celles concernant l'hospitalisation libre.

Cette histoire des admissions sans demande de tiers débute avec la circulaire de la loi de 1838, adressée aux préfets pour l'application de la loi. Il est demandé aux préfetures de rechercher les aliénés indigents, qui ne troubleraient pas l'ordre public mais nécessiteraient « d'être secourus » conformément à l'article 25 (21,23). Comment alors s'effectuera l'hospitalisation de ces aliénés sans moyen ou sans famille présente ?

1. PAR « DEFAUT DE TIERS » : LE PLACEMENT PUIS L'HOSPITALISATION D'OFFICE

Dès 1839, plusieurs circulaires ministérielles rappellent à l'ordre les préfets quant à la mission d'admission et surtout de paiement des frais d'admission des indigents aliénés ne troublant pas l'ordre public. Ces circulaires critiquent certaines modalités d'admissions des aliénés non dangereux, mises en place par les Conseils généraux et tentent d'éclaircir l'article 25 de la loi de 1838 (25–27) : « *L'autorisation qui intervient de votre part [les préfets] pour l'admission de ces infortunés n'est relative qu'au paiement de leur dépense ; elle ne saurait faire assimiler ces placements à des placements d'office : ils restent donc exclusivement soumis aux seules dispositions relatives aux placements volontaires* » (25). Cependant, les aliénés indigents, qui ne sont pas toujours sans famille, sont placés d'office, dans un amalgame entre décision d'admission et décision de financement.

Cette confusion peut en partie expliquer que le placement d'office constitue alors le placement majoritaire. Au début du XX^{ème} siècle, le nombre de placements d'office (79 %) l'emporte encore sur les placements volontaires (21 %) (35).

La circulaire du 4 août 1930 fait état de l'usage du placement d'office pour les patients indigents et le critique comme contraire à l'esprit de la loi de 1838 : « *Les aliénés indigents, fussent-ils même les plus inoffensifs des malades, ne sont admis dans les asiles que par voie de placement d'office [...] Ce système est*

évidemment critiquable, car il n'est pas indifférent que le placement ait ou n'ait pas le caractère volontaire » (28). D'après cette circulaire, les indigents n'ont pas accès à un placement volontaire car certains départements ne financent que le placement d'office. Cette pratique est en contradiction avec la loi de 1838 qui prévoit un financement identique aux deux modes de placement en cas d'indigence.

Cependant nous supposons que pour certains indigents, il n'y avait pas d'entourage pour demander leur admission. Dans une circulaire ministérielle de 1839, est inscrit : *« Souvent les malheureux auxquels il y a lieu d'appliquer l'article 25 de la loi sont éloignés de leur famille, et il leur serait impossible, à raison même du dérangement de leurs facultés mentales, d'indiquer le domicile de tous leurs ascendants et descendants »* (27). Et dans celle d'août 1930 : *« Lorsqu'une personne indigente manifeste des troubles mentaux sans se livrer à des réactions dangereuses, il arrive que certains maires, dans le but de faire bénéficier le malade du traitement reconnu indispensable dans un établissement approprié à leur état, demandent au praticien de rédiger le certificat médical de telle sorte qu'il ne laisse aucun doute sur la nature de l'aliénation et qu'il conclût à la nécessité de l'internement d'office »* (28).

L'intrication entre conditions économiques, présence d'un entourage et modalité de soins persiste, comme au Moyen Age ou au XVIII^{ème} siècle. La circulaire de 1930 tente d'inciter au « placement volontaire gratuit », mis en place soit à la demande du malade (constituant les prémices du placement libre) soit à la demande de l'entourage de l'indigent.

L'utilisation du placement d'office en l'absence de tiers est décrite en 1982. Lors d'une analyse rétrospective de 147 dossiers de placements d'office dans les services de santé mentale de Paris, les auteurs constatent les faits suivants : *« Il semble que dans 83 % des cas, l'absence ou l'éloignement de la famille au moment de l'internement interdirait tout choix : le préfet joue un rôle social imposant une hospitalisation sur le mode du placement d'office alors que pour bon nombre d'entre eux le PV s'avérait possible »* (36).

Les raisons de cette impossibilité d'obtenir une demande de la famille ont été recueillies et les auteurs relèvent plusieurs situations :

- L'absence de la famille (dans 83 % des cas) ;
- Le refus de la famille (dans 3,6 % des cas) ;
- La « famille pathologique » (dans 2,9 % des cas) ;
- Le conflit familial (dans 2,2 % des cas) ;
- Les « pathologies nécessitant que la famille ne soit pas impliquée » (dans 8 % des cas).

Ces Hospitalisations d'Office (HO) « par défaut de tiers » sont aussi constatées sous la loi de 1990. C'est le cas lors d'une étude sur les hospitalisations d'office provisoires signées par l'élu municipal avant confirmation dans les 48 heures par le préfet. Les chercheurs constatent que ces hospitalisations d'offices sont parfois instaurées en l'absence de tiers ou lors de réticence de la famille, sans qu'un danger imminent pour la sûreté des personnes ne soit présent comme prévu par la loi. En 2006, P. Rhenter fait état de cette recherche et explique cette utilisation de l'HO par la « raréfaction des tiers assumant les motifs de l'enfermement ». L'élu municipal devient alors le « tiers » qui signe un arrêté municipal d'hospitalisation d'office. Nous pouvons observer la similitude de cette pratique avec celle datant d'août 1930, précédemment décrite. En 2006, l'utilisation de l'HO dans ces situations est qualifiée de « mésusage ». En effet, l'HO destinée aux patients dont le comportement trouble de façon grave l'ordre public, est utilisée pour des patients nécessitant des soins sans consentement mais ne pouvant y accéder faute de tiers présent. L'intervention est conclue par ce questionnement : « *Doit-on et peut-on créer un espace spécifique en droit qui permettrait un recours contrôlé à des mesures de contrainte sur le registre de l'accès aux soins ?* » (37).

La critique de l'utilisation de l'HO en l'absence d'une demande de tiers est présente dans plusieurs rapports, cités par la suite, proposant une réforme de la loi de 1990. Dans le rapport présenté par H. Strohl en 1997, il est inscrit : « *Si l'HDT, anciennement le placement volontaire, devait être plus adaptée à des malades amenés par leur famille, des proches, des tiers, alors que l'HO, anciennement placement d'office (PO) correspondait à des malades isolés, de fait ou de par leurs symptômes, cette distinction n'est plus probante* » (38). Les auteurs du rapport de 2003, P. Cléry-Melin, V. Kovess et J.-C. Pascal, indiquent : « *L'absence de tiers ne devrait pas conduire à une abstention thérapeutique ni à une utilisation abusive de la procédure d'HO, le plus souvent inadéquate dans de telles situations* » (39).

C'est en s'appuyant, entre autres, sur la contestation de ce mode d'hospitalisation dans ces situations que les premières propositions d'admission en soins psychiatriques sans demande de tiers sont formulées.

2. QUI DEMANDE UNE ADMISSION ? UN TIERS A DEFINIR

Une autre possibilité d'hospitalisation pour ces patients sans famille demandeuse consiste en la formulation d'une demande par un tiers n'appartenant pas à l'entourage.

❖ Dans la législation

D'après nos recherches, le premier texte évoquant une demande de placement formulée par une personne extérieure à l'entourage du patient est une circulaire ministérielle de 1938 condamnant les placements d'office instaurés au lieu des placements volontaires gratuits : *« On ne saurait invoquer la difficulté d'obtenir des familles une demande de placement volontaire. En réalité, une insistance un peu plus énergique suffirait à persuader les parents ou les amis. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la demande d'internement peut être effectuée par toute personne qui prend intérêt au malade et qui agit pour son bien. Parmi les personnes susceptibles d'intervenir utilement à ce sujet, en l'absence de l'initiative familiale il convient de signaler spécialement à votre attention le rôle que peuvent jouer les assistants des services médicaux et les assistantes du service social, dépendants de l'hôpital qui fait le placement »* (29). Nous pouvons repérer, outre le modèle médical paternaliste en vigueur, un élargissement de la définition de tiers aux personnels soignants et aux assistantes sociales.

Dans cet esprit et contrairement au texte de 1838, la loi de 1990 définit le tiers légitime pour demander une admission : *« La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil »* (34). L'exclusion d'une demande formulée par le personnel soignant de l'établissement d'accueil est inscrite dans cette loi de 1990, contrairement à l'ouverture présentée dans la circulaire de 1938 (34).

Dans le texte de 1990, le degré de parenté mis en avant dans la loi de 1838 devient secondaire par rapport à la nature des relations entre demandeur et bénéficiaire. Ce changement est notable puisque par ailleurs, la rédaction formelle des identités du demandeur et du patient reste identique dans les deux lois.

Un autre changement est introduit dans l'intitulé de la demande formulée par le tiers. Celui-ci rédige selon la loi de 1990 une demande « d'admission en hospitalisation » et non plus « d'admission en établissement » comme dans la loi de 1838.

Les fiches d'informations ministérielles datant de 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990 instituent la possibilité d'une demande d'hospitalisation formulée par l'assistante sociale de l'établissement : « *Le tiers ne peut faire partie du personnel soignant de l'établissement : la demande peut être signée notamment par l'assistante sociale, qui fait partie de l'équipe pluridisciplinaire mais n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme. Il faut cependant que l'assistante sociale, tiers garant, ait rencontré la personne concernée. Cette démarche reste personnelle, l'assistante sociale agit indépendamment de tout lien de subordination vis-à-vis du médecin responsable et du directeur de l'établissement. Le directeur de l'établissement ou le personnel de direction de garde ne peuvent signer la demande puisqu'ils prononcent l'admission. Un maire peut éventuellement signer une demande à titre personnel* » (40). Cette fiche ministérielle de 1991, impose donc qu'une rencontre entre l'assistante sociale et le patient ait lieu et que la décision de ce tiers, dit administratif, soit libre de toute contrainte.

La jurisprudence précise par la suite les tiers légitimes, puis contredit cette directive. Plusieurs invalidations de demande de tiers sont prononcées dans les années 1990 et 2000, rappelant que des agents hospitaliers (notamment une secrétaire médicale puis un infirmier général) ne sont pas habilités à effectuer une demande (41,42).

Le Conseil d'Etat se prononce le 3 décembre 2003 pour confirmer l'annulation d'une admission en HDT au Centre Hospitalier de Caen. La demande de tiers avait été rédigée en 1999 par un infirmier général, représentant du directeur du Centre Hospitalier général de Lisieux où la patiente avait été reçue initialement. L'infirmier général ne peut justifier l'existence de relation « lui donnant qualité pour agir ». C'est sur ce point que l'annulation de l'admission est décidée. Le Conseil d'Etat impose alors des relations entre demandeur et bénéficiaire préexistantes à la demande et résume ainsi son jugement : « *La décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* » (43). Par la suite, en 2008 et 2009, deux hospitalisations effectuées à la demande d'assistantes sociales ne justifiant pas de relations antérieures à l'hospitalisation sont invalidées, faisant référence à la jurisprudence du Conseil d'Etat de 2003 (44,45). En 2008 comme en 2009, le tribunal annule les décisions d'hospitalisations, « *en l'absence de preuve de liens personnels antérieurs à l'hospitalisation* ».

Au regard de ces jurisprudences, le tiers susceptible d'effectuer une demande d'admission doit pouvoir prouver d'une part, l'existence de « relations » ou de « liens personnels » avec le malade et d'autre part, l'antériorité de ces liens par rapport à la demande d'admission. L'appartenance ou non à une profession

n'apparaît pas comme le critère primordial, une fois le personnel soignant de l'établissement d'accueil exclu. Du fait de cette définition du tiers par le conseil d'Etat en 2003, la légitimité de la demande de l'assistante sociale des urgences est contestée.

Plusieurs rapports proposant une réforme de la loi de 1990 dénoncent la pratique d'une demande par un tiers administratif. Ces tiers sont qualifiés de « faux tiers » dans le rapport d'H. Strohl en 1997 (38). En 2004, le rapport des Inspections Générales de l'Administration, de la Police nationale et l'Inspection de la Gendarmerie Nationale (IGA, IGPN, IGN) dénonce une extension « parfois abusive » de la notion de tiers « pour prononcer coûte que coûte une hospitalisation » (46). Dans l'introduction du rapport de 2005, les auteurs indiquent avoir été sollicité par le ministère de la Santé notamment du fait de l'inquiétude des directeurs d'hôpitaux et des équipes médicales suite à la jurisprudence du 3 décembre 2003. Ces professionnels avaient rapporté leur position complexe entre impossibilité à admettre un patient en l'absence de tiers et non-assistance à personne en danger. Dans ce rapport, les Inspections générales des Affaires Sociales et des Services Judiciaires critiquent cette « conception extensive » de la législation : « *En définitive, « étaient considérés comme tiers potentiels, toutes personnes à condition qu'elle ne fit pas partie du personnel soignant de l'établissement agissant à titre personnel et ayant rencontré le malade »⁸ » (47).*

La définition de la demande de tiers sera modifiée dans la loi de 2011 et entérinera les précisions jurisprudentielles. La demande de tiers est alors caractérisée ainsi :

« Une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat » (1).

⁸ Les auteurs du rapport citent dans cet extrait un guide de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

❖ Dans la pratique

Cependant en pratique, l'hospitalisation avec la demande d'un tiers administratif perdurera jusqu'à la législation de 2011. Ainsi, J. Hugard analyse dans sa thèse de médecine, les admissions en Saône et Loire en 2003 et 2004 à partir des données recueillies par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et conclut ainsi : « *En ce qui concerne le tiers demandeur, nous observons [...] que la famille est demandeuse dans plus de deux tiers des cas. Nous remarquons en particulier dans cette étude qu'en Saône et Loire, la nette diminution du nombre d'HDT entre 2003 et 2004 s'accompagne d'un recul très sensible du nombre de demandes formulées par des tiers contestables au niveau juridique qui passe de 100 en 2003 à 67 en 2004. [...] Pourtant [...] les directeurs et personnels d'hôpital représenteraient en Saône et Loire en 2004 encore 11,5 % des tiers* ». Selon cet auteur les directeurs d'établissement ont été plus réticents à signer une demande de tiers du fait de la jurisprudence du Conseil d'Etat de 2003, mais la diminution des HDT s'est accompagnée en partie d'une augmentation des HO pour « contourner l'absence de tiers » (48). Dans cette étude, les pratiques sont non seulement en dehors de la jurisprudence mais elles sont éventuellement en dehors de la loi de 1990 puisque des personnels soignants sont signataires. Nous notons l'importance quantitative de cette pratique.

Une enquête réalisée par le Centre d'accueil permanent d'Aix en Provence à partir de questionnaires a inclus 110 patients pour lesquels une HDT était indiquée au cours d'un semestre entre 2005 et 2006. Selon cet article, sur les 99 HDT effectivement mises en place, l'entourage était absent dans 21 situations. « *L'absence de contact avec la famille et avec l'entourage peut s'expliquer par le fait que le patient n'est pas connu, qu'il est de passage dans la région ou qu'il ne donne aucune information (10 cas), que l'entourage est inexistant (6 cas), ou qu'il n'est pas joignable (5 cas). [...] Dans les cas où l'entourage est absent, ce sont les assistantes sociales (1 %) ou le cadre administratif qui effectuent la démarche* » (49). Si le nombre exact de demandes effectuées par l'assistante sociale et par le cadre administratif n'est pas précisé dans l'article, nous constatons que cette pratique de demande par un tiers administratif se poursuit, alors même que cet article est postérieur à la jurisprudence du Conseil d'Etat. L'article rappelle d'ailleurs cette situation de non-conformité avec la jurisprudence et signale avec espoir les propositions d'admission en l'absence de tiers formulées dans les rapports de modification de la loi de 1990.

Enfin, une étude réalisée au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil du Centre Hospitalier de Sainte-Anne a étudié les 1125 HDT mises en place durant le premier semestre de l'année 2010. Cette étude constatait que 7,7 % (85 patients) des demandes d'HDT avaient été réalisées par des infirmiers (50). Dans

48 % de ces cas, les patients venaient de province ou de l'étranger, dans 31 % des cas le domicile était indéterminé. Dans 56 % de ces cas, l'accord de l'entourage, joint par téléphone, était obtenu. Là encore cette pratique allait à l'encontre de la jurisprudence et possiblement de la législation⁹ de 1990. L'infirmier est un personnel soignant, cependant il n'est pas précisé dans cette étude s'il fait partie de l'établissement d'accueil. En 2010, au Centre Hospitalier de Sainte-Anne, l'admission en soins sans consentement avec un tiers illégitime a lieu dans une proportion non négligeable. La majorité de ces patients admis possède un domicile éloigné du Centre Hospitalier d'étude ou n'en possède pas. Ces patients ne sont pas « sans tiers » puisque l'accord est obtenu mais leur situation est celle d'un tiers éloigné.

Le maintien de cette pratique en dehors de la jurisprudence, voire de la loi, serait la marque d'un besoin incontournable pour la prise en charge de certains patients. D'après ces études, les patients bénéficiaires sont ceux dont l'entourage est absent pour diverses raisons, mais aussi ceux dont l'entourage est éloigné. L'écart entre législation et pratique a motivé les réflexions préparant l'introduction d'une nouvelle modalité d'admission.

❖ La protection du tiers

Dans le même temps où la jurisprudence fait évoluer la notion de tiers, du moins dans les textes, se développe un questionnement sur la protection à apporter au tiers signataire. Avec la loi du 4 mars 2002, les droits des patients sont affirmés, la communication du dossier médical est acquise. La communication du dossier d'un patient hospitalisé sous contrainte est accompagnée de mesures spécifiques : la consultation peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus du demandeur, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) est saisie et son avis s'impose. La communication au patient de la demande de tiers est questionnée à partir de cette loi de 2002, avec des avis initialement opposés entre instances législative et administrative (48). La Commission d'Accès aux Documents Administratifs, autorité administrative indépendante et consultative chargée de veiller à la liberté d'accès aux documents administratifs, formule en 2006, puis à plusieurs reprises, la directive suivante : « *Pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, la demande signée du tiers n'est pas communicable au patient, car elle révèle un comportement dont la divulgation serait susceptible de porter préjudice à son auteur* ». Cette directive est toujours en vigueur. Par cette démarche, visant à protéger le

⁹ La loi de 1990 exclut la formulation d'une demande par « *des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil* ».

tiers demandeur, ce tiers devient en quelque sorte demandeur mais non identifié, demandeur sans l'être vis-à-vis du patient (51–53).

3. L'HOSPITALISATION SANS DEMANDE DE TIERS, QUELLES PROPOSITIONS ?

La critique de ces deux pratiques - l'hospitalisation d'office en dehors de son indication et l'admission à la demande d'un tiers contestable juridiquement - est motrice pour la formulation de nouvelles propositions d'admissions en soins sans consentement.

❖ La suppression de la demande de tiers

En 1997, le groupe national d'évaluation de la loi de 1990, présidé par H. Strohl propose une évolution de la loi vers une logique résolument sanitaire et non plus sécuritaire ou d'assistance. Dans cette optique, le groupe préconise un régime unique d'hospitalisation sans consentement. L'entrée dans le régime unifié serait décidée par un arrêté préfectoral motivé sur proposition du médecin hospitalier, tandis que la sortie aurait lieu uniquement sur décision médicale. Par ailleurs, le groupe d'évaluation effectue la proposition d'une admission sans demande de tiers dans ce régime unique. Cette proposition s'appuie sur la contestation des pratiques que nous avons décrite précédemment. Au cours de l'analyse de cette proposition, le groupe de travail se questionne sur les conséquences de cette suppression de la demande de tiers : « *Il faut donc se demander si en supprimant cette demande, on écarte les proches* ». Le groupe d'évaluation répond négativement, avançant deux arguments. D'une part, le recueil d'une demande de la famille ne préjugerait pas de son investissement auprès du malade. D'autre part, le groupe met en avant la difficulté et l'ambivalence de la famille en situation de demande de soins : « *Même quand les proches étaient très sensibilisés au problème de la maladie mentale, les obliger à faire eux la demande d'hospitalisation sans consentement ne leur facilitait pas la tâche. Car pas une personne, même si elle sait ce qu'est la maladie mentale, la souffrance que représente la crise, la nécessité de soigner le malade qui refuse le soin, qui dénie sa maladie, ne peut signer une telle demande sans être ambivalente* ». Le groupe « *estime nécessaire de libérer les proches de cette injonction paradoxale de devoir faire violence à celui qu'ils veulent protéger* » (38).

En 2001 dans le rapport « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », rédigé à la demande du ministère de la Santé, les Docteurs E. Piel et J.-L. Roelandt déplorent la confusion entre dangerosité pour autrui et pour soi-même, le maintien du régime de l'hospitalisation d'office et son objectif sécuritaire, ainsi que la confusion

entre hospitalisation contrainte et obligation de soins. En conséquence, les auteurs proposent d'abroger le dispositif des hospitalisations sous contrainte et de lui substituer un dispositif d'obligation de soins. La démarche proposée est celle d'une admission pour une obligation de soins sur initiative médicale avec garantie par le contrôle de la justice. En cas d'obligation de soins, décidée à l'issue de soixante-douze heures d'observation, un nouveau certificat médical en poserait l'indication, « avec les avis souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social ». La décision serait transmise au juge qui statuerait dans les vingt-quatre heures. Dans cette proposition, la demande de tiers n'existe plus. Il persiste un « avis souhaitable » (54). Cette disparition de la demande de tiers n'est pas argumentée contrairement au rapport présenté par H. Strohl. La possibilité que l'avis soit formulé par un travailleur social reprend la pratique du tiers administratif.

Dans ces deux rapports, la suppression de la demande officielle de tiers semble consécutive à la volonté de créer une unique modalité d'admission. L'unification des modalités d'hospitalisation est sous-tendue dans ces deux propositions par une vision uniquement sanitaire de l'hospitalisation et par l'exclusion du trouble à l'ordre public comme motif d'hospitalisation.

La fusion des deux procédures d'admission est ensuite étudiée dans le rapport de 2005. Ses auteurs estiment que l'unification « ne pourrait se faire que sous l'égide du préfet », sans que cela ne soit détaillé, or ils affirment leur volonté de ne pas exclure les familles, de maintenir l'investissement des proches dans la procédure d'hospitalisation et rejettent donc cette éventualité. Les associations d'usagers, de familles, de professionnels et d'administratifs se positionnent dans ce rapport pour le maintien d'une demande de tiers (47).

❖ La création d'une nouvelle modalité d'admission

En 2003, un nouveau rapport est rédigé à la demande du ministère de la Santé, intitulé : « *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* ». Ce rapport préconise de pourvoir à la défaillance de tiers et propose qu'en cas d'urgence seulement, l'admission soit effective à partir d'un certificat médical unique rédigé par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette modalité d'admission constituerait « l'Hospitalisation Urgente ». Les dossiers des patients ayant bénéficié de cette mesure seraient examinés systématiquement par la CDHP (39).

En mai 2004, les Inspections Générales de l'Administration, de la Police nationale et l'Inspection de la Gendarmerie Nationale (l'IGA, IGPN, IGN) rendent un rapport intitulé : « *Les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement* ». Leurs auteurs contestent l'élargissement de la notion de tiers

et proposent qu'en l'absence de tiers demandeur, le juge judiciaire prononce l'obligation de soins, sur saisine du directeur de l'hôpital. Ils mentionnent le « *dilemme des proches de la personne atteinte de troubles mentaux qui se voient contraints de prendre une décision brutale à son égard, souvent traumatisante car vécue comme une trahison* ». Toutefois, le rapport précise que « *les tiers conserveraient néanmoins un rôle important dans le dispositif, afin d'éviter un encombrement brutal des tribunaux et de perpétuer une implication des familles* » (46).

Le rapport des Inspections Générales des Affaires Sanitaires et des Services Judiciaires (IGAS, IGSI) est rédigé en 2005 à la demande du ministère de la Santé. Cette mission a été initiée devant le constat de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement, notamment des procédures d'urgence et suite à l'inquiétude formulée par les directeurs d'hôpitaux et les équipes médicales après la nouvelle définition du tiers selon la jurisprudence de 2003. Les conclusions de ce rapport ont été particulièrement étudiées lors de l'élaboration de la loi du 5 juillet (55).

D'un point de vue général, les auteurs du rapport préconisent de maintenir deux procédures, à la demande d'un tiers et d'office, de dissocier l'obligation de soin de la modalité des soins et de renforcer le contrôle à posteriori du juge. L'admission débiterait par une période de soixante-douze heures d'observation et d'orientation préalable à toute hospitalisation sans consentement, dont l'initiative relèverait du directeur de l'établissement, sur la base d'un certificat médical circonstancié. A l'issue de cette période, le directeur déciderait de l'opportunité d'une obligation de soins sur « avis conforme » du médecin.

Les auteurs, sollicités directement sur la question de la demande de tiers, proposent tout d'abord de prendre en compte la jurisprudence afin de spécifier le tiers compétent pour effectuer une demande. Selon les rapporteurs, la difficulté à identifier ou à convaincre le tiers de signer une demande formelle d'hospitalisation freine l'accès au soin. Les auteurs insistent d'abord sur la difficulté pratique à trouver un tiers. De plus, la réticence des tiers à formuler une demande écrite d'admission pourrait être en partie en lien avec la crainte « de représailles de la part du malade » ou « de trop grandes souffrances ». Comme dans le rapport d'H. Strohl, les auteurs mettent en avant la complexité pour le tiers d'avoir à formuler une demande : « *La contradiction est très importante pour un proche du malade entre le souhait de permettre au patient d'être soigné, le désir d'être soulagé de cette charge et la nécessité de prendre une décision qui est intrusive pour le patient* ».

En conséquence, les rédacteurs proposent que le tiers devienne demandeur de soins et non plus d'une admission en établissement. Selon eux, « *les hésitations du tiers à faire sa demande d'hospitalisation peuvent porter sur la modalité du soin proposée et pas sur la nécessité du soin* ». Les auteurs suggèrent de distinguer la demande d'une obligation de soins qui serait formulée par le tiers et le choix des conditions de

réalisation des soins qui serait effectué par le médecin. Cette distinction « *permettrait de redistribuer les rôles entre le tiers et le médecin et repositionnerait chacun sur des responsabilités différentes* ». Il est à nouveau question ici de la place et de la responsabilité de chacun, de la famille et du médecin dans une admission en soin. Selon cette proposition, la famille demanderait une aide médicale, des soins et le médecin déciderait des modalités (il choisirait par exemple entre hospitalisation à temps plein ou prise en charge ambulatoire).

Enfin, les auteurs proposent une admission destinée à pallier à l'absence de tiers, « ou à faire face à sa réticence » : « *Dans ce cas, le directeur de l'hôpital, en possession du certificat médical, prononcerait l'admission du patient à titre conservatoire, et présenterait au procureur de la République, dans un délai contraint et par tous les moyens, une demande motivée tendant à la désignation, dans les vingt-quatre heures d'un curateur à la personne : celui-ci serait investi des pouvoirs de saisir, le cas échéant, le Juge des Libertés et de la Détention et chargé de veiller, d'une manière générale, au respect des droits et des libertés du patient* » (55).

Le critère de gravité n'existe pas dans cette proposition. Il existe une demande motivée du directeur de l'établissement, puis l'institution d'un curateur à la personne. Ces deux acteurs prennent la fonction de tiers entre patient et médecin. Dans cette proposition, la présence d'un tiers demandeur est maintenue, celui-ci est institué s'il n'était pas présent auparavant. Selon les auteurs, « *le tiers est aussi celui qui peut garantir que l'hospitalisation sous contrainte se déroule dans le respect des droits et libertés du patient* ».

❖ La demande des associations

Les associations de familles et d'usagers ont participé à la majorité des travaux permettant d'élaborer une réforme de la loi de 1990. Cependant la lecture des rapports successifs ne nous permet pas de déterminer quelle est la demande propre des associations de malades et d'usagers dans la proposition d'une admission sans demande de tiers. Nous pouvons noter que les associations de familles puis d'usagers ont été de plus en plus reconnues puis participantes dans la réflexion autour d'une réforme législative (56).

Dans « *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité* », rédigé en 2001, leur requête est principalement celle d'un partenariat entre les différents participants. Il n'existe pas alors de demande d'une facilitation de l'accès à l'hospitalisation sans consentement, mais plutôt celle de développer des alternatives à l'hospitalisation (56).

Le texte « *Le soin psychiatrique, positions et demandes des familles* », rédigé en janvier 2007, a pour vocation de consigner les positions communes de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM). Leur souhait est le maintien d'une demande du tiers et son évolution en une « demande d'intervention médicale ». A la suite de cette demande, le médecin serait ensuite responsable du choix thérapeutique parmi, par exemple, une hospitalisation, un soin ambulatoire contraint, une hospitalisation au domicile. La définition du tiers serait élargie « *en permettant, comme pour n'importe quelle urgence somatique, à toute personne de demander assistance au profit d'un malade, même s'il n'est pas un proche* ». Il n'est pas alors question d'une admission en soins en dehors d'une demande de tiers, bien au contraire (57).

Cependant, en février 2007, lors d'une conférence de presse réagissant au projet de loi de prévention de la délinquance, les associations d'usagers, de familles, de soignants et d'administratifs se prononcent pour définir le tiers selon la jurisprudence du Conseil d'Etat de 2003, pour que la demande soit une demande de soins et non d'admission en hospitalisation et enfin pour proposer une procédure d'admission sans demande de tiers. « *Le défaut de tiers correspond à deux situations : l'isolement de la personne concernée, l'absence d'accord d'une personne répondant à la qualité de tiers pour signer la demande de soins. Les organisations ont souligné que la mise en application de cette procédure devait rester exceptionnelle. [...] La proposition du ministère de la Justice – en l'absence de tiers, admission d'une personne en soins contraints sur la base d'une décision du directeur de l'établissement de santé au vu d'un certificat médical – a recueilli l'accord des organisations. [...] A tout moment, il faut laisser la possibilité qu'un tiers se déclare et requalifier alors la procédure en procédure de droit commun* ». Les signataires de cette conférence de presse proposent une vigilance spécifique de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) à l'égard de cette procédure qualifiée de « dérogatoire » (58).

D.L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent

Ce processus de réflexion autour d'une possibilité d'admission sans demande de tiers d'un patient ne pouvant consentir à des soins et ne compromettant pas l'ordre public, se concrétise avec 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 loi, entrée en application le 1^{er} août 2011, introduit une nouvelle modalité de soins psychiatriques sans consentement : l'admission en cas de péril imminent.

1. CONTEXTE D'ELABORATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

Il nous faut reprendre le contexte dans lequel cette loi a été élaborée pour poursuivre notre travail de compréhension. La construction de la loi du 5 juillet suit deux logiques distinctes selon plusieurs auteurs : d'une part une logique sécuritaire et d'autre part une volonté d'amélioration des droits des patients (49 ; (59–62).

❖ Renforcement de la sécurité publique

La préoccupation sécuritaire sociétale et politique se majore avant même que la démarche législative ne débute. Nous pouvons le constater à la lecture des différentes propositions de réforme de la loi de 1990 ou du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance de 2006 (63). En 2008, le processus de réforme de la loi de 1990 est enclenché à la demande du président de la République à la suite d'un évènement dramatique où un patient souffrant de schizophrénie tue un jeune homme inconnu alors qu'il était en fugue d'une hospitalisation d'office. Dans son allocution prononcée au Centre Hospitalier d'Antony, N. Sarkozy annonce un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, la création de quatre Unités pour Malades Difficiles et la préparation d'un projet de loi. Le président de la République annonce déjà des éléments du projet de loi : les soins ambulatoires sans consentement, « l'obligation de soins [...] effective même en cas d'absence ou de défaut de la famille », la sortie sur décision du préfet après l'avis d'un collège de trois soignants (64).

Le renforcement de la sécurité publique se traduit également par une lettre adressée aux préfets en janvier 2010 leur demandant d'évaluer les éventuelles conséquences en termes d'ordre et de sécurité publique avant d'autoriser une sortie d'essai d'HO (65).

Le projet de loi de mai 2010 explique les éléments initiateurs de la réforme de la loi de 1990 : « *Divers événements dramatiques survenus ces derniers temps attestent de la nécessité, rappelée par le président de la République, de mieux encadrer les sorties des établissements de santé et d'améliorer la surveillance de certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui* » (55).

❖ Renforcement des droits des patients

La préoccupation pour la sécurité publique a été contrebalancée par une volonté de protéger les droits des patients. De la même façon, une préoccupation sociétale et politique pour la reconnaissance puis le renforcement des droits des patients préexistait à la législation du 5 juillet 2011. Nous pouvons le constater avec les lois du 27 juin 1990, puis du 4 mars 2002. Le patient devient progressivement un usager en santé mentale qui possède des droits, notamment ceux du respect de son consentement (en dehors de situations exceptionnelles) et de l'information (66).

Cette ambition de mieux protéger le patient n'est pas présente dans le discours de N. Sarkozy, mais l'est dans le projet de loi : « *Le quatrième objectif porte sur le renforcement des droits des personnes malades et des garanties du respect de leurs libertés individuelles, rendus nécessaires par les assouplissements apportés par le présent projet en faveur de l'accès aux soins* » (55). Nous observons une logique de compensation : l'accès au soin étant facilité, il est nécessaire de majorer les garanties des droits des patients. Il s'agit également de conformer la loi française aux recommandations européennes en matière de droits des patients.

Ce renforcement des droits, quatrième et dernier objectif du projet de loi de mai 2010, devient prépondérant à la suite de la condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme et surtout de deux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (67). En novembre 2010, puis en juin 2011, le Conseil constitutionnel déclare que l'absence de contrôle par l'autorité judiciaire des hospitalisations sans consentement est anticonstitutionnel (contraire à l'article 66 de la constitution). Le Conseil impose pour le premier août 2011 la judiciarisation des procédures d'HDT et d'HO si elles se poursuivent au-delà de quinze jours (68,69). Suite à ces décisions, le projet de loi est révisé et la date d'application de la loi déterminée.

Le chapitre inaugural de la loi du 5 juillet 2011 est consacré aux « *droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* ». Dans les premiers articles sont notamment énoncés le principe premier du consentement aux soins hormis les cas prévus par la loi, la possibilité de soins ambulatoires sans consentement, l'intervention du juge des libertés et de la détention dans les 15 jours et l'obligation d'information avant chaque décision.

2. L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT

❖ Objectif et élaboration de cette modalité d'admission en soins sans consentement

L'admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) constitue le premier point d'innovation de la loi selon le gouvernement (70,71). L'« objectif prioritaire » de ce projet de loi est de lever les obstacles à l'accès aux soins. Afin de faciliter cet accès, la simplification de la procédure d'admission est envisagée (54). La modalité de soins dite « péril imminent » répond à cet objectif avec la proposition non retenue d'une admission pour toutes les hospitalisations à partir d'un seul certificat. Pour faciliter l'accès aux soins, le projet de loi propose notamment deux mesures qui seront maintenues dans la loi du 5 juillet :

- « Clarifier le rôle du tiers qui, de demandeur d'hospitalisation, devient demandeur de soins, sans avoir à se prononcer sur la modalité de ces soins [...]

- Comblent les carences du dispositif actuel par la création d'une procédure applicable en l'absence d'une demande formelle d'un tiers dans les situations médicales les plus graves ».

L'amendement de la demande d'hospitalisation vers la demande de soins est sous-tendu par la volonté de « clarifier » les places respectives du tiers et du médecin. Cela avait été proposé dans le rapport de 2005 : le tiers sollicite des soins pour son proche ; le psychiatre indique la modalité la plus adaptée, qui ne sera pas obligatoirement une hospitalisation, hormis pour les soixante-douze heures initiales. D'une part, le changement de l'intitulé de la demande est subtil. En effet, le tiers rédige pour son proche « une demande d'admission en soins au Centre hospitalier », formulation qui indique malgré tout l'hospitalisation, puis le malade est transféré pour être admis à temps plein au Centre Hospitalier du secteur. D'autre part, la modification a semblé essentiellement terminologique lors de l'observation de la pratique, nous y reviendrons dans la troisième partie.

Selon le projet de loi présenté en mai 2010, l'objectif législatif de la création de cette nouvelle modalité d'admission est de faciliter l'accès aux soins pour les patients très isolés socialement ou dont la famille est en difficulté pour demander l'hospitalisation. « Cette absence de tiers peut résulter de l'isolement social de la personne malade ou du refus des membres de sa famille ou de ses proches de prendre la responsabilité de demander les soins sans consentement » (55). Alors même que cette modalité est destinée dans l'esprit de la loi aux patients sans proche demandeur, dans le projet de loi de 2010 l'unique condition légale nécessaire et suffisante pour instaurer cette admission est le critère du péril imminent. La condition future, « l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers », n'est pas encore inscrite dans le projet (72).

La commission des Affaires sociales en mars 2011, propose de réserver l'admission en cas de péril imminent à la situation d'absence de tiers, lorsqu'il s'avère « impossible de trouver un tiers susceptible de formuler une demande ». Cependant cette même commission envisage tout de même d'utiliser cette modalité dans les situations où les patients sont « susceptibles de se retourner contre leur entourage ». La commission des Affaires sociales, formule la condition d'admission en cas de péril imminent avec ambiguïté : « *lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande* » (73). Si cette précision dans les mots peut paraître excessive, il faut noter que la formulation retenue pour le texte législatif final ouvre à de multiples situations. Il ne s'agit pas de l'absence de tiers, de l'impossibilité de le rencontrer ou de le contacter mais de l'impossibilité d'obtenir sa demande. Cette formulation sera maintenue tout au long du processus législatif et apparaît conforme au projet de loi initial. Il existe deux cas de figure sous-tendant « *l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers* » : l'isolement et la difficulté de la famille pour demander l'admission.

Il est surprenant de constater à la lecture des différents rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, que les sénateurs avaient réservé, lors de plusieurs étapes du processus législatif, l'admission en cas de péril imminent à la seule situation de l'absence de tiers et non de l'absence de demande. En avril 2011, selon le sénateur R. Lecerf, l'admission selon cette modalité est indiquée en cas de péril imminent et « *en l'absence de tiers, c'est-à-dire, comme indiqué précédemment, l'absence d'une personne « justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* » » (74). Pour les sénateurs, cette procédure a vocation à s'appliquer pour des « *personnes très isolées socialement ou confrontées à des conditions de vie très difficiles (sans domicile fixe en particulier)* » (75).

Dans le projet de loi, cette modalité d'admission, qualifiée d'exceptionnelle, est réservée aux « cas les plus graves », aux « seuls cas de péril imminent ». « *Il importe en contrepartie de veiller à ce que le recours à une telle procédure soit justifié par la gravité des conséquences d'une absence de prise en charge pour la santé du patient* » (55).

En contrepartie de cette garantie de l'accès aux soins, cette modalité simplifie la procédure d'admission. De ce fait, la modalité péril imminent est définie comme une des « situations les plus sensibles » pour les droits des patients selon le ministère de la Santé (70). A ce titre, une des missions de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est d'examiner les admissions effectuées selon cette nouvelle modalité.

❖ Définition légale de l'admission en cas de péril imminent

Selon la loi du 5 juillet 2011, l'admission en soins psychiatriques d'une personne est décidée par le directeur de l'établissement lorsque deux conditions simultanées sont réunies : le patient doit présenter d'une part des troubles mentaux qui rendent impossible son consentement et d'autre part un état mental qui 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 sous une autre forme que l'hospitalisation complète (Art L3212-1 du code de la santé publique (1)).

Ces conditions sont communes à l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), à l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'Urgence (SPDTu), à l'admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent. Le directeur de l'établissement décide l'admission au vu d'une demande présentée par un tiers et de deux certificats médicaux circonstanciés dans le cas d'une admission en SPDT selon l'article L3212-1, au vu d'une demande d'un tiers et d'un seul certificat médical, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, dans le cas d'une admission en SPDTu selon l'article L3212-3 (1) .

Aux conditions communes citées précédemment s'ajoutent deux conditions supplémentaires lors de l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent selon l'article L3212-1-II-2 : premièrement, l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers et deuxièmement, l'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne. Ce péril imminent n'est pas défini dans la loi. Il a été défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans une conférence de consensus en 2005 comme « *le risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » ou encore comme « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » (76). Les conditions supplémentaires ainsi que les conditions communes doivent être constatées par un certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Le fait que l'expertise médicale soit rédigée dans un unique certificat n'est pas nouveau. Cela était le cas pour le PV tout au long de l'application de la loi de 1838, puis pour la procédure d'HDT d'urgence de la loi de 1990, lors d'un « péril imminent » (23,34). La notion de péril imminent est en effet apparue dans la loi de 1990 sans être à l'époque définie. L'innovation du texte de 2011 et de l'admission en SPPI est que la rédaction de l'unique certificat est réservée à un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

L'admission d'un patient selon la modalité péril imminent alors que la famille s'y oppose n'est explicitement envisagée ni dans les rapports proposant une réforme de la loi de 1990, ni dans le projet de loi, ni dans les débats parlementaires. Néanmoins la formulation imprécise des conditions d'instauration d'une admission

en cas de péril imminent le permet. La direction des affaires juridiques de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris paraît faire cette lecture de « *l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers* » et évoque l'utilité de cette modalité en cas « *refus manifeste de l'entourage* » (77,78).

La possibilité pour le médecin de s'opposer à la volonté du tiers et de maintenir les soins hospitaliers, en l'absence de trouble à l'ordre public et en cas de péril imminent, est clairement énoncée dans l'article L3212-9 de la loi de 2011 : « *Le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande [de levée de la mesure] lorsqu'un certificat médical [...] établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient* » (1).

3. DE NOUVEAUX TIERS ? LE JUGE, LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

❖ La place du juge

Il faut garder à l'esprit qu'une des grandes nouveautés de cette loi est l'introduction du contrôle judiciaire de l'ensemble des admissions sans consentement. Cette judiciarisation discutée depuis la loi de 1838, espérée par les associations de patients, de psychiatres et de familles, s'est imposée au législateur pour maintenir une conformité constitutionnelle.

Le Juge des Libertés et de la Détention porte un regard extérieur sur la mesure d'hospitalisation avant le quinzième jour d'hospitalisation. En cela, au-delà du débat sur sa compétence pour juger de la forme ou du fond, le juge par sa présence constitue un tiers entre le médecin et le patient (79).

❖ La place du directeur de l'établissement

D'après le projet de loi de mai 2010, « *la nouvelle rédaction de l'article L. 3212-1 identifie le directeur de l'établissement comme auteur de la décision d'admission en soins sans consentement* » (55). Cette proposition est maintenue dans la loi du 5 juillet et le directeur devient celui qui décide et non plus celui qui prononce l'admission. Nous constatons également que la condamnation d'un directeur d'établissement en cas d'absence d'admission dans l'établissement a disparu de la législation (1). Cependant la capacité réelle de décision paraît factice : « *Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète* » (Art L3212-4 (1)). A notre connaissance, la

possibilité de décision du directeur de l'établissement, qui se manifesterait par un refus d'admission, n'a jamais été utilisée en pratique.

Les différents projets de la loi de 2011 n'expliquent pas l'intention à l'œuvre dans ce positionnement nouveau pour le directeur. Cette place d'auteur de la décision d'admission était déjà perceptible dans le rapport de 2005 proposant une réforme de la loi de 1990. Selon ces propositions, la « *décision d'admission [est] prise par le directeur de l'hôpital* » sur avis conforme du médecin. Des éléments de compréhension émergent dans le discours de N. Sarkozy à Antony. Le président de la République de l'époque souhaite une place de « patron » pour le directeur de l'hôpital psychiatrique « *qui a le pouvoir de dire oui, de décider et d'agir* » et qui « *est responsable* ». Dans ce texte, le médecin possède une place d'expert. Une volonté identique de confier la « pleine responsabilité de l'établissement de santé » au directeur est présente dans la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » (HPST). Les pouvoirs et l'autonomie du chef d'établissement sont alors renforcés dans cette loi promulguée en 2009 (10).

Dans la loi de 2011, le législateur a vraisemblablement voulu que le directeur partage la responsabilité de l'admission en soins psychiatriques sans consentement au moyen de cette capacité décisionnelle. En pratique, le pouvoir décisionnel du directeur d'établissement dans ces admissions apparaît actuellement bien illusoire.

Selon la direction des affaires juridique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, le directeur est « lié » aux certificats et avis médicaux. Dans son texte « *le mémento à destination des administratifs de garde* », la compétence décisionnelle du directeur de l'établissement est distinguée de celle du préfet dans le cadre des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE) par ce lien aux décisions médicales (78).

En novembre 2013, suite à une requête du Centre de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie (CRPA), le Conseil d'Etat est allé dans le sens de cette capacité décisionnelle et a indiqué que la décision du directeur devait « *désormais être formalisée et motivée* » (80). Il n'y a pas eu d'inscription législative à ce jour, cependant, les pratiques ont été modifiées à la suite de cette jurisprudence. Pour exemple, au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, le directeur de l'établissement transmet par écrit sa décision d'admission au juge et la motive en citant les médecins rédacteurs des certificats médicaux.

Par ailleurs, le directeur d'établissement s'est vu confié dans la loi du 5 juillet le devoir d'informer les proches du patient admis en SPPI dans un délai de vingt-quatre heures.

4. DES REACTIONS A CETTE NOUVELLE MODALITE D'ADMISSION VERS LA FORMULATION DE NOTRE PROBLEMATIQUE

❖ Evolution des opinions sur cette modalité

Au moment du projet de loi, un communiqué de l'UNAFAM et de ses partenaires (10 organisations de psychiatres et soignants, 4 syndicats d'administratifs, les usagers de la Fédération Nationale des Associations d'usager en Psychiatrie (FNAPSY)) fait état de leurs satisfactions vis à vis de certaines propositions et notamment d'une possibilité dérogatoire d'admission en cas de péril imminent, y compris en l'absence de tiers, sous réserve de « garanties renforcées » pour les patients concernés (81). Dans un communiqué intersyndical du 6 mai 2010, cinq organisations de psychiatres approuvent « *la possibilité d'engager des soins sans consentement en l'absence provisoire de tiers* » (82). Seul B. Odier, au nom de la Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement des Hôpitaux Psychiatriques Privés participant au Service Public Hospitalier, se questionne dans une tribune de lecteurs sur « l'effacement du tiers ». Reflet d'une dilacération des liens sociaux, cette disparition de la demande de tiers s'accompagnera selon l'auteur d'une majoration de la responsabilité des médecins, qui décideront seuls puisqu'ils le peuvent, et d'une augmentation du nombre de soins contraints (83). Ce texte fait figure d'exception au moment de l'élaboration de la loi, la majorité des acteurs semble d'accord sur l'introduction de cette modalité d'admission.

Lors de nos recherches, le silence initial autour de cette nouvelle procédure d'admission nous a impressionnée. Les écrits de 2011 sur la loi du 5 juillet critiquent la manière urgente de réformer et le climat sécuritaire sous-jacent. L'introduction soudaine du contrôle du juge bouleverse le fondement des compétences supposées en matière d'hospitalisation sans consentement. Les modalités pratiques de la mise en place de l'audience du juge sont abondamment discutées par les psychiatres comme par les intervenants du monde judiciaire. L'introduction d'une possibilité de soins ambulatoires est questionnée comme reflétant une idéologie sécuritaire. Mais si l'admission en soins psychiatriques en l'absence de tiers en cas de péril imminent est citée, décrite, cette modalité d'admission et ses conséquences potentielles sont peu interrogées (60,62,84–88).

Le questionnement apparaît ensuite, avec la mise en pratique de cette possibilité d'admission.

La première des inquiétudes a concerné la fréquence d'utilisation de l'admission en cas de péril imminent. Au début de nos recherches, deux ans après l'application de la loi du 5 juillet 2011, deux estimations quantitatives étaient disponibles.

La première provenait d'une étude réalisée durant les trois mois suivants l'application de la loi du 5 juillet 2011, publiée par la CDSP du Nord (89). La modalité péril imminent était alors utilisée pour une admission par jour en moyenne dans la région Nord-Pas-de-Calais. L'étude mettait en évidence l'importante fréquence de personnes sans domicile fixe chez les bénéficiaires de cette mesure (17 %). Cependant, cette étude n'effectuait pas de comparaison avec les autres modalités d'admission en soins sans consentement et ne fournissait donc pas la proportion d'admissions en SPPI par rapport aux autres modalités de soins. L'étude était effectuée sur une durée courte (trois mois) peu de temps après la mise en œuvre de la loi et sur un faible échantillon (92 admissions en SPPI).

La seconde, une approximation, nous était fournie par le député D. Robiliard après l'audition des syndicats de psychiatres en 2013. Selon eux, la modalité péril imminent aurait rapidement pris une place importante dans le dispositif d'admission et représenterait alors 20 % des entrées en soins (3). Une telle proportion d'admissions en cas de péril imminent parmi les admissions sans consentement situe alors notre objet d'étude en dehors de « l'exceptionnel » pensé par la loi.

La constatation dans la pratique quotidienne d'une utilisation fréquente de cette mesure a questionné les différents acteurs en psychiatrie : pourquoi un tel engouement pour l'utilisation de cette mesure ?

La possibilité d'une accélération, ou d'une simplification de la procédure d'hospitalisation est interrogée dans les écrits législatifs ou psychiatriques. L'objectif d'accès facilité aux soins de cette nouvelle modalité d'admission serait alors surpassé. Cette inquiétude est présente dans le projet de réforme législative de 2013 : « *Tout en respectant les formes prescrites par la loi, il n'est toutefois pas exclu qu'un certain nombre d'admissions en soins sans consentement, qui aurait pu faire intervenir un tiers dans le dispositif antérieur, soient désormais prises selon la procédure de péril imminent, afin de pallier la réticence des tiers potentiels ou de simplifier l'admission dans un contexte d'urgence* » (3). P. Meyer, psychiatre, s'interroge ainsi en 2013 : « *Nous nous inquiétons du nombre de plus en plus croissant des demandes d'hospitalisations en péril imminent qui, si elles peuvent effectivement se justifier dans certaines situations de vraie absence de tiers, sont souvent utilisées pour accélérer le processus d'orientation à partir des urgences en faisant l'économie d'un échange quasi pédagogique avec le tiers pour l'amener de façon éclairée à assumer une responsabilité de substitution salutaire à l'égard de la personne en situation de souffrance et de danger* » (90).

Ces deux citations nous amènent vers un autre point discuté dès le rapport Strohl : l'absence de demande de tiers conduit-elle au désengagement des familles ? Cette interrogation avait été identifiée, sans pour autant être discutée, au cours de l'élaboration de la loi de 2011 par la sénatrice M. Dini : « *Toutefois, il faudra veiller à ce que les familles ne cherchent pas systématiquement à utiliser cette procédure pour éviter qu'il soit fait état de leur demande* » (91).

Enfin, il existe un questionnement sur la responsabilité du psychiatre dans cette modalité d'admission. Ainsi le Docteur M.C. Cabié s'interroge en mars 2013 : « *Dans le cas de péril imminent, lorsque la famille a été contactée mais refuse de signer la demande de soins sous contrainte, le psychiatre est placé devant un dilemme difficile : doit-il être poursuivi pour non-assistance à personne en danger ou pour hospitalisation abusive ? Il faudrait que la loi puisse répondre* » (92).

❖ **Non-assistance à personne en danger ?**

L'infraction questionnée par les psychiatres dans la situation de refus de la famille d'une admission indiquée médicalement est celle de la non-assistance à personne en danger, ou en péril selon la loi. L'étude historique indique que plusieurs acteurs du soin psychiatriques ont été placés dans cette situation de dilemme auparavant : le chef d'établissement en 1838 face aux demandes d'admission en soins libres, le directeur de l'établissement à la suite de la jurisprudence du Conseil d'Etat de 2003. Il est alors frappant de mettre le questionnement du Docteur M.-C. Cabié en parallèle avec celui des directeurs d'hôpitaux en 2003 : « *Certains directeurs d'hôpitaux ont regretté cette jurisprudence, en ce qu'elle les laisserait dans une situation de dilemme, entre l'impossibilité d'établir des demandes d'hospitalisation - et donc d'hospitaliser à la demande de tiers, faute de tiers - et la non-assistance à personne en danger* » (47).

La non-assistance à personne en danger est une infraction pénale, punissable d'une sanction et régie par le code pénal : « *Sera puni [...] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* » (93).

D'après l'analyse juridique de cet article (94,95), des conditions préalables à la constitution de l'infraction sont nécessaires :

- Qu'un péril grave menace la personne. Le péril doit être incontestable et imminent, menacer l'intégrité physique et nécessiter une intervention immédiate ;
- Qu'un secours peut être apporté à cette personne de la part du prévenu ;
- Que ce secours puisse être porté sans risque pour le prévenu ou pour des tiers.

Ensuite il faut des éléments constitutifs de l'infraction :

- L'élément légal présent dans l'article 223-6 ;
- L'élément matériel : que le prévenu se soit abstenu ;
- L'élément moral : que cette abstention ait été volontaire.

Nous constatons tout d'abord que la notion de péril est partagée entre l'admission en SPPI et cette infraction. Nous pourrions envisager que la définition présentée, construite avec la jurisprudence, puisse éclairer celle de la Haute Autorité de Santé.

Les conditions préalables paraissent réunies : le psychiatre a le pouvoir légal et médical d'instaurer, dans une situation de péril imminent, une admission non consentie ni le patient ni par son entourage. L'absence de risques se questionnerait probablement parfois, des psychiatres évoquant la possibilité de violence dans ces situations, nous le verrons dans la troisième partie. Cependant, l'élément matériel de l'infraction ne nous paraît pas constitué dans les situations de sorties accompagnées par la famille avec la mise en place de soins alternatifs, même s'ils semblent inadéquats au psychiatre. Il ne s'agit pas d'une abstention dans ce cas. Une analyse juridique spécialisée serait toutefois nécessaire pour mieux répondre à cette question.

❖ **Formulation de notre problématique**

Avec cet historique, nous constatons que la loi intervient postérieurement aux modifications de la pratique. La demande de soins exprimée par la famille s'est d'abord officialisée sous forme de requêtes d'une lettre de cachet et d'une sentence d'interdiction avant d'être légiférée en 1838. Avec cette première loi de psychiatrie, la famille a été détachée de la gestion des troubles à l'ordre public pour laquelle le pouvoir administratif est devenu primordial. La famille est à l'initiative du Placement Volontaire, celle du médecin auxiliaire dans la décision d'admission. Trois autorités sont instituées : administrative, familiale et médicale.

De façon identique, la loi de 1990 affirme la règle de l'hospitalisation libre et de la primauté du consentement du patient alors que la pratique avait évolué dans ce sens depuis de nombreuses décennies. La place du patient comme demandeur de son soin est affirmée. Le patient ne pouvant consentir est placé en exception, admis selon des modalités qui restent similaires à celles élaborées dans la loi de 1838 : l'hospitalisation d'office lors de troubles à l'ordre public et l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

La loi de 2011 prend en compte les difficultés pour admettre un patient ne pouvant consentir, non entouré par un tiers demandeur et ne compromettant pas l'ordre public. Sur ce point, la réforme de 2011 s'appuie

sur la contestation des pratiques qui permettaient depuis la première loi de 1838 d'admettre ce patient : le placement puis l'hospitalisation d'office et l'admission à la demande d'un tiers dit administratif. Face à ces pratiques discutables, la loi du 5 juillet inscrit la définition du tiers qui s'est élaborée avec la jurisprudence et introduit cette nouvelle modalité péril imminent. Lors de cette procédure d'admission, la demande officielle de la famille n'existe plus. L'équilibre des autorités en place dans la décision de soins sans consentement est remanié pour la première fois depuis 1838. Un questionnement immédiat peut apparaître : quelle sera la place de la famille dans ces admissions ?

Dans le projet de loi, l'admission en cas de péril imminent, est réservée aux situations exceptionnelles, destinée à la fois aux patients isolés mais aussi à ceux dont la famille est en difficulté pour faire une demande. La rédaction dans la loi du 5 juillet 2011 de la première condition d'admission - « *il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers* » - permet la double indication du projet de loi.

La satisfaction de l'ensemble des acteurs qu'une modalité réponde aux difficultés d'hospitalisation du patient isolé, a précédé l'expression d'inquiétudes. La fréquence importante de l'utilisation de cette mesure questionne les situations dans lesquelles une admission selon cette modalité est instaurée.

Un éventuel désengagement de la famille, une possible accélération du processus d'admission sont envisagés comme conséquences néfastes de l'introduction de cette nouvelle modalité. Confronté à ces craintes, le psychiatre semble interroger son rôle vis-à-vis de la famille et vis-à-vis du contexte d'urgence dans la décision d'admission en soins en cas de péril imminent. Nous revenons alors à notre problématique initiale : dans quelle mesure la modalité péril imminent questionne-t-elle les places respectives de la famille et du psychiatre dans la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ?

Pour poursuivre notre recherche de l'influence dans la pratique psychiatrique de l'introduction de la cette modalité, nous présenterons en deuxième partie une analyse quantitative des admissions sans consentement dans le Rhône. Constatant la double indication de notre modalité d'étude, nous rechercherons les caractéristiques sociodémographiques des patients bénéficiaires de cette procédure d'admission, tentant ainsi de décrire ces patients. Nous comparerons leurs caractéristiques sociodémographiques à celle des patients admis en SPDRE, en SPDT, et en SPDTu.

PARTIE II : ÉTUDE QUANTITATIVE

L'UTILISATION DE LA MODALITE PERIL IMMINENT DANS LE RHONE

A. Matériel et méthode

❖ Objectif

L'objectif de cette recherche est de décrire l'utilisation de la modalité d'admission péril imminent et le profil sociodémographique de ces patients par rapport aux autres modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

❖ Hypothèses

Deux hypothèses ont été formulées :

- L'admission en cas de péril imminent est utilisée selon une proportion croissante parmi les admissions en soins psychiatriques sans consentement depuis l'application de la loi.
- Les caractéristiques sociodémographiques des patients diffèrent en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement.

Pour décrire l'utilisation de cette modalité légale d'admission et répondre à ces hypothèses, nous avons tout d'abord comparé le nombre d'admissions selon la modalité péril imminent aux autres modalités, puis observé l'évolution de ce nombre d'admission. Enfin, la modalité péril imminent a été décrite grâce à l'étude des caractéristiques sociodémographiques des patients bénéficiant de cette mesure et comparée aux autres modalités les plus fréquentes (SPDRE, SPDT et SPDTu).

❖ Population d'étude

L'ensemble des mesures de soins sans consentement mises en place entre les années 2009 et 2012 ont été étudiées selon leur modalité légale d'admission dans chacun des trois centres hospitaliers accueillant les patients hospitalisés sans leur consentement dans le département du Rhône. Ces trois établissements sont les deux Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) de Saint-Cyr-au-Mont-D'or et du Vinatier ainsi que le Centre hospitalier de Saint Jean de Dieu, établissement de santé privé d'intérêt collectif assurant les missions de service public de psychiatrie de secteur.

Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques des patients admis en SPDRE, SPDT, SPDTu et SPPI entre le 1 janvier 2012 et le 31 décembre 2012 dans ces centres hospitaliers. Les patients pour lesquels au moins une mesure de soins sans consentement en SPDRE, SPDT, SPDTu et SPPI a été initiée au cours de l'année 2012 ont été inclus dans l'étude.

Les mineurs âgés de moins de 18 ans ont été exclus de la population de l'étude, leur hospitalisation n'étant pas soumise à l'hospitalisation sur décision du directeur de l'établissement.

Les patients admis en Soins psychiatriques en cas d'Irresponsabilité Pénale (SIP) et les patients admis en Soins Psychiatriques pour Détenus (SPD) n'ont pas été étudiés pour la troisième partie de l'étude.

❖ Méthode d'investigation

Les rapports d'activité de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) (nommée Commissions Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) avant la loi de juillet 2011) ont été recueillis. Les rapports des années 2009 à 2012 nous ont été transmis par Mme K. Lecomte, référente psychiatrie et santé mentale au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes. Chaque rapport d'activité recense les nouvelles mesures de soins psychiatriques sans consentement de l'année.

Ensuite, une étude descriptive rétrospective a été effectuée à partir de l'extraction des données statistiques recueillies habituellement par les Départements d'Information Médicale (DIM) au sein des trois Centres Hospitaliers du Rhône. L'extraction des données a été réalisée par les DIM dans les dossiers médicaux informatisés. Le recueil du nombre d'admissions en soins psychiatriques dans les trois Centres Hospitaliers a été extrait à partir des logiciels de gestion des hospitalisations.

Les hospitalisations instaurées au cours l'année 2010 et jusqu'à la mise en application de la nouvelle loi, le 1^{er} août 2011, ont été recueillies selon l'ancienne dénomination :

- Hospitalisations d'Office (HO) (articles L3213-1, L3213-2 et L3213-6) ;
- Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) (L3212-1) ;
- Hospitalisations à la Demande d'un Tiers d'urgence (HDTu) (L3212-3) ;
- Hospitalisations en cas d'irresponsabilité pénale (L3213-7) ;
- Hospitalisations pour les détenus (L3214-3 et D398) ;
- Le nombre total d'hospitalisations permet de calculer le nombre d'Hospitalisations Libres (HL).

Puis à partir du 1 août 2011, a été recueilli le nombre d'admissions en :

- Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE) (L3213-1, L3213-2 et L3213-6) ;
- Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) (L3212-1) ;
- Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'urgence (SPDTu) (L3212-3) ;
- Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) (L3212-1-II-2) ;
- Soins psychiatriques en cas d'Irresponsabilité Pénale (SIP) (L3213-7 et 706-135) ;
- Soins Psychiatriques pour les Détenus (SPD) (L3214-3 et D398) ;
- Le nombre total d'admissions permet de calculer le nombre d'admissions en Soins Libres (SL).

L'évolution du nombre d'admissions selon ces différentes modalités a été étudiée par trimestre du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2012.

Dans la troisième partie de notre recherche, la mesure de soin péril imminent a été caractérisée en nous concentrant sur l'année 2012 uniquement. Les modalités légales SPDRE, SPDT, SPDTu et SPPI ont été caractérisées par l'étude des données sociodémographiques des patients admis au moins une fois en soins selon ces différentes modalités légales.

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes ont été extraites du Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), selon les critères suivant :

- Le sexe du patient ;
- L'âge ;
- L'existence d'une mesure de protection juridique (tutelle/curatelle) ;
- L'existence d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- La situation familiale : patient isolé (« seul » ou « seul avec enfant ») ou non (« chez ses parents », « chez un de ses deux parents », « en couple sans enfant », « en couple avec enfant », « dans de la famille ou chez des proches », « en famille d'accueil » ou « en institution ») ;
- Le domicile : stable (« logement stable») ou précaire (« logement précaire », « sans abri » ou « hôpital sans logement à la sortie »).

La modalité légale de soins sans consentement a été décrite en détaillant les caractéristiques sociodémographiques de tous les patients admis au moins une fois selon une modalité. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année 2012 selon une même modalité légale n'a été étudié pour ses caractéristiques sociodémographiques qu'une seule fois. Ce type d'étude permet de caractériser la modalité sans la fausser par des admissions itératives d'un même patient. Lorsqu'un même patient a été hospitalisé selon plusieurs modalités différentes en 2012, ses caractéristiques ont été prises en compte pour caractériser chaque modalité de soins.

Deux informations supplémentaires ont été extraites par les DIM des trois établissements pour les mesures étudiées.

Il s'agit tout d'abord du diagnostic principal. Celui défini le plus tardivement au cours de l'année 2012 a été recueilli. Le diagnostic établi en fin de prise en charge nous paraissait le plus pertinent. Par cette méthode de recueil, un seul diagnostic principal par patient a été extrait informatiquement. Ce diagnostic est venu caractériser le patient et non l'admission. L'analyse a été effectuée centrée sur le patient, comme pour les

caractéristiques sociodémographiques. Le diagnostic a été étudié en utilisant les grandes catégories de la CIM 10. Du fait de la fréquence de ce diagnostic, la schizophrénie (F20) a été individualisée.

Enfin, la durée de la mesure légale de soins sans consentement a été extraite. Pour cette dernière donnée, l'étude a été centrée sur la mesure. La durée est une donnée qui définit l'admission en soins et non le patient admis. Chaque admission en soins a été étudiée afin de caractériser les différentes modalités légales d'admission et de tenter si possible de les distinguer.

❖ **Autorisation**

Une autorisation a été demandée auprès du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS). L'avis favorable est présenté en annexe.

Le recueil de données nominatives, la procédure d'anonymisation, la sécurité dans la circulation et dans l'usage des données ont été justifiés auprès de cette instance.

Une dérogation à l'information du patient du fait du caractère rétrospectif de cette étude et de la complexité de la mise en œuvre de l'information des patients a été sollicitée. En effet, il s'agissait dans cette étude de l'utilisation de données recueillies de manière systématique lors de l'admission du patient. Cette recherche a porté sur des patients hospitalisés entre le 1^{er} août 2010 et le 31 décembre 2012 qui n'étaient plus, en très grande majorité, hospitalisés dans les établissements, ce qui rendait techniquement difficile l'information des patients.

❖ **Méthode d'analyse des données**

L'ensemble des données ont ensuite été traitées à notre domicile ou au sein de l'Espace Météore de l'hôpital Saint Jean de Dieu avec l'aide de Mme P. Faure, responsable de ce service. L'Espace Météore est destiné à faciliter la recherche hospitalière, clinique et épidémiologique en psychiatrie.

Des analyses statistiques descriptives simples ont été effectuées à partir des données. Les tests statistiques utilisés sont des comparaisons de moyenne et des tests du χ^2 .

Les effectifs ayant permis les représentations graphiques sont disponibles en annexe.

B. Résultats

1. MESURES D'ADMISSIONS SANS CONSENTEMENT DANS LE RHONE ENTRE 2009 ET 2012

A partir des données de la CDSP du département du Rhône, le nombre de mesures de soins sans consentement en fonction de la modalité légale d'admission est présenté dans ces 3 tableaux. La proportion de chaque modalité légale parmi l'ensemble des hospitalisations sans consentement a été calculée.

❖ En 2009

Modalité légale d'admission	Nombre de mesures	Répartition parmi les HSC en pourcentage
Hospitalisations Sans Consentement (HSC)	2460	100 %
HO	378	15,4 %
Irresponsabilité pénale	10	0,4 %
Hospitalisation pour les détenus	34	1,4 %
HDT	1499	60,9 %
HDTu	539	21,9 %

Tableau 1 : Mesures d'hospitalisations sans consentement en fonction de la modalité légale dans le Rhône en 2009

❖ En 2010

Modalité légale d'admission	Nombre de mesures	Répartition parmi les HSC en pourcentage
Hospitalisations sans consentement	2502	100 %
HO	418	16,7 %
Irresponsabilité pénale	14	0,6 %
Hospitalisation pour les détenus	110	4,4 %
HDT	1476	59 %
HDTu	484	19,3 %

Tableau 2 : Mesures d'hospitalisations sans consentement selon la modalité légale dans le Rhône en 2010

A partir de ces données de 2009 et 2010, nous observons la stabilité du nombre total d'hospitalisations sans consentement. Il existe une très faible augmentation de 1,7 % du nombre total d'hospitalisations sans consentement, ce qui correspond à 42 hospitalisations supplémentaires. De la même façon, la part des HDT parmi les hospitalisations sans consentement tout comme leur nombre restent stables entre les années 2009 et 2010.

Cependant la répartition des hospitalisations sans consentement en fonction de la modalité légale d'admission est modifiée pour certaines mesures.

En effet, le nombre d'hospitalisations pour les détenus augmente. La CDSP explique cette augmentation très importante, qui représente 76 hospitalisations supplémentaires, par l'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) au cours de l'année 2010.

Par ailleurs, nous notons une augmentation de la part des HO parmi les hospitalisations sans consentement. Le nombre d'HO augmente de 10,6 %, soit 40 HO supplémentaires.

Enfin, la part et le nombre d'HDTu diminue. La diminution du nombre d'HDTu est de 10,2 %, soit 55 hospitalisations en moins par rapport à l'année 2009.

❖ En 2011

Les chiffres de l'année 2011, ne permettent pas d'effectuer des analyses. En effet, il n'y a pas eu de comptage séparé des mesures, pourtant régies par deux lois différentes au cours de cette année 2011. Ainsi, les HDT d'urgence, selon la loi de 1990, les SPDT d'urgence et les admissions en cas de péril imminent sont trois modalités de soins sans consentement qui ont été comptabilisées ensemble par la CDSP au cours de l'année 2011.

Depuis la loi du 5 juillet 2011 une des missions de la CDSP est l'étude des mesures de soins en cas de péril imminent. Encore à l'heure actuelle, il persisterait des difficultés pour traiter les données concernant la modalité péril imminent au sein de la CDSP du Rhône, toutefois dans une moindre mesure qu'en 2011. L'ARS évoque des difficultés techniques et un manque de personnel ne permettant pas l'identification et le traitement séparé des dossiers de péril imminent dans le but de les soumettre à la CDSP. A notre connaissance, il n'y a pas eu de nouvelles communications d'une des CDSP de France depuis l'étude, précédemment citée, réalisée trois mois après la mise en application de la loi.

❖ En 2012

Modalité légale d'admission	Nombre de mesures	Répartition parmi les HSC en pourcentage
Hospitalisations sans consentement	2969	100 %
SPDRE	307	10,3 %
Irresponsabilité pénale	15	0,5 %
Soins psychiatriques pour les détenus	166	5,6 %
SPDT	1399	47,1 %
SPDTu	492	16,6 %
SPPI	590	19,9 %

Tableau 3 : Mesures d'admissions en soins psychiatriques sans consentement selon la modalité légale dans le Rhône en 2012

Le nombre d'admissions en soins psychiatriques sans consentement augmente de 18,7 % entre 2010 et 2012, ce qui représente 467 admissions supplémentaires. L'ampleur de cette augmentation contraste avec la stabilité du nombre d'hospitalisations entre 2009 et 2010.

Notre seconde observation concerne la modalité de soins péril imminent. Celle-ci est utilisée dès l'année 2012 avec 590 admissions en soins prononcées selon cette modalité légale. **Les admissions en cas de péril imminent représentent 19,9 % des mesures de soins sans consentement mises en place dans le département du Rhône au cours de l'année 2012.** Cette procédure d'admission représente 23,8 % des admissions en soins décidées par le directeur de l'établissement (SPDT, SPDTu et SPPI).

Ce pourcentage d'admissions en SPPI parmi les admissions décidées par le directeur de l'établissement est supérieur à celui des hospitalisations effectuées avec un tiers administratif parmi les HDT. Même si nous manquons de données puissantes et fiables, nous avons cité précédemment cette étude effectuée en 2010 aux urgences de l'APHP à propos de 1125 HDT. Dans cette étude, 7,7 % des HDT avaient été mises en place avec un tiers administratif ou soignant. Ainsi, l'admission en SPPI serait plus fréquemment utilisée que ne l'était l'hospitalisation au moyen d'un tiers administratif.

Le nombre de SPDRE diminue de 26,6 %, ce qui représente 111 SPDRE en moins en 2012 par rapport à l'année 2010. Nous pouvons alors nous remémorer que l'utilisation de cette modalité d'admission avait augmenté entre les années 2009 et 2010, cependant de façon moins importante. La part de cette modalité parmi les hospitalisations sans consentement diminue, passant de 16,7 % à 10,3 %.

La part des SPDT parmi les admissions sans consentement diminue fortement, de 59,0 % à 47,1 %. Cependant le nombre d'admissions selon cette modalité diminue de façon moins importante. Le nombre de SPDT diminue de 5,2 %, ce qui correspond à 77 admissions de moins en 2012 par rapport à 2010.

Si la part des SPDTu parmi les admissions sans consentement diminue (de 19,3 % à 16,6 %), cette mesure est en fait utilisée de façon plutôt stable. Il existe une faible augmentation du nombre d'admissions en SPDTu de 1,6 % entre les années 2010 et 2012, ce qui représente seulement 8 admissions supplémentaires.

Enfin, le nombre de SPDRE pour la population des détenus augmente de 50,9 %, soit 56 admissions supplémentaires, entre 2010 et 2012. Nous pouvons évoquer l'influence de la mise en fonctionnement progressive des 3 unités de l'UHSA.

La répartition des admissions sans consentement dans le Rhône et son évolution entre les années 2010 et 2012 en fonction de la modalité légale d'admission peut être visualisée grâce à ces graphiques :

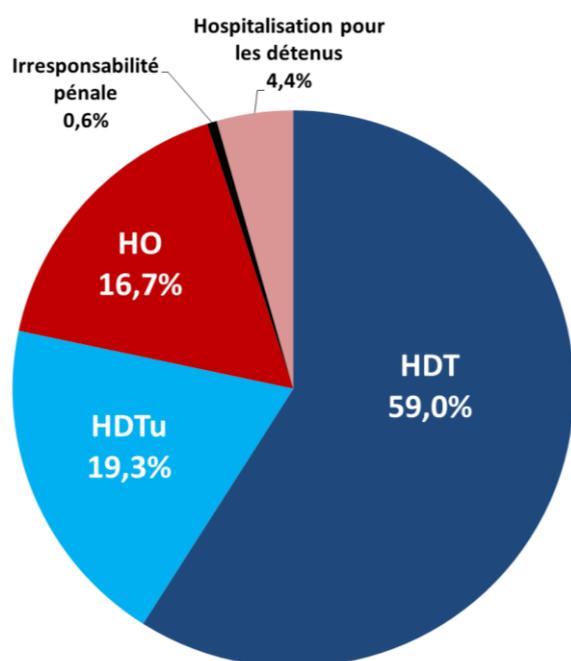


Figure 1 : **Répartition des hospitalisations** sans consentement selon la modalité légale **dans le Rhône en 2010**
 Nombre total de mesures : 2502

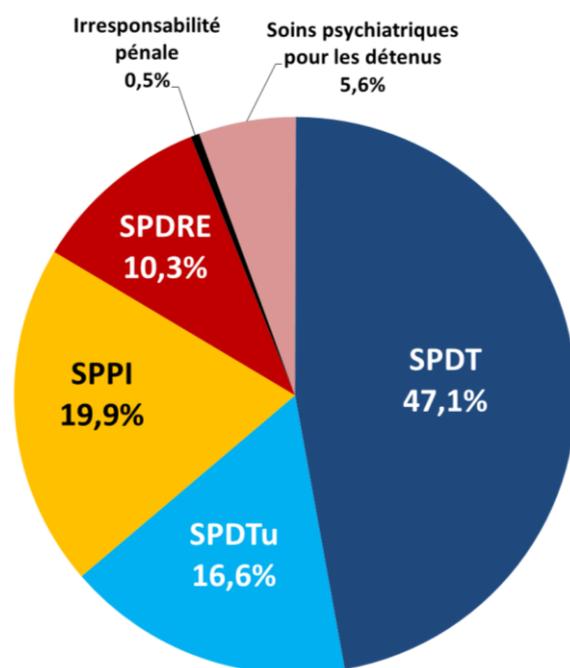


Figure 2 : **Répartition des admissions** en soins psychiatriques sans consentement selon la modalité légale **dans le Rhône en 2012**
 Nombre total de mesures : 2969

La répartition selon la modalité légale d'admission est profondément modifiée entre les années 2010 et 2012, notamment en lien avec l'apparition de la modalité péril imminent.

Nous retenons de ces données, tout d'abord l'utilisation importante de l'admission en cas de péril imminent dès l'année 2012. Dans le Rhône, cette modalité de soins représente un peu moins de 20 % des admissions en soins psychiatriques sans consentement. Ce chiffre est identique à celui rapporté en 2013 par le législateur après avis des syndicats de psychiatres (3). Par ailleurs, tout en notant la diminution de la part des trois modalités légales principales parmi l'ensemble des admissions sans consentement, nous constatons l'importance de la diminution de l'utilisation de la modalité SPDRE, en nombre brut d'admissions et en pourcentage de diminution. Forte de cette constatation et de l'histoire de l'admission sans demande de tiers, la possibilité que certains patients auparavant hospitalisés en hospitalisation d'office, soient admis depuis la nouvelle loi selon la modalité péril imminent a été questionnée. L'analyse plus précise de l'évolution du nombre d'admissions sans consentement entre 2010 et 2012 dans les différents établissements du Rhône nous a permis de poursuivre cette interrogation et d'affiner ces constatations.

2. EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS SELON LA MODALITE LEGALE ENTRE 2010 ET 2012

❖ Evolution trimestrielle du nombre d'admissions au Vinatier et à Saint-Cyr-au-Mont-D'Or

Ces graphiques présentent le nombre d'admissions en soins libres, sans consentement, puis selon la modalité légale en fonction du temps pour les CHS du Vinatier et de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. L'évolution a été étudiée trimestriellement entre 2010 et 2012 (le trimestre est abrégé par T).

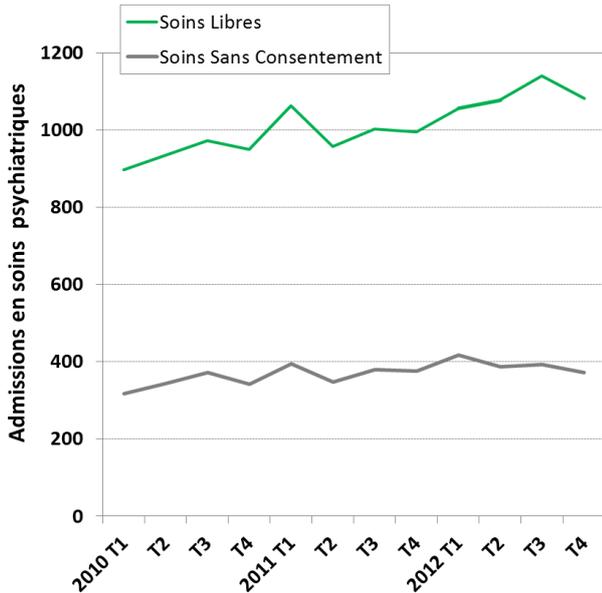


Figure 3 : Evolution du nombre d'admissions en soins psychiatriques au CHS du Vinatier entre 2010 et 2012

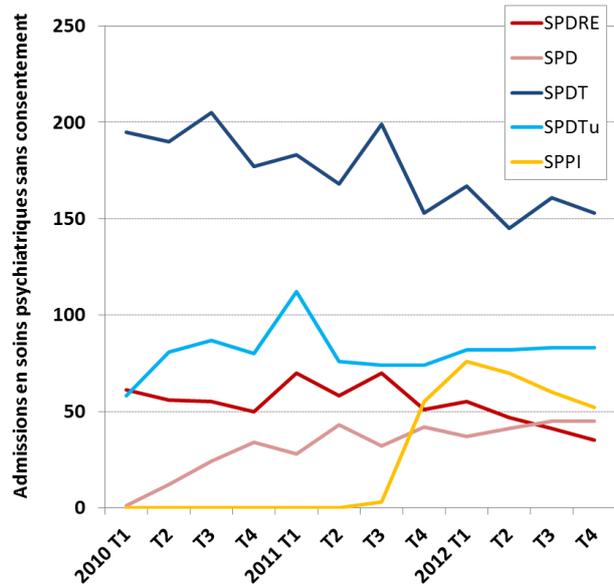


Figure 4 : Evolution du nombre d'admissions en soins psychiatriques sans consentement au CHS du Vinatier entre 2010 et 2012

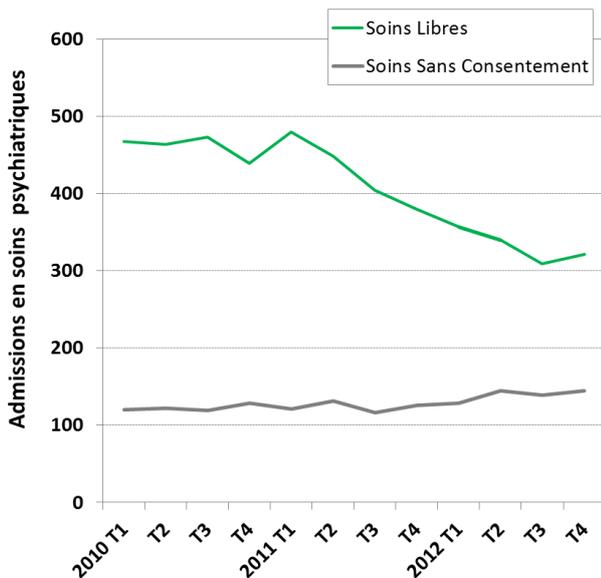


Figure 5 : Evolution du nombre d'admissions en soins psychiatriques au CHS de St-Cyr-au-Mont-d'Or entre 2010 et 2012

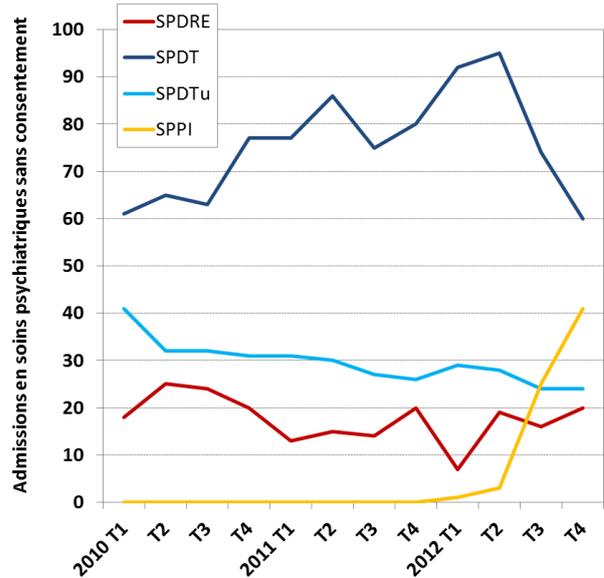


Figure 6 : Evolution du nombre d'admissions en soins psychiatriques sans consentement au CHS de St-Cyr-au-Mont-d'Or entre 2010 et 2012

Le nombre d'admissions sans consentement entre 2010 et 2012 augmente, au Vinatier, comme à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. Au Vinatier, cette augmentation est de 14,2 % soit 195 admissions sans consentement supplémentaires entre les années 2010 et 2012. L'augmentation à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or est du même ordre de grandeur : augmentation de 13,8 % des admissions sans consentement, ce qui représente 68 admissions supplémentaires, pour cet hôpital aux capacités d'accueil plus faible.

La dynamique d'évolution des soins libres diffère fortement entre les deux hôpitaux. Le nombre d'admissions en soins libres au Centre Hospitalier du Vinatier augmente. Cette augmentation représente 603 admissions en soins libres supplémentaires en 2012 par rapport à l'année 2010, soit une augmentation de 16,1 % des admissions. Au contraire au Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, le nombre d'admissions en soins libres diminue nettement. En 2012, il y a eu 513 admissions en moins, soit une diminution de 27,9 % des admissions en soins libres par rapport à l'année 2010.

En étudiant plus précisément ces données, nous constatons que la part des admissions en soins sans consentement parmi l'ensemble des admissions en psychiatrie a augmenté. Au Vinatier, les admissions en soins sans consentement représentaient 26,2 % des admissions totales en 2010 puis 28,4 % en 2012. A Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, les soins sans consentement représentaient 20,8 % des admissions totales en 2010 pour atteindre 26,5 % en 2012.

Ainsi, entre 2010 et 2012, la répartition des soins en psychiatrie s'est faite à la faveur des admissions en soins sans consentement dans les deux centres hospitaliers.

La dynamique d'augmentation des SPPI diffère entre les deux établissements. Au Vinatier, l'augmentation du nombre d'admissions en SPPI a été rapide. L'admission en SPPI atteint 18 % des admissions en soins sans consentement au cours des deux premiers trimestres 2012. Puis l'utilisation de cette modalité d'admission est moins fréquente. Lors du dernier trimestre 2012, l'admission en SPPI représente 14 % des admissions sans consentement du Vinatier.

Au contraire, l'augmentation est plus tardive à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or mais dans la période étudiée nous n'observons pas de décroissance. Dans cet établissement, la modalité SPPI est utilisée pour la première fois au cours du premier trimestre de l'année 2012. Cette modalité représente alors moins de 1 % des admissions sans consentement puisqu'une seule admission en SPPI est effectuée. Cependant au dernier trimestre 2012, l'admission en SPPI représente 28,3 % des admissions sans consentement du Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

De façon concomitante à cette augmentation du nombre d'admissions en SPPI, le nombre d'admissions en SPDRE diminue au Vinatier comme à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. Cette diminution est importante : 19,8 % au Vinatier et 28,7 % à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

Le nombre d'admissions en SPDT diminue au Vinatier cependant le pourcentage de diminution (18,4 %) est plus faible que pour l'admission en SPDRE. Au CHS de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, le nombre des SPDT lors des trois derniers trimestres de 2012 diminue et la courbe paraît inversée par rapport à l'augmentation des SPPI. Cependant en comparant les années 2010 et 2012, nous constatons une augmentation du nombre d'admissions en SPDT (20,6 %). Il faudrait suivre l'évolution de la mesure de SPDT sur une durée plus longue pour affirmer une diminution de l'utilisation de cette mesure dans les suites de la modification de la loi.

L'évolution par trimestre du nombre d'admissions sans consentement n'a pas pu être étudiée pour le centre hospitalier de Saint Jean de Dieu. Il existe une trop grande incertitude sur la répartition des mesures d'admissions sans consentement, notamment pour les mesures d'HDT d'urgence au cours de l'année 2010 et 2011 et dans le moment du changement de loi en 2011. Le logiciel utilisé dans cet établissement diffère de celui des deux autres centres hospitaliers. Par ailleurs, le logiciel de gestion des hospitalisations a été changé à Saint Jean de Dieu au cours de la période d'étude, en 2011 ce qui a compliqué l'extraction des données. Par contre les données concernant l'année 2012 ont pu être exploitées dans la troisième partie de l'étude.

❖ Répartition des modalités légales d'admission sans consentement en 2010 et en 2012 dans les trois établissements du Rhône

Comme lors de l'analyse à l'échelle du Rhône, ces figures permettent la visualisation de la répartition des admissions en fonction de la modalité légale d'admission. L'évolution de cette répartition entre 2010 et 2012 est présentée pour chacun des trois établissements du Rhône :

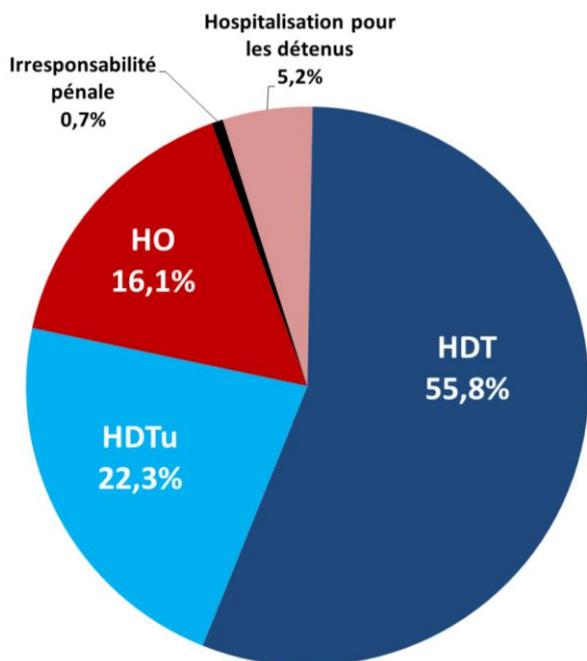


Figure 7 : Répartition des hospitalisations sans consentement selon la modalité légale au CHS du **Vinatier en 2010**
Nombre total de mesures : 1375

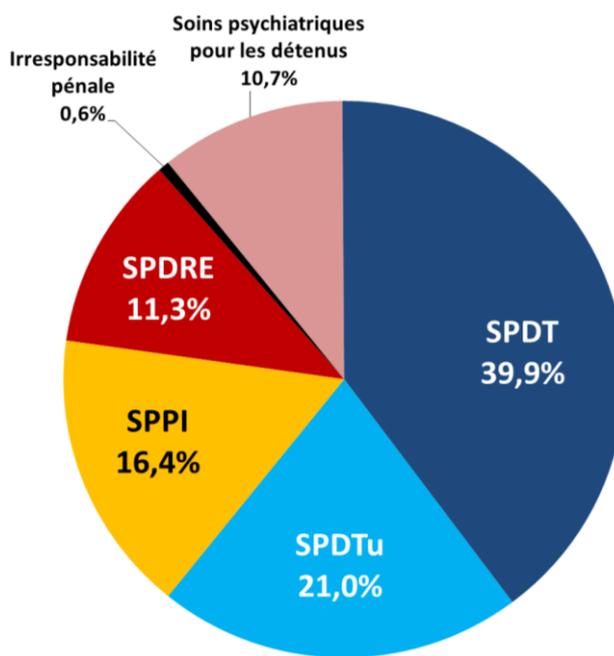


Figure 8 : Répartition des admissions en soins psychiatriques sans consentement selon la modalité légale au CHS du **Vinatier en 2012**
Nombre total de mesures : 1570

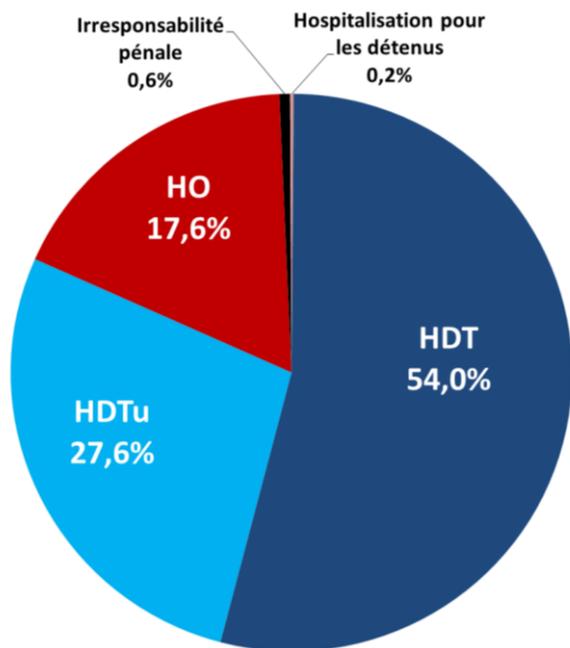


Figure 9 : Répartition des hospitalisations sans consentement selon la modalité légale au CHS de St-Cyr-au-Mont-d'Or en 2010
Nombre total de mesures : 493

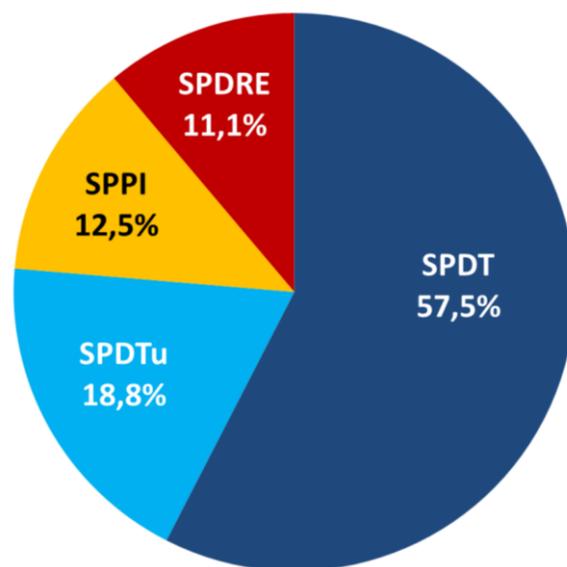


Figure 10 : Répartition des admissions en soins psychiatriques sans consentement selon la modalité légale au CHS de St-Cyr-au-Mont-d'Or en 2012
Nombre total de mesures : 558

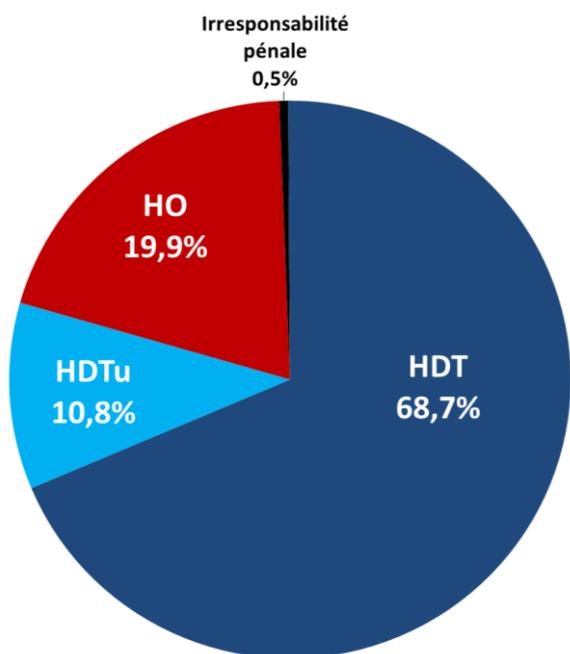


Figure 11 : Répartition des hospitalisations sans consentement selon la modalité légale au CH de St Jean de Dieu en 2010
Nombre total de mesures : 777

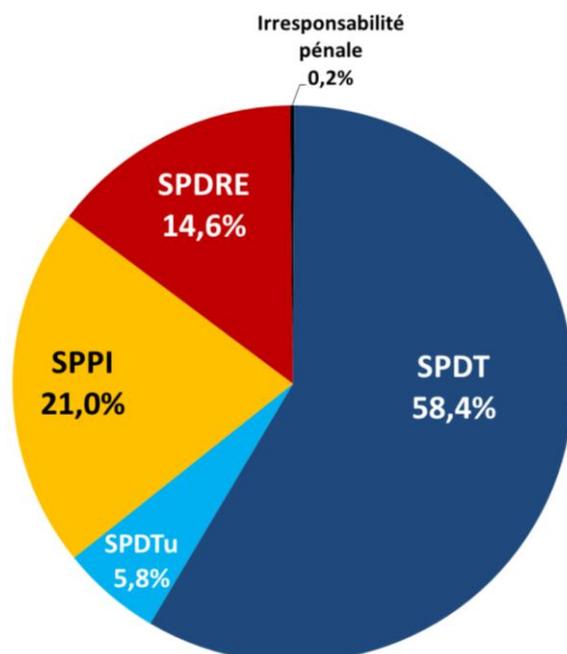


Figure 12 : Répartition des admissions en soins psychiatriques sans consentement selon la modalité légale au CH de St Jean de Dieu en 2012
Nombre total de mesures : 885

La répartition des mesures d'hospitalisation sans consentement au sein de l'hôpital Saint Jean de Dieu a pu être étudiée à l'aide des données communiquées par le service des hospitalisations de Saint Jean de Dieu. Ce service administratif, chargé de la gestion des hospitalisations notamment sans consentement, comptabilise manuellement ces admissions et cela chaque année.

Le nombre de mesures de soins sans consentement mises en place dans le département du Rhône ne correspond pas à la somme des admissions sans consentement dans les trois établissements. En 2010, 2502 admissions ont eu lieu dans le Rhône selon l'ARS et 2645 dans les trois établissements selon les DIM, soit une différence de 143 admissions. En 2012, 2969 dans le Rhône contre 3013 dans les trois établissements soit une différence de 44 admissions. La somme des admissions dans les établissements étant supérieure aux admissions dans le Rhône, des hypothèses peuvent être formulées : d'une part, les mesures mises en place dans d'autres départements ne sont pas comptabilisées par l'ARS du Rhône malgré le fait que les patients soient ensuite admis dans un des trois établissements. Cette situation est fréquente dans le Rhône du fait du recrutement élargi de certains services comme l'UHSA ou l'Unité pour Malades Difficiles (UMD). D'autre part, les patients admis dans un des établissements spécialisé du Rhône puis transférés dans un autre du département, du fait de la sectorisation du patient ou de son état clinique nécessitant une prise en charge dans un service spécifique, ont été comptabilisés à deux reprises lors de l'étude des données des DIM. Ce n'est pas le cas dans le recueil de l'ARS qui ne comptabilise qu'une seule instauration de mesure légale.

Le nombre d'admissions en soins sans consentement augmente entre 2010 et 2012 dans chacun des établissements étudiés. Pour le Vinatier cette augmentation est de 14,2 % (soit 195 admissions supplémentaires), pour Saint-Cyr-au-Mont-d'Or de 13,2 % (soit 65 admissions supplémentaires) et pour Saint Jean de Dieu de 13,9 % (soit 108 admissions supplémentaires).

Avant même l'apparition de la nouvelle modalité de soin en cas de péril imminent, la répartition des modalités légales d'admissions différait d'un établissement à l'autre. Les pratiques au sein de chaque établissement peuvent influencer cette répartition. Cela témoigne, entre autres, de différences dans le mode d'arrivée des patients. Ainsi pour le Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, l'absence de service d'urgence au sein de l'établissement et la procédure d'orientation vers un service d'urgences générales avant une admission spécialisée peut favoriser la faible proportion d'admission selon la modalité SPDT d'urgence.

Des admissions en cas de péril imminent sont effectuées dans chaque établissement. **L'utilisation de cette modalité parmi les autres modalités d'admission diffère fortement selon les établissements, représentant entre 12,5 et 21,0 % des admissions sans consentement.** A l'aide de l'étude de l'évolution du nombre d'admissions selon les modalités légales, nous pouvons supposer que ces chiffres sont amenés à évoluer. A Saint-Cyr-au-Mont-d'Or par exemple, le nombre d'admissions en SPPI est en augmentation tout au long de l'année 2012 pour atteindre 28,3 % des admissions au dernier trimestre 2012.

Dans chacun des établissements, l'évolution de la répartition des admissions sans consentement s'est faite dans le sens d'une diminution importante de la part des SPDRE. Le nombre d'admissions en SPDRE a aussi diminué dans tous les établissements entre 2010 et 2012.

Par contre, la variation des deux autres modalités principales d'admissions sans consentement a différé fortement selon les établissements. La proportion d'admissions en SPDT, tout comme le nombre d'admissions a diminué à Saint Jean de Dieu et au Vinatier mais a augmenté à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. La part des admissions selon la modalité SPDTu parmi les admissions sans consentement a diminué selon des proportions très variables (Elle est passée de 11 à 6 % pour Saint Jean de Dieu, de 28 à 19 % à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et de 22 à 21 % au Vinatier). Le nombre d'admission en SPDTu a même augmenté au Vinatier. Les admissions selon cette modalité représentent en 2012 entre 5,8 et 21 % des admissions sans consentement selon les établissements.

3. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

ADMIS SANS LEUR CONSENTEMENT EN 2012

D'après les données des DIM, 2464 patients ont été admis sans leur consentement dans les trois établissements spécialisés du Rhône au cours de l'année 2012 selon l'une des modalités SPDRE, SPDT, SPDTu ou SPPI. Certains patients ont été admis à plusieurs reprises durant cette année, jusqu'à 5 fois pour un même patient. Le nombre d'admissions sans consentement pour cette année 2012 a été de 2815 selon les modalités étudiées.

La modalité péril imminent a été décrite en analysant les caractéristiques des patients admis selon cette procédure au cours de l'année 2012. Ensuite ces caractéristiques ont été comparées à celles observées pour les trois modalités les plus fréquentes : SPDRE, SPDT, SPDTu. Un même patient admis à plusieurs reprises

selon la même modalité a été étudié une seule fois. Les données sociodémographiques d'un patient admis selon différentes modalités légales ont été prises en compte pour caractériser chaque modalité d'admission. Ainsi, les 349 patients admis au moins une fois en SPDRE ont été étudiés. De même les 1391 patients admis en SPDT, les 444 patients admis en SPDTu et les 457 patients admis en SPPI ont été analysés.

❖ Le sexe

La répartition du sexe pour les patients admis dans le Rhône en 2012 en fonction de la modalité légale d'admission est présentée dans le graphique suivant :

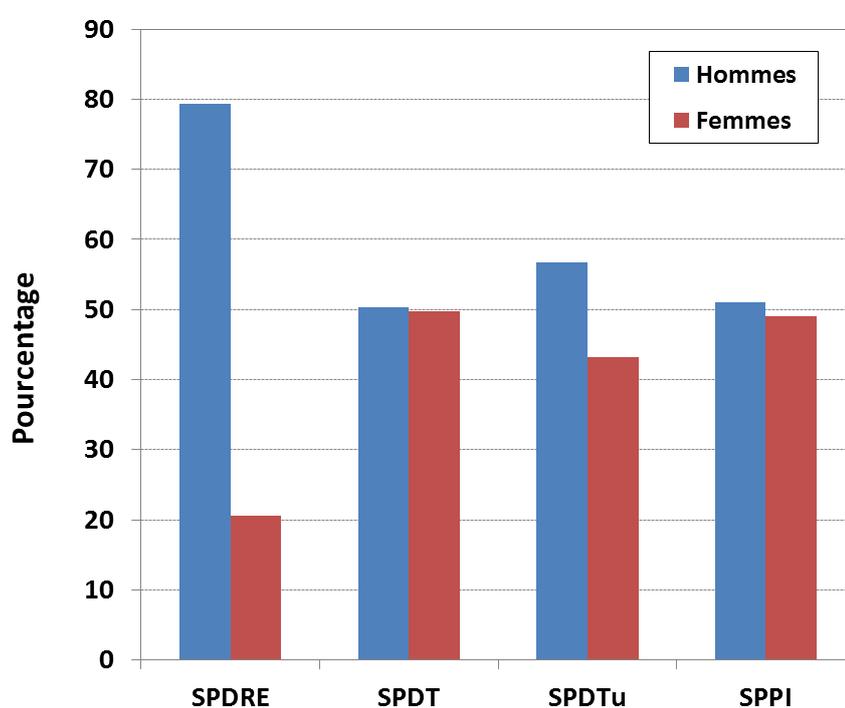


Figure 13 : Répartition du sexe selon la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le Rhône en 2012

Effectifs de patients : 349 patients admis au moins une fois en SPDRE, 1391 en SPDT, 444 en SPDTu et 457 en SPPI

Le Khi^2 a une valeur de 99,98 ce qui permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre les variables « sexe » et « modalité légale d'admission ». Nous pouvons conclure qu'il y a un lien entre le sexe et la modalité légale d'admission avec un risque d'erreur α très inférieur à 1% ($p=1,58 \times 10^{-21}$).

La répartition du sexe diffère selon la modalité légale d'admission. En effet, la population des patients admis en SPDRE est en grande majorité masculine. Ainsi, parmi notre population d'étude, en regroupant les trois établissements du Rhône, les patients admis en SPDRE sont à 79 % des hommes, à 21 % des femmes. Cette

répartition majoritairement masculine est connue dans la littérature : au niveau national, d'après une étude réalisée en 2010 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, l'admission en SPDRE concerne à 80 % des hommes (96). Une étude réalisée au Vinatier en 2005 analysait les caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés sans leur consentement à partir du RIM-P, qui était à l'époque expérimental. La répartition des sexes pour les patients admis en HO était similaire à celle observée dans notre étude. Les auteurs faisaient l'hypothèse d'une appréciation ou d'une expression différente de la dangerosité en fonction du sexe (97).

La répartition du sexe est plus équilibrée dans les autres modalités d'admission. 50 % des patients admis en SPDT dans le Rhône sont des hommes, 57 % des patients admis en SDPTu sont des hommes. Dans l'étude nationale où les patients admis en HDT et les HDTu ont été étudiés ensemble, les hommes représentaient 54 % des admis (96).

La répartition du sexe pour la modalité d'admission SPPI est proche de la répartition constatée pour les admissions à la demande d'un tiers et non pas pour les admissions en SPDRE. **Les patients admis en SPPI sont à 51 % des hommes.**

❖ L'âge

L'âge moyen des patients en fonction de la modalité d'admission est indiqué dans ce tableau :

	SPDRE	SPDT	SPDTu	SPPI
Age moyen	38,9	45,0	42,0	44,6
Intervalle de confiance de l'âge moyen à 95 %	[37,1 - 40,7]	[44,2-45,9]	[40,5 - 43,6]	[43,1-46,2]

Tableau 5 : **Agès moyens** et intervalles de confiance en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement **dans le Rhône en 2012**

Effectifs de patients : 349 patients admis au moins une fois en SPDRE, 1391 en SPDT, 444 en SPDTu et 457 en SPPI

Pour étudier cette seconde caractéristique sociodémographique, une comparaison de moyenne a tout d'abord été effectuée. L'analyse de la variance montre une différence significative avec un risque d'erreur α inférieur à 1 % ($F= 14,1$). Nous pouvons conclure que l'âge moyen diffère significativement en fonction de la modalité légale d'admission.

Les patients admis en SPDRE ont une moyenne d'âge plus faible, ils sont donc plus jeunes en moyenne, que les patients admis selon les autres modalités d'admission.

Les patients admis en SPDTu sont en moyenne plus jeunes que les patients admis en SPDT mais plus âgés que les patients admis en SPDRE.

D'après cette analyse, les patients admis selon la modalité péril imminent ont une moyenne d'âge de 44,6 ans, très proche de celle des patients admis en SPDT.

Dans l'étude réalisée au Vinatier en 2005, la moyenne d'âge des patients en HO était alors de 41,5 ans et celle des patients en HDT était de 46,5 ans (97). Comme dans notre étude, les patients en HO étaient en moyenne plus jeunes que ceux admis en HDT. Depuis cette étude, réalisée il y a sept ans, l'âge moyen des patients admis sans leur consentement a diminué. Les patients admis en SPDT sont en moyenne plus jeunes d'un an et demi dans notre étude en comparaison avec celle du vinatier. Les patients admis en SPDRE sont en moyenne 2 ans et demi plus jeunes. Nos résultats sont proches de ceux obtenus en 2010 par l'étude nationale précédemment citée : l'âge moyen des patients en HO était alors de 40 ans, celui des patients en HDT (les patients en HDT et HDTu étant réunis) de 44 ans (96).

Par la suite, l'âge a été étudié par tranche de 10 ans comme une donnée catégorielle :

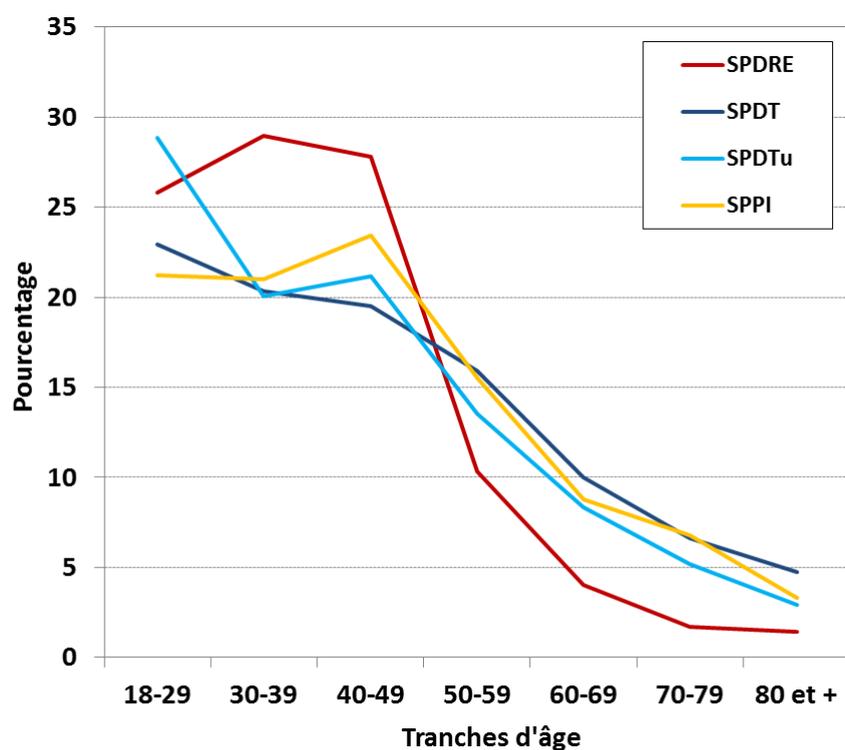


Figure 14 : Répartition de l'âge selon la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le Rhône en 2012

Effectifs de patients : 349 patients admis au moins une fois en SPDRE, 1391 en SPDT, 444 en SPDTu et 457 en SPPI

La répartition des âges diffère entre les patients admis en SPDRE et les patients admis en soins sur décision du directeur de l'établissement. A nouveau, nous constatons que les patients admis en SPDRE sont plus jeunes : 82 % des patients admis en SPDRE ont moins de 50 ans. La tranche d'âge la plus fréquente est celle des 30-39 ans, représentant 29 % des admissions en SPDRE.

Concernant les patients admis en SPDT, la tranche d'âge la plus fréquente est celle des 18-29 ans, représentant 23 % des patients admis. La fréquence de chaque tranche d'âge suivante est progressivement décroissante.

Nous remarquons la population particulière des patients admis en SPDT d'urgence, dont la tranche d'âge fortement majoritaire est celle des 18-29 ans. En effet, 29 % des admis en SPDTu ont entre 18 et 29 ans. Cette constatation peut nous permettre d'expliquer la moyenne d'âge particulièrement jeune des patients admis en SPDTu. La répartition par tranche d'âge pour les patients âgés de plus de 30 ans se rapproche de celle observée pour les patients admis en SPDT.

Concernant la modalité d'admission péril imminent, la répartition des âges est plus proche de celle constatée pour les patients admis en SPDT que de celle des patients admis en SPDRE. Néanmoins, **la tranche d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans, ce qui n'est le cas d'aucune autre mesure. Cette tranche d'âge représente 23 % des patients admis en soins en cas de péril imminent.** Même si la tranche d'âge des 18-29 ans constitue une proportion importante des admis en SPPI (21 %), elle est moins représentée que pour les autres modalités d'admissions. Nous supposons tout d'abord que les patients jeunes sont le plus souvent entourés, notamment par leurs parents. Par ailleurs pour ces patients, particulièrement jeunes, il est possible que le médecin initiateur de la mesure tente d'engager les proches dans les premiers soins psychiatriques par la sollicitation d'une demande officielle de soins.

❖ L'existence d'une mesure de protection

L'existence d'une mesure de protection n'est pas renseignée pour plus de 80 % des patients, cela quelle que soit la modalité d'admission et quel que soit l'établissement. De ce fait, l'analyse de cette caractéristique sociodémographique n'a pu être effectuée. En annexe est présenté le tableau indiquant effectifs et pourcentages de l'existence d'une mesure de protection selon la modalité légale d'admission dans le département du Rhône.

❖ L'existence d'une Couverture Maladie Universelle

De la même façon, cette caractéristique n'est pas renseignée pour de nombreux patients, cependant dans une proportion moindre que pour l'existence d'une mesure de protection. A l'échelle du Rhône, pour plus de 50 % des patients admis en soins sans consentement, l'existence d'une CMU n'est pas renseignée. Dans l'établissement de Saint Jean de Dieu, cette donnée est plus fréquemment indiquée mais reste insuffisante pour une analyse. Pour 30 % des patients cette donnée n'est pas transmise.

❖ L'isolement

Les patients ont été considérés comme « isolés » lorsque le mode de vie défini par les soignants dans le RIMP était « seul » ou « seul avec enfant ». A contrario, les patients non isolés sont les patients qui ne sont pas dans l'une ou l'autre de ces situations. Cette seconde catégorie regroupe plusieurs modes de vie qui ont été décrits dans notre méthodologie.

Cette caractéristique de l'isolement est renseignée de façon variable selon les établissements. De ce fait, une analyse à l'échelle du département du Rhône n'a pu être effectuée. Pour les CHS de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or

comme du Vinatier, cette caractéristique sociodémographique n'est pas remplie pour 30 % des patients admis sans leur consentement. Au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, seuls 2 % des recueils concernant l'ensemble des admissions sans consentement n'ont pas été remplis. La répartition a donc pu être étudiée à Saint Jean de Dieu pour un effectif de 113 patients admis au moins une fois en SPDRE, 513 en SPDT, 41 en SPDTu et 144 en SPPI.

L'étude de l'isolement des patients admis au CH de Saint Jean de Dieu en 2012 en fonction de la modalité d'admission a permis la représentation suivante :

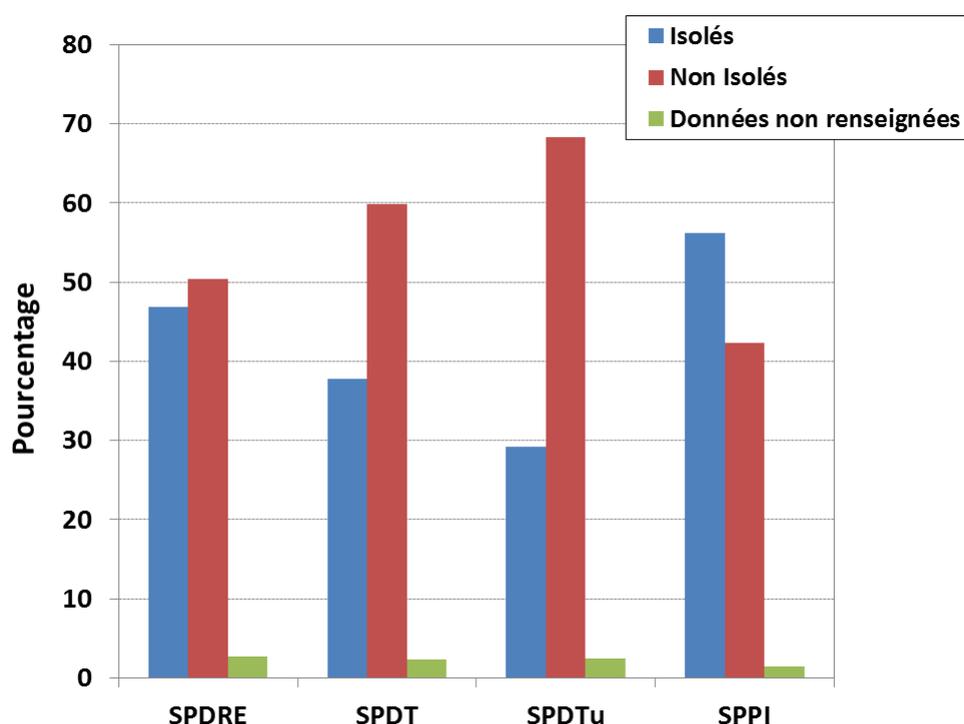


Figure 15 : **Répartition de l'isolement** selon la modalité légale d'admission en soins sans consentement **au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu en 2012**
Effectif : 113 patients admis au moins une fois en SPDRE, 513 en SPDT, 41 en SPDTu et 144 en SPPI.

Pour le calcul du Khi^2 , afin d'avoir des effectifs théoriques supérieur à 5, les questionnaires non renseignés ont pu être négligés. En effet cette catégorie est peu fréquente et répartie selon les différentes modalités, représentant entre 1,4 et 2,7 % des patients selon la modalité d'admission. Le test du Khi^2 est significatif, vaut 19,14. Nous pouvons rejeter l'hypothèse d'indépendance entre l'isolement et la modalité d'admission avec un risque d'erreur α inférieur à 1 % ($2,56 \times 10^{-4}$) et conclure que la répartition de l'isolement diffère en fonction de la modalité d'admission.

La modalité péril imminent se distingue de chacune des autres modalités lors de l'analyse du mode de vie. **Il s'agit de l'unique modalité légale de soins où les patients sont en majorité isolés. En effet, 56,3 % des patients admis en SPPI sont considérés comme isolés.** Que la majorité des patients en SPPI soient isolés était un résultat attendu puisque par définition l'admission en SPPI est destinée aux patients pour lesquels il existe une « *impossibilité d'obtenir une demande de tiers* ». Cependant nous aurions pu imaginer que la fréquence des personnes isolées parmi les patients admis SPPI soit encore plus importante.

46,9 % des patients admis en SPDRE sont isolés. Ce pourcentage est inférieur à celui observé lors de l'étude de 2005 du Vinatier où un peu plus de 50 % des patients admis en HO vivaient seuls (97).

Il est surprenant de constater que pour la modalité SPDTu la grande majorité des patients ne sont pas isolés (68,3 %). Nous formulons l'hypothèse que si un tiers est présent au moment de l'urgence pour la santé du patient, cela signifie que le patient est habituellement entouré par des proches.

❖ Le domicile

Dans notre étude, le logement a été défini comme précaire en regroupant les patients dont le logement été décrit comme « précaire », « sans abri » ou « hôpital sans logement à la sortie ». Les logements qualifiés de stable dans notre recherche l'étaient aussi dans le recueil du RIM-P.

A l'échelle du Rhône, en réunissant les trois établissements, cette caractéristique définissant le logement n'est pas renseignée pour 20 % des patients admis sans consentement. Nous notons que c'est pour la mesure de SPPI que cette caractéristique est le moins renseignée (25 % des patients admis en SPPI). Cela témoigne peut être d'un manque général d'information pour les patients admis en SPPI. Pour l'établissement de Saint Jean de Dieu, le questionnaire sur le domicile est plus fréquemment renseigné permettant ainsi l'analyse. 3 à 8 % des questionnaires ne sont pas remplis, en fonction de la modalité d'admission.

La précarité du domicile des patients admis au CH de Saint Jean de Dieu en 2012 en fonction de la modalité de soin est décrite à l'aide de ce graphique :

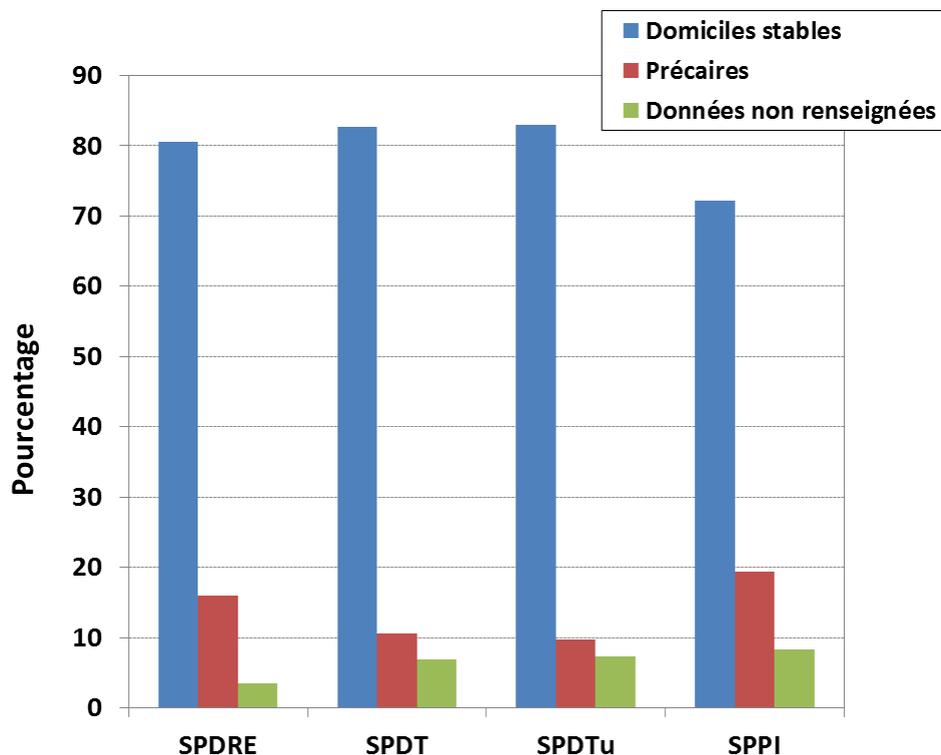


Figure 16 : Répartition du domicile selon la modalité légale d'admission en soins sans consentement au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu en 2012

Effectif : 113 patients admis au moins une fois en SPDRE, 513 en SPDT, 41 en SPDTu et 144 en SPPI.

Initialement nous avons tenté de prendre en compte la catégorie des non renseignés pour l'analyse statistique cependant du fait des faibles effectifs cela n'a pas été possible. De ce fait, la première hypothèse a été de considérer que la catégorie des non renseignés était distribuée de façon aléatoire entre catégories stable et précaire. Le test de χ^2 a alors été effectué en excluant la catégorie des non renseignés, sa valeur est de 9,7. Il existe une différence significative avec un risque d'erreur α inférieure à 3 % ($p=0,02$) ce qui permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre domicile et modalité d'admission.

Les calculs ont aussi été effectués en considérant que les non renseignés n'étaient pas distribués de façon aléatoire et le χ^2 est significatif que l'on considère que les non renseignés aient un domicile précaires ($p=0,047$) ou qu'ils aient un domicile stable ($p=0,024$). Cependant ces calculs ne prennent pas en compte que les non renseignés puissent être distribué différemment selon les modalités, ce qui est une hypothèse plausible.

Une étude avec des effectifs plus importants permettrait de prendre en compte la catégorie non renseigné et de confirmer que la stabilité du domicile du patient diffère en fonction de la modalité légale d'admission.

19,4 % des patients admis en SPPI ont un domicile défini comme précaire. Il s'agit de la modalité où la fréquence de la précarité du domicile est la plus élevée. En étudiant cette caractéristique sociodémographique, la modalité SPPI se distingue des modalités SPDT et SPDTu où 10,5 % et 9,8 % des patients admis selon ces modalités respectives ont un domicile précaire.

Lors de l'étude effectuée au Vinatier en 2005, les patients admis en HO étaient les plus fréquemment isolés et sans domicile en comparaison avec les patients admis en HDT. L'existence d'un emploi avait aussi pu être étudiée et les patients admis en HO étaient le plus souvent sans emploi. Les auteurs avaient fait deux hypothèses : d'une part que la désinsertion sociale était une conséquence de la gravité de la pathologie, nécessitant l'admission en HO ; d'autre part que pour les patients non insérés, le recours à l'HO s'effectuait par défaut de tiers, pour permettre la prise en charge médicale (97).

Dans l'étude présentée ici, ce sont les patients admis selon la modalité SPPI qui sont les plus isolés et dont le domicile est le plus fréquemment précaire. Ces deux critères d'exclusion sociale sont retrouvés d'abord chez les patients admis en SPPI puis selon une fréquence moins importante chez les patients admis en SPDRE. Nous pouvons supposer que certains patients en situation d'exclusion sociale, anciennement hospitalisés en HO du fait de leur isolement et de leur absence de tiers, sont actuellement admis selon la modalité péril imminent.

❖ Le diagnostic principal

Cette figure permet de visualiser la répartition des diagnostics chez les patients admis dans le Rhône en 2012 en fonction de la modalité légale d'admission :

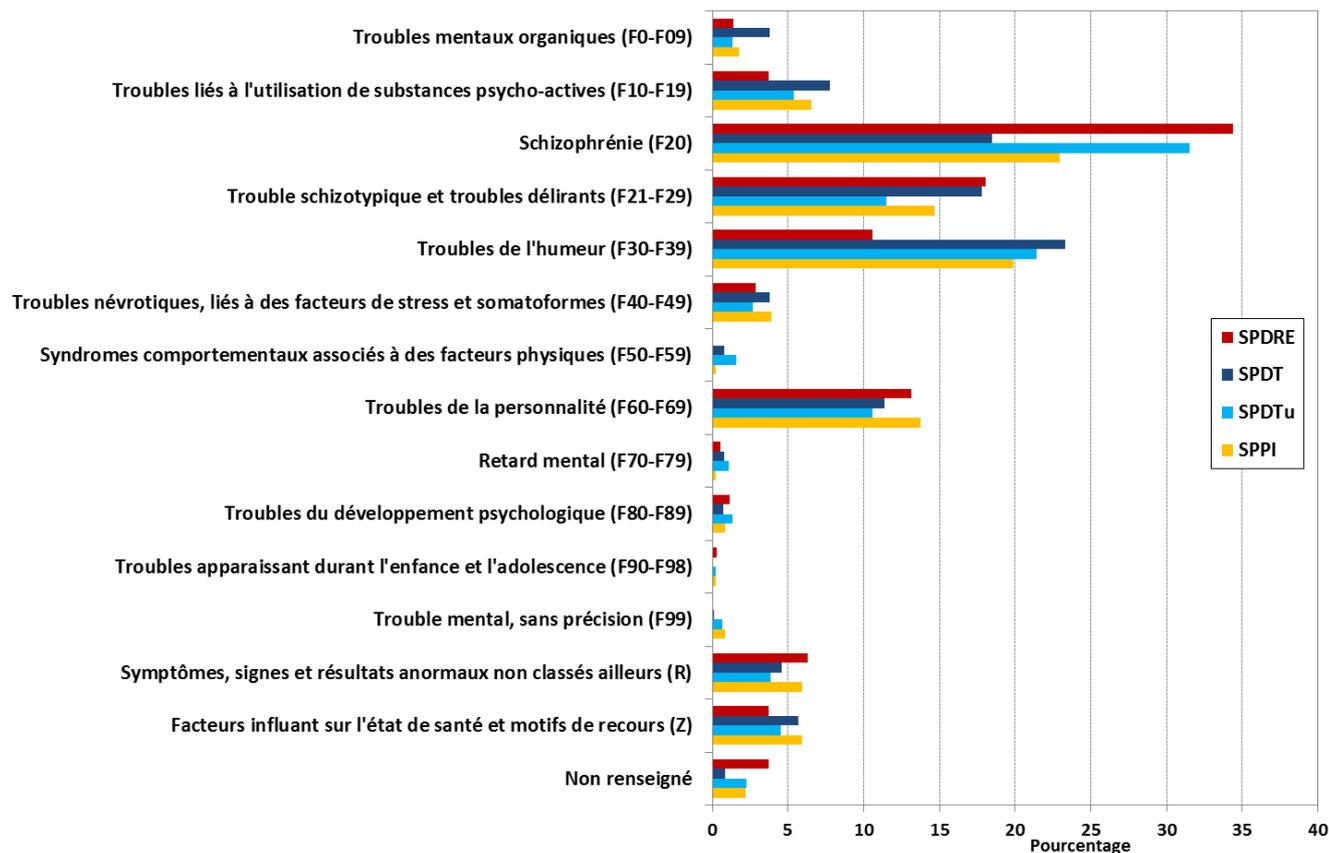


Figure 17 : Répartition du diagnostic selon la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le Rhône en 2012

Effectifs de patients : 349 patients admis au moins une fois en SPDRE, 1391 en SPDT, 444 en SPDTu et 457 en SPPI

Le diagnostic principal de schizophrénie est très fréquemment retenu chez l'ensemble des patients admis en soins sans consentement. Près d'un quart des patients admis sans leur consentement le sont pour schizophrénie. Le test du χ^2 effectué pour tester l'indépendance entre le diagnostic de schizophrénie et la modalité légale d'admission est significatif, sa valeur est de 58,44. Cela nous permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre le diagnostic de schizophrénie et la modalité légale d'admission avec un risque d'erreur α inférieur à 1 % ($p=4,26 \times 10^{-6}$).

Le diagnostic de schizophrénie est particulièrement fréquent chez les patients admis en SPDRE, concernant alors 34 % des patients admis selon cette modalité. Nos résultats concernant les patients admis en SPDRE pour schizophrénie sont concordants avec les données observées à l'échelle de la France pour l'année 2010 :

le diagnostic de schizophrénie était alors indiqué pour 35 % des patients admis en HO (96). Dans notre étude, le diagnostic de schizophrénie est retenu pour 18 % des patients admis en SPDT.

Par contre, nous observons avec surprise que ce diagnostic est très fréquent pour les patients admis en SPDTu (32 %) et dans une proportion proche de celle observée pour les patients admis en SPDRE. Si nous réunissons les patients admis en SPDT et en SPDTu, le diagnostic de schizophrénie concerne alors 22 % des admis dans ces modalités. Nos résultats sont alors concordants avec ceux observés dans l'étude française de 2010 où ce diagnostic concernait 23 % des patients admis en HDT (96).

Le diagnostic le plus fréquent pour les patients admis en SPDT est celui de trouble de l'humeur, qui concerne 23 % des patients admis selon cette modalité. Le test du Khi^2 effectué pour le diagnostic de trouble de l'humeur est significatif (sa valeur est de 27,67). Il est possible de conclure à un lien entre le diagnostic de trouble de l'humeur et la modalité légale d'admission avec un risque d'erreur α inférieur à 1 % ($p = 1.27 \times 10^{-12}$).

Concernant la modalité péril imminent, le diagnostic le plus fréquent est celui de schizophrénie. **Le pourcentage de patients admis pour schizophrénie parmi les admis en SPPI est de 23 %**, pourcentage très proche de celui des patients admis dans la classe regroupant SPDT et SPDTu.

Par ailleurs, **20 % des patients admis en SPPI présentent un trouble de l'humeur**. Cette proportion est proche de celle constatée pour les patients admis en SPDT et des SPDTu. **La classe « trouble schizotypique ou autres troubles délirants » concerne 15 % des patients admis en SPPI.**

En observant les diagnostics des patients admis selon la modalité péril imminent, nous constatons à nouveau que la répartition se rapproche de celle observée pour les modalités SDT et SDTu, et non pas de celle des SPDRE.

La proportion de troubles de la personnalité est proche pour les différentes modalités, représentant entre 11 et 14 % des admissions selon les modalités. Le test du Khi^2 n'est pas significatif pour ce diagnostic et ne peut permettre de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre le diagnostic de trouble de la personnalité et la modalité légale d'admission.

4. DUREE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT EN 2012

La durée a été étudiée à partir du recueil effectué par les DIM concernant les admissions en 2012. Contrairement à l'analyse des caractéristiques sociodémographiques et du diagnostic où l'analyse était centrée sur le patient, pour la durée chacune des admissions a été étudiée en fonction de la modalité légale.

Lorsqu'une mesure de soins sans consentement est mise en place, elle peut être levée à tout moment y compris le jour même. Il existe plusieurs admissions d'une durée de 0 jours (35 admissions dans notre étude). Si la mesure de soins sans consentement est maintenue, les soins s'effectuent obligatoirement en hospitalisation à temps plein durant les soixante-douze premières heures. Par la suite, un programme de soin peut être mis en place à tout moment et la mesure de soins sans consentement se poursuit alors que le patient est soigné en ambulatoire et non plus en hospitalisation complète. Certaines mesures peuvent donc être maintenues sur une longue durée, en hospitalisation complète comme en ambulatoire. Pour notre étude, les mesures de soins dont la date de fin était inconnue au moment de l'extraction statistiques des données n'ont pas été comptabilisées. De ce fait 147 mesures, toujours en application au moment de l'extraction en décembre 2013, n'ont pu être étudiées. Ces mesures ont probablement été transformées en programme de soins pour de nombreux patients, bénéficiant alors de soins ambulatoires sans consentement, leur mesure légale de soins psychiatriques étant maintenue.

Dans cette recherche, 2678 mesures de soins sans consentement ont pu être étudiées pour cette caractéristique de la durée. En détaillant notre effectif, 309 admissions en SPDRE ont été étudiées, 1452 admissions en SPDT, 455 admissions en SPDTu et 478 admissions en SPPI.

Dans un premier temps nous constatons que seules 309 admissions en SPDRE ont pu être étudiées alors que 349 patients ont été admis au moins une fois selon cette modalité. Au contraire, 478 admissions en SPPI sont étudiées alors que seuls 457 patients ont été admis selon cette modalité. Il est possible de conclure à partir de ces observations tout d'abord que de nombreuses mesures de SPDRE ne sont pas terminées au moment de l'étude en décembre 2013 et par ailleurs que plusieurs patients admis en SPPI sont admis plus d'une fois au cours de l'année 2012. Les mesures de soins toujours en cours en décembre 2013 représentent 13 % de l'ensemble des mesures de SPDRE mises en place au cours de l'année 2012 (soit 48 mesures). Pour les autres modalités ces mesures toujours effectives représentent entre 3,2 et 4,6 % de l'ensemble des mesures.

A partir de notre effectif décrit précédemment, ce tableau présente la durée moyenne de la mesure de soins sans consentement dans le Rhône en 2012 en fonction de la modalité légale d'admission :

	SPDRE	SPDT	SPDTu	SPPI
Durée Moyenne en jours	70,4	41,8	52,3	40,8
Intervalle de confiance de la durée moyenne à 95 %	[62,3 - 78,0]	[38,2-45,4]	[45,8 - 58,7]	[34,3-47,2]

Tableau 6 : **Durées moyennes en jours** et intervalle de confiance en fonction de la modalité légale d'admission sans consentement **dans le Rhône en 2012**

Effectifs : 309 admissions en SPDRE, 1452 admissions en SPDT, 455 admissions en SPDTu, 478 admissions en SPPI

L'analyse de la variance montre une différence significative entre les durées moyennes en jours en fonction de la modalité légale d'admission. Le test a une valeur $F= 15,75$, le risque d'erreur α est inférieur à 1%.

La durée moyenne d'une mesure de soins en SPDRE est de 70,4 jours soit 2 mois et 10 jours. La modalité SPDRE se distingue des autres modalités par cette durée moyenne la plus longue.

La modalité d'admission péril imminent présente la durée moyenne la plus courte en comparaison aux autres modalités d'admission. Cette durée moyenne est d'un mois et 10 jours.

La probabilité que les moyennes soient différentes entre deux modalités légales d'admission a été testée avec un test post hoc. Celui-ci permet de conclure que toutes les moyennes diffèrent significativement avec un risque inférieur à 1 %, hormis pour les groupes SPDT et SPPI, où il n'est pas possible de mettre en évidence une différence significative ($p=77$).

En effet, **les durées moyennes des mesures SPDT et SPPI sont très proches**. Il n'y a qu'une journée de différence.

Par la suite, les mesures courtes et les mesures longues ont été étudiées plus précisément. Pour cela une analyse catégorielle a été effectuée :

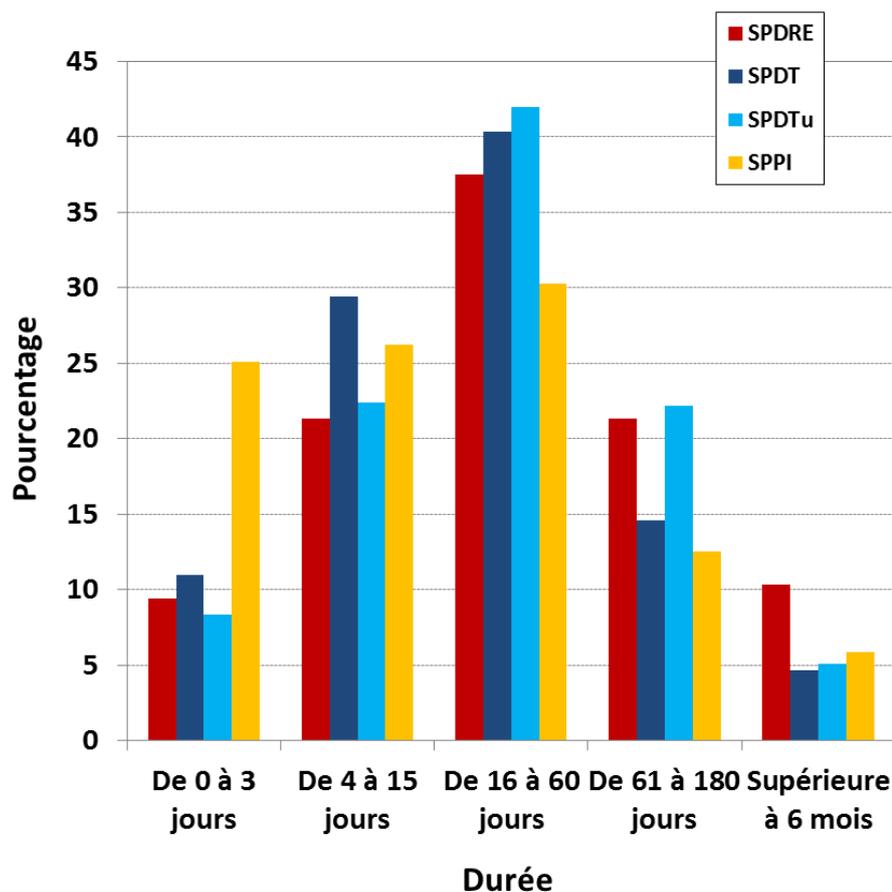


Figure 18 : Répartition de la durée des soins sans consentement selon la modalité d'admission dans le Rhône en 2012. Effectif : 309 admissions en SPDRE, 1452 admissions en SPDT, 455 admissions en SPDTu, 478 admissions en SPPI

Le χ^2 a une valeur de 125,9 ce qui permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre la durée, répartie en 5 tranches et la modalité d'admission avec un risque d'erreur α inférieur à 1 %. ($p=4,12 \times 10^{-21}$)

Les admissions effectuées selon la modalité péril imminent sont en majorité des admissions extrêmement courtes. 25,1 % des mesures, soit 116 admissions, ont duré 3 jours ou moins.

Au moment de notre étude, les urgences du Vinatier levaient dans les cas où cela était possible les mesures de SPPI et instaurent immédiatement des mesures de SPDTu. Cette pratique avait pour but que l'entourage, lorsqu'il était en fait présent et demandeur, sollicite l'admission en soins psychiatriques. Cette pratique a été interrompue courant 2013 à la demande des services de gestion des entrées qui devaient de ce fait annuler une convocation auprès du juge des libertés pour la mesure de SPPI et programmer une nouvelle audience pour la mesure de SPDTu. L'influence de cette pratique sur nos résultats nous a interrogée. Cependant d'après nos données, seuls 12 patients admis en SPPI ont été réadmis

immédiatement en SPDTu. L'influence de ces patients (qui représentent 2,7 % des patients admis en SPPI) sur l'analyse de la durée a été considérée comme faible.

En dehors de cette réflexion, les admissions en SPPI restent de durée courte. Le pourcentage d'admissions en SPPI d'une durée comprise entre 4 et 15 jours (26,2 %) est proche de celui observé selon la modalité SPDT (29,4 %). En réunissant les deux classes de durées les plus courtes, **51,3 % des mesures de SPPI ont une durée inférieure à 15 jours**. Néanmoins, il existe des mesures très longues (supérieure à 6 mois) pour les patients admis en cas de péril imminent dans une proportion proche de celle constatée pour les modalités SPDT et SPDTu.

La modalité SPDRE se distingue par un taux élevé de mesures de soins très longues. Les mesures des soins d'une durée supérieure à 6 mois concernent 10 % des mesures de SPDRE instaurées. Les mesures très courtes, inférieure à 15 jours, représentent 30 % des admissions en SPDRE.

Cette étude de la durée des admissions en soins sans consentement en 2012 dans le Rhône, confère à la modalité d'admission en péril imminent un profil différent des admissions en SDT ou en SDTu et bien sûr en SPDRE. Les mesures de soins sans consentement en cas de péril imminent sont particulièrement courtes.

C. Limites et biais

Tout d'abord, il nous faut rappeler que cette analyse quantitative concerne les mesures de soins sans consentement. Hors ces soins sans consentement ne concernent qu'une faible partie des patients pris en charge en psychiatrie. Ces soins sans consentement sont bien moins fréquents comparés aux soins offerts en ambulatoire et en hospitalisation libre (55). Pour le Rhône en 2012, 11 101 admissions ont eu lieu dans les 3 établissements réunis, 2996 pour des soins psychiatriques sans consentement et 8105 pour des soins hospitaliers libres.

1. INFORMATIONS MANQUANTES ET DISCUSSION DE LA METHODE

Une des limites de notre étude tient aux informations manquantes du fait de l'absence de renseignement de ces données dans les dossiers informatiques de certains patients. Cela a concerné notamment l'existence d'une mesure de protection juridique et d'une Couverture Médicale Universelle. Cette seconde caractéristique nous aurait permis d'obtenir un élément supplémentaire sur la précarité du patient en fonction de la modalité d'admission. Pour ces deux caractéristiques, l'analyse était impossible du fait de l'absence trop fréquente de renseignement de ces données. Le pourcentage de patients dont les données étaient non renseignées était très proche quelle que soit la modalité légale d'admission.

Pour les caractéristiques de l'isolement et de la précarité du domicile, l'analyse à l'échelle du Rhône n'a pas pu être effectuée du fait de l'ampleur des données non renseignées. Seule a pu être réalisée une analyse concernant le Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, qui est cependant moins puissante et difficilement extrapolable aux autres établissements. La différence significative mise en évidence lors de l'étude de la précarité du domicile devra être confirmée au vue des biais dans la réalisation des tests statistiques.

Nous aurions pu effectuer une étude prospective afin de nous affranchir du renseignement des dossiers des patients. L'utilisation d'une méthode prospective aurait pu permettre d'étudier de façon plus précise la précarité et l'isolement des patients admis en cas de péril imminent. C'est la méthode qui a été utilisée par la CDSP du Nord dans les trois mois qui ont suivi la mise en place de cette modalité. Cependant, cette méthode n'aurait pas permis de comparer la modalité péril imminent avec les autres modalités d'admission.

Hors, cette comparaison des modalités légales de soins sans consentement a été le fil conducteur de cette étude quantitative. Par ailleurs, elle aurait été plus difficile techniquement à mettre en place à l'échelle des trois établissements du Rhône.

2. LIMITES DE CERTAINES DONNEES

❖ Nombre et évolution des admissions en soins sans consentement.

Afin d'étudier le nombre de mesures selon la modalité légale d'admission et l'évolution de ce nombre, le recueil s'est effectué entre l'année 2010 et la fin de l'année 2012. Durant l'application de la nouvelle loi du 1^{er} août 2011 jusqu'à la fin de notre période d'étude, les sorties courtes d'hospitalisation complète sans fin de la mesure de soins sans consentement n'étaient plus autorisées. Seules étaient autorisées les sorties accompagnées de moins de douze heures. La possibilité de sortie du patient non accompagné est à nouveau autorisée avec la loi du 27 septembre 2013 pour une durée maximale de 48 heures (2). Durant notre période d'étude certains patients ont bénéficié de sorties courtes non accompagnées au moyen de l'instauration d'un programme de soins puis d'une nouvelle admission en soins sans consentement. Cette pratique s'éloignait de l'esprit de la loi concernant les programmes de soins (98). Du fait de cette pratique, ces patients ont été admis à plusieurs reprises. Plusieurs mesures de soins sans consentement ont été mises en place successivement, comptabilisées comme telles auprès de l'ARS et auprès des DIM. L'augmentation du nombre d'admissions en soins sans consentement a pu être surévaluée du fait de cette pratique, dont nous ne pouvons estimer l'ampleur.

Les caractéristiques sociodémographiques n'ont pas été affectées par cette pratique puisque l'étude était centrée sur le patient.

La pratique déjà décrite de transformation des admissions en SPPI en SPDTu aux urgences du Vinatier a majoré le nombre et la fréquence des SPDTu, cependant dans une proportion négligeable, étant donné que ces SPDTu étaient au nombre de 12.

❖ La durée

Nous avons évoqué l'influence des transformations des SPPI en SPDTu plus haut. Par ailleurs, l'analyse de la durée a été effectuée pour les mesures de soins sans consentement dont la date de fermeture était connue au moment du recueil des données. De ce fait, les durées particulièrement longues, impactant par conséquent fortement sur la durée moyenne de la mesure n'ont pas pu être étudiées. L'analyse de la durée

aurait pu être complétée par l'analyse de la durée annuelle de soins sans consentement par patient. Nous aurions ainsi évité de sous-évaluer la durée du fait d'admissions itératives d'un même patient sur des durées très courtes. Cependant nous voulions dans cette partie, comme dans le reste de l'étude, nous centrer sur la modalité de soins et sur les différences entre les modalités légales d'admission. L'analyse de la durée de la mesure aurait pu être complétée par l'analyse de la durée de l'hospitalisation à temps complet. Ces deux durées, complémentaires, auraient pu permettre de mieux distinguer les modalités de soins.

3. EXTRAPOLATION DES RESULTATS

Une troisième limite de cette étude est la difficulté d'extrapoler ces résultats à un niveau national. Tout d'abord les études effectuées avant le changement de loi ont montré des disparités majeures entre les départements à propos du nombre d'hospitalisations sans consentement et de la répartition des modalités légales d'admission (55,76). Pour exemple, en 2003 le taux d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants varie de 1 à 10, le pourcentage d'HDT d'urgence parmi les HDT est inférieur à 20 % ou supérieur à 70 % selon les départements (99). Pour l'HAS, ces disparités régionales sont inexplicables (76). Une étude de 2003 avait permis de distinguer les départements français en fonction de la fréquence et la répartition des mesures de soins sans consentement. Cette typologie des départements avait pu être mise en lien avec l'offre de soins disponible (99).

Dans cette étude, le département du Rhône faisait partie des départements présentant un fort taux d'hospitalisation sans consentement et notamment d'HO, tout en ayant un nombre d'entrées totales en psychiatrie rapporté à la population légèrement inférieur à la moyenne nationale. Le taux élevé d'HO était mis en lien avec l'importante population pénale dans le département. Par ailleurs, les auteurs de cette étude faisaient l'hypothèse de pratiques de soin favorisant l'accueil des patients en soins sous contrainte, dans les départements où l'offre hospitalière permet d'absorber les demandes (99).

Le département du Rhône se caractérise par une offre importante de soins en psychiatrie. L'offre ambulatoire est supérieure à la moyenne nationale et l'offre hospitalière est aussi supérieure à la moyenne nationale (97). Par ailleurs, l'offre en soins psychiatriques d'urgences est particulièrement développée. L'ensemble des urgences publiques du département possède le recours à un psychiatre dans les 24 heures. De plus, une unité d'urgences psychiatriques départementales est ouverte en permanence au Vinatier.

D.Synthèse des résultats

L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent est une modalité de soins utilisée dans le Rhône dès sa création légale puis de façon croissante. Dans le Rhône en 2012, les admissions selon cette modalité de soins sont les secondes en termes de fréquence après les admissions à la demande d'un tiers. 19,9 % des admissions en soins sans consentement sont des admissions en SPPI.

Entre 2010 et 2012, les admissions en soins sans consentement ont augmenté, dans le Rhône comme dans chacun des établissements. Dans le Rhône, l'augmentation est de 18,7 % soit 467 admissions supplémentaires. Cette augmentation a pu être surestimée du fait de l'utilisation des programmes de soins comme sorties d'essais courtes au moment de notre étude.

L'apparition de cette modalité d'admission a fortement modifié la répartition des admissions en soins. Dans le Rhône comme dans chacun de ses établissements, le nombre d'admissions en SPDRE a diminué entre 2010 et 2012. Dans le Rhône, la diminution du nombre de SPDRE est de 26,6 % ce qui représente 111 admissions en moins entre 2010 et 2012. Au contraire, cette diminution a pu être sous-estimée.

L'utilisation de la modalité péril imminent diffère selon les établissements. En 2012, Les admissions en SPPI représentent entre 12,5 et 21 % des admissions en soins sans consentement selon les Centres Hospitaliers.

Selon notre étude, le patient admis en SPPI dans le Rhône en 2012 présente les caractéristiques suivantes :

- **C'est un homme dans 51 % des cas ;**
- **Son âge moyen est de 44,6 ans ;**

Son âge est le plus fréquemment compris entre 40 et 49 ans (dans 23 % des cas).

- **Son mode de vie est le plus souvent isolé ;**

56 % des patients admis en SPPI à Saint Jean de Dieu sont isolés

- **Son domicile est plus fréquemment précaire ;**

19,4 % des patients admis en SPPI à Saint Jean de Dieu ont un domicile précaire

- **Son diagnostic le plus fréquemment retenu est celui de schizophrénie ;**

Ce diagnostic concerne 23 % des patients admis en SPPI dans le Rhône

- **Sa mesure de soins sans consentement dure le plus souvent moins de 15 jours.**

51,3 % des mesures de soins durent moins de 15 jours

La durée moyenne de sa mesure de soins est de 40,8 jours

PARTIE III : ETUDE QUALITATIVE

LA PRATIQUE DE LA MODALITE PERIL IMMINENT AUX URGENCES

A. Matériel et méthode

Notre intérêt pour cette nouvelle mesure de soins sans consentement s'est poursuivi en explorant les représentations et les pratiques des psychiatres lors de l'instauration de cette modalité d'admission. A partir de la compréhension du contexte dans lequel l'admission en SPPI est envisagée, instaurée ou écartée, nous avons décrit puis analysé la mise en place de cette modalité de soins par les psychiatres. Les places respectives de la famille et du médecin, leur rapport avec le malade ont été étudiés dans ce moment de crise où une admission sans consentement est discutée. La complexité à l'œuvre dans la mise en place d'une mesure de soins sans consentement, notamment selon la modalité péril imminent, nous a orientée vers l'utilisation d'une méthodologie issue des sciences sociales.

Pour répondre à notre objectif de description, d'analyse et de compréhension de l'instauration d'une mesure de SPPI, une enquête par observation participante a été réalisée. Cette méthode consiste « *en l'exercice d'une attention soutenue pour considérer un ensemble circonscrit de faits, d'objets, de pratiques, dans l'intention d'en tirer des constats permettant de mieux les connaître* » (100). Avec cette méthode, nous avons recueilli une pratique en plus du discours, en veillant à échapper aux réponses convenues, à « saisir les pratiques non officielles ». Notre volonté était de nous détacher du discours psychiatrique, des inquiétudes exprimées dans la littérature psychiatrique récente (90,92) pour observer l'utilisation concrète de cette modalité de soins par les psychiatres, ainsi que le sens qui lui est conféré. L'observation participante a pour but d' « *échapper à la reconstruction de la réalité à laquelle se livre les enquêtés par entretien pour se mettre en conformité avec ce qu'ils supposent être un avis acceptable sur leur univers* » (100).

Cette analyse qualitative a été réalisée auprès de psychiatres. En effet, c'est la pratique des professionnels de notre discipline qui a éveillé notre intérêt. Pour observer l'instauration des SPPI, un service d'urgences a été choisi comme terrain d'étude du fait de la fréquence accrue de ces situations dans ce lieu. Notre terrain de recherche a été défini en sélectionnant des urgences générales où une équipe de psychiatrie était présente. Nous pensions ainsi pouvoir observer la confrontation des points de vue entre psychiatres et urgentistes. De plus, nous souhaitons que notre lieu d'étude puisse permettre l'observation de plusieurs praticiens. Enfin, cette enquête nécessitait un fonctionnement en équipe avec des échanges fréquents entre les praticiens. Etant données ces caractéristiques souhaitées, notre étude a été réalisée au sein de l'équipe psychiatrique des urgences du Centre Hospitalier de Lyon Sud (CHLS) où nous avons effectué notre stage de huitième semestre d'internat.

L'écoute des discours a été élargie à l'ensemble des propos tenus par des professionnels de santé rencontrés à l'occasion de réunions bibliographiques, de cours ou de conférences.

Le CHLS appartient aux Hospices Civils de Lyon. C'est un centre hospitalier universitaire, qui abrite une des quatre facultés de médecine de Lyon. Le CHLS est situé à la proximité de Lyon sur la commune de Pierre-Bénite. Les patients qui se présentent aux urgences du CHLS proviennent le plus fréquemment des villes aux alentours du site mais aussi des communes plus rurales de l'ouest et du sud lyonnais. D'après notre entretien avec le chef de service des urgences du CHLS, environ 33 000 patients se présentent chaque année à l'accueil des urgences, ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Parmi ces entrées, 3500 patients nécessitent un avis psychiatrique spécialisé, et 600 une hospitalisation en psychiatrie. La moitié de ces hospitalisations a lieu en clinique psychiatrique et l'autre moitié en centre hospitalier spécialisé. Ces estimations permettent de supposer que sur notre période d'observation d'une durée de trois mois, 875 patients environ ont bénéficié d'un avis psychiatrique et 150 d'une hospitalisation en psychiatrie.

Le service d'accueil des urgences est couplé à une unité d'hospitalisation de courte durée destinée à la fois aux urgences médicales et psychiatriques. Dans cette unité, après l'évaluation initiale à l'accueil des urgences, la prise en charge mutuelle du patient pour des symptômes somatiques et psychiatriques est effectuée sur un temps court. Cette unité permet aussi de poursuivre l'évaluation psychiatrique si nécessaire afin de déterminer l'orientation la plus adaptée vers un lieu de soin ultérieur.

Lorsque cette étude a débuté, l'équipe psychiatrique des urgences était composée de deux membres présents depuis plusieurs années : un praticien hospitalier, et une psychologue clinicienne. Une chef de clinique assistante des hôpitaux travaillait aussi dans cette équipe depuis plus d'une année et demie. Enfin, les deux postes d'internes ont été pourvus.

L'organisation journalière de cette équipe, présente quotidiennement, s'articulait autour de deux temps de relèves. La première avait lieu en début de matinée et permettait d'exposer quelques éléments du dossier médical des patients arrivés dans la nuit afin de répartir les prises en charges entre les différents praticiens. Au cours de la seconde relève, qui avait lieu en fin de matinée, étaient détaillées la situation clinique de chaque patient, la prise en charge envisagée, les démarches restantes à effectuer. Ces relèves étaient l'occasion d'échanges entre les différents praticiens. Il s'agissait d'un moment où les internes pouvaient questionner les médecins seniors. De ces relèves ont été issues une grande partie du matériel de cette étude par observation participante. Du fait de l'expression habituelle et quotidienne des interrogations entre les praticiens dans ce temps clinique, nos questions en lien avec cette enquête se sont insérées dans la pratique

courante du service. Lors de nos temps de permanence le samedi matin, nous avons pu observer la pratique d'un praticien extérieur à l'équipe, effectuant des astreintes pour le week-end.

Au cours de notre période d'observation, le praticien hospitalier a démissionné. L'équilibre institutionnel a été déstabilisé par cette annonce et ce départ. Le fonctionnement pratique a été amputé d'un praticien senior, mais est resté identique sur la période d'observation. Un autre psychiatre, chef de clinique dans le service de psychiatrie de liaison, a participé aux soins psychiatriques urgents durant cette période instable.

Notre statut d'interne et le format semestriel des stages nous ont permis de réaliser cette observation sur une durée prolongée. La durée de trois mois, discutée et programmée avant le début de l'enquête, avait initialement pour but d'effectuer l'observation dans une période de stabilité institutionnelle, avant le départ programmé de la chef de clinique des urgences.

Cette durée est apparue suffisante pour que les praticiens soient moins troublés par notre travail d'observation et pour nous approprier cette méthode. « *Le temps est constitutif des enquêtes anthropologiques durant lesquelles les chercheurs sont amenés à réfléchir de façon permanente sur leur position de chercheur* » (101). Le phénomène de saturation des données a été recherché, et chacun des thèmes fixés a été observé jusqu'à l'épuisement de l'apport d'informations. L'écoute des discours, dans divers lieux, a précédé l'observation participante et a perduré tout au long du stage d'interne.

Lors des enquêtes par observation participante, un temps est habituellement consacré à l'apprentissage du rôle participatif avant le début de l'observation. Comme nous avons déjà une expérience de notre fonction d'interne et de la pratique de la psychiatrie aux urgences générales, nous avons pu débiter l'observation dès notre arrivée.

Notre travail de thèse sur la modalité péril imminent a été exposé à l'équipe psychiatrique. Le principe de notre méthodologie, comprenant une analyse de la pratique et des discours à partir de l'observation sur le terrain de notre stage, a été présenté aux différents praticiens. Certains médecins urgentistes ont été informés lors d'une visite avant même le début de notre stage. L'intérêt des psychiatres et des urgentistes pour notre sujet lors de sa présentation a été l'objet de notre attention.

Cette recherche a donc été effectuée en partie « à découvert » : les intervenants, notamment l'équipe psychiatrique, ont eu connaissance de notre sujet de thèse et de la méthodologie utilisée. Cependant, notre statut était également celui d'observatrice « incognito ». Pour les autres soignants et personnels des urgences, notre rôle d'interne était à la fois familier, habituel et sans particularité. Enfin, les objets précis de notre étude et leurs évolutions n'ont pas été connus, y compris par l'équipe psychiatrique.

Le temps d'observation au sein du stage a été précédé par le recueil précis de l'ensemble de nos propres préjugés sur notre sujet. Cette étape, nommée « inventaire avant enquête », a consisté dans la rédaction détaillée de l'ensemble de nos idées sur l'admission en cas de péril imminent. Cet inventaire vise à éviter de *« n'être attiré que par ce qui peut conforter ses hypothèses décidées à l'avance »*. Ainsi l'enquêteur peut *« maintenir sa capacité d'étonnement en éveil et [...] remettre souvent à l'esprit ce qu'[il] s'attendait à observer avant l'entrée sur le terrain »* (100).

Pour réaliser notre étude, des notes ont été quotidiennement recueillies permettant la constitution d'un « journal de terrain ». La rédaction de ce journal a eu lieu le soir à partir du souvenir de la journée. Dans ces notes ont coexisté des descriptions, des perceptions, des données chiffrées et le recueil des émotions.

Dans notre journal de terrain, nous avons décrit les situations où une admission sans consentement était envisagée, et plus attentivement les situations où la mise en place d'une mesure de SPPI était discutée. Les situations cliniques et l'ensemble des intervenants ont été décrits. Le déroulement de la prise de décision, le comportement de chacun, leurs paroles ont été recueillis. Les discussions dans l'équipe ont été écoutées avec attention. L'observation a concerné également nos propres pratiques.

A l'aide de l'écoute des discours et de l'observation des comportements, les représentations des différents soignants sur la mesure de SPPI, sur le patient admis en SPPI, ainsi que sur sa famille ont été approchées. Les mots et le ton employés pour qualifier cette mesure de soin ont été examinés. Le nombre de SPPI et le temps consacré à la recherche de tiers ont été comptabilisés. Enfin les émotions ressenties ont été notées, lors de l'observation d'une situation, d'un récit en relève ou lors de notre participation à la mise en place d'une admission en cas de péril imminent.

Selon la méthodologie de l'observation participante, l'observation n'a eu lieu que dans les moments où nous étions présente. Les patients qui se sont présentés les week-ends et qui ont été hospitalisés en SPPI après leur prise en charge aux urgences du CHLS n'ont pas été inclus. Il n'y a pas eu d'analyse du dossier médical pour ces patients.

Initialement, les dossiers médicaux n'ont pas été analysés afin de permettre de nous affranchir de notre seule position médicale au profit de notre position d'enquêtrice. L'écrit du psychiatre ne nous semblait pas représenter l'opinion personnelle du praticien. Cet écrit nous paraissait rédigé davantage comme obligation médico-légale et comme trace mnésique utile au praticien ou à ses confrères lors de passages ultérieurs du patient. Cependant lors de la rédaction de nos propres dossiers médicaux pour les patients pris en charge au cours du stage, nous avons été attentive à l'écart entre notre discours écrit et oral. A la fin de notre période d'observation, la plupart des certificats médicaux d'admission en SPPI rédigés au cours de notre période

d'étude ont été lus et analysés. Après avoir écouté les discours et observé la pratique, nous pouvions lire ces écrits particuliers que sont les certificats et analyser la justification à destination des autorités administratives et judiciaires.

Les données de l'observation ont été systématisées autour de grands thèmes. Ceux-ci ont été définis au début de l'enquête sur le terrain, en nous appuyant à la fois sur nos lectures et sur les premières données recueillies. Ces thèmes sont :

LA RECHERCHE DE TIERS

- Comment s'effectue le recueil et la recherche de tiers potentiels ?
- En combien de temps ?

LA CLINIQUE DU PATIENT

- Quel est le motif d'entrée du patient ?
- Qui amène le patient ?
- Quelle est l'indication d'une admission en SPPI ?

LA FAMILLE

- Qui a été contacté ?
- Qui n'a pas été contacté ? Pourquoi ?
- Que veut la famille par rapport à l'admission sans consentement ? Pourquoi ?

LA JUSTIFICATION DE L'INDICATION D'UNE ADMISSION EN PERIL IMMINENT

- Quel(s) critère(s) justifie(nt) la mise en place d'une admission en SPPI à l'oral ?
- Dans un deuxième temps, comment est-ce justifié par écrit ?
- Comment est défini le péril imminent ?

LA REFUTATION DE L'INDICATION D'UNE ADMISSION EN CAS DE PERIL IMMINENT

- Dans quel cas est-ce fait ?
- Comment est-ce justifié par oral ?
- Comment est-ce justifié par écrit ?

LES PAROLES ENTRE PSYCHIATRES ET URGENTISTES

B. Résultats

1. L'ENQUETE

❖ L'arrivée : attente d'une parole expertale sur un sujet incertain et méconnu

Lors de notre venue en stage, une place d'experte de cette nouvelle modalité d'admission nous attendait. Cette attente s'est exprimée immédiatement ou de façon différée, autour d'une situation clinique ou d'une discussion plus générale : « *Quelles indications sont évoquées dans la littérature ?* » ; « *dans cette situation, qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que c'est justifié ?* ». Cette sollicitation d'une expertise était présente quelle que soit l'expérience des praticiens. Cette attente s'est exprimée également à chaque fois que nous avons présenté notre sujet de thèse, lors des échanges informels avec des praticiens, rencontrés en dehors de notre terrain de stage : « *Tu nous donneras les réponses dans ta thèse ?* ».

Le souhait était de connaître les bonnes pratiques, les usages recommandés par les psychiatres. Cette attente très forte était aussi celle d'une précision sur l'indication légitime de cette mesure. Dans quelles situations cliniques les psychiatres devaient-ils instaurer cette nouvelle modalité de soins sans consentement ? Nous avons été questionnée ainsi : « *Quel est le sens de la loi pour l'admission en cas de péril imminent ?* ». L'ambiguïté de la formulation des conditions d'application était constatée par les praticiens sans qu'ils n'aient eu connaissance de l'indétermination des réflexions au cours de l'écriture du texte de loi. « *Quels sont les termes et l'esprit de la loi ?* » nous a-t-on demandé lors de l'arrivée en stage.

Par ces questions, les psychiatres témoignent-ils de leur intérêt pour ce sujet mais aussi de leur distance avec la législation en vigueur ? Alors qu'ils apparaissent concernés par cette modalité d'admission - dans leur pratique et dans leur réflexion - les psychiatres sont-ils dans l'attente d'une information législative en provenance de leurs confrères, et non de leur analyse personnelle du texte de loi ?

Les interrogations des psychiatres étaient associées à une méconnaissance de la loi sur des points liés à l'admission en cas de péril imminent. Un psychiatre affirmait qu'« *il n'y a plus de tiers administratif* » depuis le texte de juillet 2011 et que le curateur d'un patient sous curatelle renforcée « *n'a plus le droit de faire le tiers* ». Il nous faut noter que l'intitulé exact de l'article de loi concernant l'admission en péril imminent est incommode : L3212-1-II-2, au point qu'il est particulièrement difficile à retenir.

Cette méconnaissance était majorée chez les soignants non spécialisés en psychiatrie, qui ne connaissaient pas tous l'existence de cette nouvelle mesure, deux années et demie après l'application de la loi. Un infirmier des urgences a demandé dans le couloir : « *Ça veut dire quoi SPPI ?* ». Un médecin généraliste rapportait qu'il n'en avait pas entendu parler : « *Je ne connais pas* ». Un urgentiste faisait le récit de son stage d'interne à la régulation du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : chaque praticien du SAMU donnait une réponse différente aux médecins généralistes appelant pour des conseils sur l'indication d'une mesure de soins sans consentement et sur l'orientation vers une mesure de péril imminent.

❖ **L'évolution de notre position d'enquêtrice au cours de la recherche**

Le début du stage a été l'occasion de suivre les psychiatres dans leur pratique. Cette observation n'était pas demandée par l'enquête mais par la nécessité de compréhension de l'organisation du service et des détails pratiques. Cette période nous a permis d'observer les discours effectifs des psychiatres aux patients et aux familles.

Un peu après notre arrivée, nous avons été considérée d'abord comme enquêtrice et observatrice par l'équipe psychiatrique, ce qui a pu produire des discours à notre attention. Deux faits ont pu favoriser cela : d'une part nous avons envisagé avant notre arrivée pouvoir prendre des notes dans le temps des relèves et il s'est avéré qu'aucun praticien ne le faisait. Cette attitude rappelait avec trop d'insistance notre volonté d'observation. D'autre part, durant cette même période nous lisions, dès que possible, une enquête intitulée « *Une ethnologue à l'hôpital* » (101), ce qui a amené les questions des membres de l'équipe, l'explication répétée de notre travail de thèse et un vécu probablement inconfortable. Ces deux activités ont été rapidement abandonnées pour pouvoir être perçue majoritairement selon notre statut d'interne.

L'annonce de la démission du Praticien Hospitalier, précédée par un temps d'incertitude et son absence pour des congés a aidé notre observation. A partir de décembre, dans ce changement majeur pour l'équipe psychiatrique, notre enquête a pu être oubliée. La préoccupation était ailleurs.

❖ **Le nombre d'admissions en cas de péril imminent au cours de l'étude**

Au cours des onze semaines de notre observation, dix admissions en SPPI ont été étudiées. Ces admissions ont été mises en place par l'un des trois praticiens observés le plus fréquemment : le praticien hospitalier, le chef de clinique du service de psychiatrie des urgences ou le chef de clinique de psychiatrie de liaison. Il faut préciser que d'autres admissions en SPPI ont été instaurées durant la même période de temps mais ces admissions ont été mises en place alors que nous étions absente. Comme indiqué dans la méthodologie, toutes les réflexions et démarches concernant les admissions en soins sans consentement ont été observées, quelle que soit la modalité finale d'admission choisie.

L'assistante sociale du service, consultée après la fin de notre enquête par observation participante, nous a rapporté qu'elle effectuait une demande de tiers une douzaine de fois par an lors de l'application de la loi de 1990. Par contre durant cette même période, le nombre de patients pour lesquels elle recherchait et trouvait un tiers à contacter était bien plus important.

L'admission en cas de péril imminent serait une modalité de soins utilisée plus fréquemment que ne l'était l'hospitalisation à la demande d'un tiers administratif lors de l'application de la loi de 1990. L'observation et l'entretien avec l'assistante sociale du service évoquent cette hypothèse.

❖ **L'indifférence des médecins urgentistes à la modalité d'admission choisie**

Un des premiers constats réalisés fut le désintérêt des médecins urgentistes pour cette question de la modalité d'admission. Au cours de l'étude, il n'y a pas eu d'échange spontané sur le choix de la modalité de soins sans consentement, s'appuyant éventuellement sur un cas de clinique quotidienne. Les psychiatres étaient considérés comme des experts, spécialistes en psychiatrie ; les urgentistes leur confiaient le patient dont ils avaient fini de s'occuper à l'aide de leurs propres compétences. Les médecins urgentistes étaient intéressés par le devenir du patient, éventuellement par l'avis clinique du psychiatre mais n'apparaissaient pas concernés par la modalité d'admission mise en place.

Notre observation peut s'enrichir des résultats de la recherche de F. Danet, psychiatre et sociologue, concernant la médecine d'urgence. Selon lui, il existe un décalage important entre le « travail prescrit » des urgentistes - l'accueil des pathologies graves en phase aiguë - et leur travail réel : « sale boulot » de prise en charge du grand âge, de la détresse psychosociale et de demandes ni strictement médicales ni réellement urgentes. Pour F. Danet, les « plaisirs » de l'urgentiste seraient de « *résoudre rapidement des situations, qui -*

prises en charge avec du retard - auraient été fatales pour le patient en question » et de « gérer chaque situation d'un bout à l'autre » (102). Le patient pour lequel une hospitalisation sans consentement est discutée ne procure aucun de ces plaisirs à l'urgentiste, ce qui explique peut-être l'indifférence constatée. D'une part, la prise en charge de ce patient - ne présentant pas d'urgence vitale immédiate - est lente et longue, d'autre part, cette situation nécessite l'avis spécialisé du psychiatre. Par ailleurs, F. Danet décrit l'identité de l'urgentiste. Elle serait constituée en partie par la spécificité de ses conditions de travail et par sa compétence pratique à détecter l'urgence, la « vraie ». Cette dernière aptitude, « regard impossible à apprendre ou à transmettre », ne s'accompagnerait pas d'un discours sur le savoir ou le savoir-faire médical (103). Il écrit ainsi : « Il est impossible de les faire parler de la médecine entendue comme un corpus de connaissances, tant cela les désintéresse » (102).

2. L'ELABORATION DE L'INDICATION D'UNE ADMISSION EN SPPI

Dans ce chapitre, nous présentons les étapes successives de la réflexion aboutissant à une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent.

❖ Les préalables à cette réflexion : à propos du contact avec le tiers

Cette observation a révélé l'importance de la présence ou de l'absence de l'entourage au moment où s'initiait l'évaluation psychiatrique, que ce soit par sa présence physique ou au moyen de coordonnées téléphoniques laissées dans le service. Nous allons détailler ces deux situations qui conditionnaient le déroulement de la prise en charge du praticien.

En présence de l'entourage

Quand un membre de la famille était présent physiquement ou s'était manifesté, l'indication d'une admission sans consentement pouvait se réaliser selon deux démarches opposées.

Lorsqu'une hospitalisation sans consentement était pressentie en relève à la lecture des éléments du dossier, certains praticiens recevaient dans un premier temps la famille avant de voir le patient. Un premier contact avait lieu avec l'entourage, en entretien ou par téléphone, puis l'entretien avec le patient permettait d'évaluer l'existence de troubles mentaux, la nécessité de soins et l'impossibilité de consentement.

D'autres praticiens, dont nous-même, s'entretenaient dans un premier temps avec le patient, puis recevaient la famille par la suite. Selon cette approche, l'évaluation clinique d'une indication d'admission en soins sans consentement avait d'abord lieu puis le patient était informé de la rencontre ou du contact avec

sa famille. Parfois, le patient pouvait orienter le psychiatre vers l'entourage à contacter et donner éventuellement des coordonnées. Au moyen d'une adresse ou des contacts de son téléphone portable, le patient nous mettait en rapport avec sa famille, son organisme de tutelle, ses auxiliaires de vie...

La première démarche rappelle celle de la loi de 1838, où l'entourage conduit son proche malade à l'hôpital, mais aussi celle qui transparaît dans l'intitulé des lois plus récentes : l'hospitalisation sur demande d'un tiers, ou l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Le tiers est défini par sa demande. Ce demandeur serait à l'initiative de l'hospitalisation et donc l'interlocuteur de choix pour le psychiatre.

Selon la seconde approche, le patient indique au psychiatre qui peut être contacté. Le patient, tant que possible, choisit les informations qu'il délivre au professionnel de santé. Le tiers est désigné par le patient et cette procédure évoque celle de la « personne de confiance ». Pour la personne de confiance comme pour ce tiers, membres de l'entourage désignés par le patient, les rapports de parenté ne sont pas définis.

La pratique de l'une ou l'autre de ces deux approches serait-elle déterminée par l'âge du psychiatre, ou encore par l'imprégnation aux questions de consentement et de droit du patient ?

En l'absence de l'entourage

Lorsque les proches ne s'étaient pas manifestés, de fait, le patient était reçu dans un premier temps. Le psychiatre indiquant des soins sans consentement, cherchait alors à faire émerger une demande d'un tiers. Cette demande n'avait pas été formulée au préalable par la famille.

La fréquence importante des patients non accompagnés a-t-elle conduit à la généralisation d'un entretien initial avec le patient avant le recueil de la demande de la famille ?

En 2005, selon le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ proposant une réforme de la loi de 1990, les difficultés pour obtenir une demande de tiers ont motivé l'élaboration de la procédure d'admission sans demande formalisée d'un tiers. Ces difficultés sont décrites ainsi : « *Dans la pratique, la démarche suivie est, dans un certain nombre de cas, inverse de ce qui était prévu dans la loi : l'établissement se met à rechercher le tiers lorsque le malade, trouvé sur la voie publique ou signalé par des voisins par exemple, est déjà arrivé à l'hôpital* » (47). Selon ce rapport, l'esprit de la loi serait une demande initiale de la famille, qui conduit le patient vers les soins hospitaliers. Ce rapport explique l'utilisation d'une « démarche inversée » par les conditions d'arrivée dans le service d'urgence, et donc l'accompagnement par un membre de l'entourage. A partir de notre observation, nous associons à ce facteur la conception personnelle du praticien : est-ce la famille qui entre en lien avec le psychiatre et amène le patient non consentant aux soins ? Ou est-ce que

malgré son absence de consentement, le praticien entre initialement en relation avec le patient puis est conduit par lui vers le tiers ?

Lorsque l'entourage ne s'était pas manifesté et que le patient ne pouvait donner des coordonnées afin qu'un contact soit pris, la recherche d'un lien avec la famille prenait le chemin suivant : recherche informatique dans les dossiers médicaux puis administratifs, appel si possible du médecin généraliste, de l'hôpital psychiatrique du secteur, puis des hôpitaux psychiatriques du département, appel des pompiers qui communiquaient les coordonnées de celui qui avait donné l'alerte. L'ensemble de cette démarche était longue, pouvait prendre une matinée et se poursuivait souvent par l'attente que le proche contacté rappelle le service.

La clinique du patient influait sur l'ordre de contact avec le patient ou son entourage, cependant dans une moindre mesure que la théorie de la pratique du psychiatre et la présence de l'entourage. Certains praticiens effectuaient une recherche administrative et contactaient la famille avant de s'entretenir avec un patient très désorganisé ou très délirant. D'autres psychiatres demandaient au patient, présentant des signes cliniques similaires, le nom de la personne de l'entourage à appeler avant de rechercher les coordonnées. Lorsqu'un patient était trop sédaté après une intoxication, certains praticiens attendaient qu'un entretien avec le patient soit possible avant de prendre tout contact avec la famille. D'autres psychiatres cherchaient à entrer en lien avec la famille pendant que le patient était intoxiqué.

Selon notre observation, dans toutes les situations où une admission en soins sans consentement se discutait, le psychiatre tentait d'entrer en relation avec l'entourage. La nécessité d'un contact était annoncée au patient, affirmée lorsque celui-ci refusait. Cette démarche était expliquée au patient et le secret médical évoqué : il s'agissait d'un recueil d'informations en provenance de la famille et non d'une divulgation du contenu de l'entretien ; par ailleurs les troubles actuels et la nécessité de soins pour le patient imposaient ce contact, parfois non consenti, avec un membre de l'entourage.

Cette recherche d'un contact avec l'entourage n'avait pas lieu dans l'unique optique de solliciter une demande d'admission d'un tiers, les psychiatres rapportaient surtout leur besoin d'obtenir des informations cliniques connues de la famille. L'indication d'une admission sans consentement se construisait souvent avec ces deux matériaux : l'entretien clinique avec le patient et le regard de la famille sur son état actuel, son inquiétude le plus souvent.

Par cette sollicitation de l'entourage, les psychiatres semblent témoigner de la reconnaissance du savoir détenu par la famille sur l'état clinique du patient. Lors de notre observation, nous n'avons pas constaté un défaut de tentative de contact avec l'entourage comme nous l'avions imaginé dans la rédaction de nos préjugés. Cependant, c'est l'attente et le temps nécessaire à cette recherche qui étaient remis en question, nous le détaillerons.

Certains membres de la famille n'étaient pas contactés par choix du psychiatre, notamment les proches mineurs. Selon les situations, souvent en fonction de l'avis du patient et de la possibilité de joindre un autre membre de l'entourage, les conjoints lors d'une séparation en cours n'étaient pas appelés.

❖ **La recherche d'une atteinte à la sûreté des personnes**

Une fois l'hospitalisation en soins sans consentement indiquée au vu de l'ensemble d'un tableau clinique associant l'entretien du jour et le discours de la famille décrivant leur proche, le choix de la modalité légale de soins était fréquemment discuté entre les psychiatres.

Dans un premier temps, la sélection de la modalité légale d'admission s'effectuait en questionnant la dangerosité des troubles mentaux : les troubles mentaux du patient compromettaient-ils la sûreté des personnes ou portaient-ils atteinte, de façon grave, à l'ordre public ?

D'après notre observation, l'atteinte grave à l'ordre public conditionnait les circonstances d'arrivée aux urgences, le patient étant alors fréquemment accompagné par les forces de l'ordre ; au contraire, le fait de compromettre la sûreté des personnes pouvait être inconnu au moment de l'accueil aux urgences et était recherché lors du contact avec l'entourage. Ce sont les violences physiques, les menaces de violences en lien avec les troubles mentaux qui étaient alors explorées. Le plus souvent, l'existence de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes orientait vers une admission en SPDRE. Cependant, dans cette situation, le choix de l'admission selon une des deux modalités SPDRE ou SPPI était fréquemment débattu entre les praticiens observés. L'admission en SPPI était favorisée dans les situations de violence privée, s'exerçant dans le cadre familial. L'admission en SPDRE était alors écartée du fait de ses conséquences administratives plus lourdes.

Au contraire, s'il n'y avait ni trouble grave à l'ordre public ni atteinte à la sûreté des personnes, l'admission en SPDRE était exclue. Une admission selon une autre modalité de soins, dont en cas de péril imminent, était envisagée après l'exclusion des conditions d'admission en SPDRE.

❖ L'impossibilité d'obtenir une demande de tiers

Les arguments justifiant l'impossibilité d'obtenir une demande étaient de trois types lors de notre observation : cliniques, pratiques, ou l'absence de tiers.

Impossibilité clinique d'obtenir une demande

Parfois le choix de l'admission selon la modalité péril imminent s'effectuait en fonction de la clinique du patient. Le psychiatre jugeait que la demande de la famille était contre indiquée par la symptomatologie du malade. Ainsi, un patient qui présentait selon le psychiatre des traits de perversité dans la relation avec l'ensemble de sa famille a été admis en SPPI. L'intention du psychiatre était d'éviter que le patient n'utilise sous forme de représailles la demande d'admission. Plusieurs patients exprimant des idées délirantes à thématique de persécution, notamment lorsque l'entourage était inclus dans le délire, ont été admis en SPPI dans le but d'éviter une majoration du vécu de persécution ainsi qu'une réaction hétéro agressive du patient. D'après les discours des psychiatres et notre pratique précédente, ces patients auraient probablement été admis en hospitalisation d'office lors de l'application de la loi de 1990, la demande du tiers étant contre indiquée par la clinique du patient.

Impossibilité pratique d'obtenir une demande

Le choix d'une admission en SPPI s'effectuait le plus souvent lorsque le tiers annonçait son impossibilité concrète de se rendre à l'hôpital afin de signer la demande. L'entourage, contacté par téléphone, était en demande de soins psychiatriques pour le patient mais ne pouvait se déplacer pour de multiples contraintes pratiques : parce qu'il était à l'étranger, hospitalisé ou qu'il ne pouvait se rendre disponible pour venir aux urgences.

Une des pratiques du service observé était d'admettre le patient en SPPI lorsque le tiers ne savait pas écrire, ce qui n'est pas la procédure inscrite dans la loi. Selon le texte législatif, dans les cas où le demandeur ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande doit être reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Nous retrouvons ici le caractère imprécis et malléable de la condition du texte de loi : « *il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers* ».

L'absence de tiers

Au cours de ces trois mois d'observation, la mise en place d'une admission en SPPI en l'absence totale d'entourage malgré les recherches effectuées n'a concerné qu'une unique situation. Lors de la rédaction de notre « inventaire avant enquête », nous avons pensé que cette situation aurait été beaucoup plus fréquente et aurait concerné la majorité des admis en SPPI.

Pour ce patient sans entourage, l'attente que nous avons rencontrée dans notre premier stage d'interne aux urgences ne pouvait avoir lieu, semblant impossible. Lors de notre précédent stage, la recherche d'un contact avec un tiers pouvait prendre plusieurs jours, pendant lesquels le patient était pris en charge dans un des services d'hospitalisation des urgences. Ensuite seulement, la sollicitation de l'avis de l'assistante sociale et de sa demande d'hospitalisation en milieu psychiatrique était envisagée.

Dans notre situation d'observation, l'attente était celle du contact hypothétique avec un psychiatre libéral traitant le patient, susceptible alors de nous informer sur l'entourage à contacter. Nous n'avons pas eu connaissance que celui-ci ait rappelé.

L'attente nous a semblé impossible dans cette situation de patient sans aucun tiers mais aussi face à ces tiers qui annonçaient leur difficulté pour se rendre aux urgences rapidement. Pourtant cette difficulté du tiers était très fréquente lorsque l'enjeu était celui d'une admission en soins sans consentement. Nombreuses étaient les familles arrivant très en retard aux rendez-vous fixés alors que l'admission en soins à la demande d'un tiers avait été évoquée par téléphone.

Ce retard est peut être le reflet de leur ambivalence, de leur difficulté à prendre cette décision.

La difficulté d'attendre aux urgences générales apparaissait légitime : selon le discours de certains praticiens, le patient relevant d'une admission en soins sans consentement au vu de la clinique, de l'avis de l'entourage était mieux pris en charge à l'hôpital psychiatrique. Pour autant par cette démarche, les familles qui déclaraient leur impossibilité de se déplacer n'étaient pas attendues, elles n'étaient pas reçues aux urgences. Un des psychiatres avait cette analyse : « *Si on cherche longtemps un tiers on va le trouver. Mais il y a le critère d'urgence. L'imminence entraîne une réponse en urgence. En urgence on recherche moins le tiers. S'il y a une imminence, il faut hospitaliser vite. C'est un cercle, les critères « absence de tiers » et « péril imminent » se répondent l'un l'autre. Ils ne sont pas indépendants* ».

Est-ce du fait de l'imminence du péril qu'il n'est plus possible de temporiser ? Ou de l'inadaptation de ces services d'urgences générales pour les patients pouvant présenter des troubles du comportement ou un état d'agitation ? Est-ce en rapport avec une injonction d'orientation rapide perçue de l'administration comme des collègues urgentistes ?

Pour un urgentiste questionné sur la modalité, l'admission en SPPI : « *C'est pour faire admettre plus vite les patients* ». Ainsi ce médecin évoquait plutôt l'accélération de la procédure d'admission au moyen de cette modalité. L'admission en SPPI aiderait à la gestion des patients psychiatriques qui seraient ainsi plus

rapidement pris en charge en milieu spécialisé. Nous privilégions cette hypothèse devant cette réduction de l'attente.

J.-M. Elchardus évoque la spécificité du travail psychiatrique aux urgences générales, le partage des contraintes de lieu et de temps avec les médecins somaticiens et le risque de se « *laisser prendre par la violence de l'institution d'urgence* » et « *d'agir, de plus en plus vite, quitte à « évacuer* » » le malade. Dans ce cas, la réduction du temps matériel disponible s'accompagne d'une diminution du temps de réflexion soignante (104). La modalité péril imminent nous semble majorer ce phénomène. Dans quelle mesure est-ce un risque déterminant de la qualité de la décision finale ?

Aux urgences du Centre hospitalier de Lyon Sud, l'attente envisageable était d'une demi-journée pour que l'entourage ait rappelé dans le service, d'une journée environ pour son déplacement aux urgences. D'après les discours rapportés des praticiens exerçant ailleurs, la possibilité d'attente serait moins longue dans d'autres lieux. La durée d'attente nécessaire semble évaluée selon un consensus d'équipe. Cette variation selon les lieux pourrait probablement être mise en lien avec le phénomène de saturation des urgences, dépendant du nombre d'admissions par jour, de son adéquation avec le nombre de lits d'hospitalisation en aval disponibles et du nombre de praticiens présents.

L'impossibilité d'obtenir une demande de tiers était systématiquement justifiée par chaque praticien à l'oral. Souvent les démarches concrètes étaient rapportées. Le détail de l'impossibilité d'obtenir la demande, le choix du psychiatre de mettre en place une admission selon la modalité péril imminent et fréquemment le choix d'un arrêt de la sollicitation du tiers étaient justifiés à l'oral. L'accord verbal du proche et l'impossibilité pour lui d'établir une demande formelle étaient toujours justifiées. Par contre, un seul praticien justifiait pour chaque situation l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers dans le certificat médical initial.

❖ La notion de péril imminent

Il ne nous semble pas, d'après notre observation, que la notion de péril imminent explique la réponse en urgence, l'hospitalisation rapide ou la diminution de l'attente comme l'évoquait ce psychiatre.

La notion de péril imminent dans sa forme positive, c'est-à-dire l'existence reconnue d'un péril imminent, était peu utilisée en pratique. Elle était présente dans le discours ; un psychiatre, présent lors d'une astreinte le week-end, se représentait ainsi la modalité péril imminent : « *Une mesure pour une absence de tiers, et en cas de risque vital au sens psychiatrique* ». Cependant dans la pratique, la décision d'une admission en SPPI ne semblait pas se faire à l'aide de cette notion. L'existence d'un péril imminent n'était pas détaillée dans le

discours oral, ni même dans le dossier médical. L'unique lieu où cette existence pouvait être consignée était le certificat médical d'admission. Dans ces écrits, en partie à destination du juge, un des psychiatres justifiait systématiquement l'existence du péril imminent par le risque de dégradation clinique ou d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif, un autre justifiait de façon variable suivant les situations cliniques, enfin un autre praticien jamais. Lorsque nous avons eu l'occasion de le questionner sur cette absence de justification, ce psychiatre a répondu avec une part d'étonnement que le péril imminent « *est justifié par tout ce qui est écrit au-dessus* », c'est-à-dire par la description clinique circonstanciée.

Par contre la notion négative, c'est-à-dire l'absence de péril imminent, était utilisée dans les écrits du dossier médical et parfois à l'oral. Elle légitimait la possibilité d'une sortie du patient. Lors de notre arrivée en stage, un psychiatre nous a recommandé de toujours évoquer l'absence de péril imminent lors d'une décision de sortie.

Dans la rédaction du dossier médical, dans l'après-coup de la prise en charge, le praticien semble être face à l'impératif d'une justification médico-légale, cette notion de péril imminent devient primordiale. L'existence de deux définitions dans la conférence de consensus de l'HAS et le flou de ces explications favorisent probablement cette utilisation légale, plus que médicale, de la notion de péril imminent. En effet le « *risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » semble pouvoir s'appliquer à toute décision d'hospitalisation, notamment lors d'une admission sans consentement. Au contraire, « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » paraît plus rare, favorisant peut être l'exclusion du péril imminent et la possibilité de sortie.

L'absence de péril imminent était notamment utilisée dans les situations particulièrement délicates où le médecin indiquait une admission en soins sans consentement mais où la famille la refusait.

Nous parvenons avec l'évocation de cette situation à une grande difficulté mêlant clinique et responsabilités. Que faire quand la famille refuse l'hospitalisation indiquée médicalement ? Nous constatons que l'existence même de ce questionnement présuppose une démarche récente dans l'instauration de l'admission en soins sans consentement : dans un premier temps le médecin indique des soins au vu de l'état clinique du patient et sollicite ensuite la famille afin qu'elle formule une demande. Nous allons détailler cette situation complexe mais il nous faut tout d'abord considérer que dans les admissions en soins sans consentement les responsabilités respectives de la famille et du médecin s'expriment.

3. LA RESPONSABILITE

Dans les discours des praticiens, l'arrivée de la modalité péril imminent a modifié les responsabilités à l'œuvre dans la prise de décision d'hospitalisation sans consentement. Un psychiatre nous a dit : « *C'est une mesure qui déresponsabilise tout le monde... sauf les médecins. Une mesure qui déresponsabilise le directeur et l'assistante sociale, qui devaient venir pour faire le point sur une situation. Et ça déresponsabilise les familles. Ça autorise le paradoxe des familles qui demandent l'hospitalisation sans la demander* ».

Ces propos font référence au vécu de responsabilité lors du processus de décision d'une admission en cas de péril imminent, à la fois au sentiment de responsabilité exacerbé du praticien et ce qu'il se figure de la responsabilité des autres intervenants. Il s'agit là de sentiments de responsabilité, impliquant pour les sujets dont la liberté de décision est présumée, un engagement moral immédiat, une obligation de répondre des conséquences de leurs actes devant leur instance morale, les autres protagonistes, les autorités judiciaires. Dans ce processus d'admission, le patient n'est pas engagé dans un sentiment de responsabilité, ses troubles psychiatriques empêchant son consentement à des soins nécessaires, entravent aussi sa possibilité de responsabilité. Nous allons poursuivre l'analyse de nos résultats selon la thématique de la responsabilité ressentie (95,105).

❖ Le sentiment de responsabilité des familles

Le moment de la signature de la demande d'admission sans consentement était un temps important pour le tiers. En effet, la famille était parfois largement réunie, occasionnellement le proche signataire avait été accompagné par des amis. Souvent, par téléphone, les tiers avaient déjà exposé au psychiatre leurs inquiétudes, les données cliniques issues du quotidien ; l'admission en soins sans consentement avait alors été évoquée. Le temps de la rédaction de la demande était surtout celui de la réalisation d'une décision déjà discutée. Fréquemment, les familles exprimaient la difficulté de cette démarche, exacerbée par leur vision d'un internement, parfois sans fin, à l'hôpital psychiatrique.

La rédaction de la demande mettait à jour le sentiment de responsabilité morale du signataire à l'égard du proche malade. Ainsi, deux parents d'une jeune femme de dix-huit ans hospitalisée pour la première fois ont souhaité demander l'admission en soins l'un et l'autre. La rédaction de deux demandes leur permettrait de porter ensemble la responsabilité morale engagée dans l'acte d'une demande de soins et de partager ce vécu de responsabilité. Cette volonté de rédiger deux demandes était parfois motivée par la crainte de reproches ultérieurs du patient, cela a été le cas pour une sœur et un frère demandant l'un et l'autre

l'admission du troisième membre de la fratrie. Il s'agissait à nouveau d'une volonté de partage de la responsabilité et des conséquences éventuellement pénibles de la décision. Dans ces moments de rédaction, les familles étaient accompagnées par le psychiatre qui informait et soutenait cette responsabilité morale en y associant explicitement sa responsabilité médicale par son avis spécialisé et par le certificat effectué. La responsabilité était alors partagée entre famille et médecin autour du patient ne pouvant consentir.

Lors d'une situation, le père d'un patient exprimait son épuisement psychique et sa demande d'admission semblait l'expression d'une volonté de décharge de responsabilité : « *Je vous signe les papiers, je vous le laisse. Faites en ce que vous voulez* ».

Cette situation fait apparaître de façon caricaturale que la signature d'une demande de soins, si elle implique l'action du tiers, ne l'engage pas de façon automatique dans un accompagnement des soins.

Parfois, l'importance du sentiment de responsabilité présent dans la demande de soins s'exprimait par un refus de signer ou par un renvoi d'un membre à l'autre de la famille : « *Je ne veux pas porter cette responsabilité* » a dit la fille d'un patient ; « *je ne souhaite pas prendre la responsabilité* » a exprimé la mère d'une patiente ; « *ça n'est pas à moi de prendre cette décision, c'est à sa femme qui habite avec lui* » a dit la sœur d'un patient en cours de divorce. L'oncle d'une patiente a déclaré : « *Je ne veux pas me substituer au père* », le père étant hospitalisé.

Le sentiment de responsabilité pourrait-il dépendre d'une hiérarchisation préétablie au sein de la famille, elle-même fonction de la nature et de la qualité de la relation avec le malade ? Cet ordre établi par la famille évoque la hiérarchie indiquée dans la loi, qui n'était fonction que du degré de parenté, et a été supprimée dans la loi du 5 juillet 2011.

Dans toutes ces situations, la famille était pourtant inquiète pour son proche, demandeuse qu'il soit hospitalisé en psychiatrie. La formalisation écrite de l'accord donné oralement s'avérait être un point de difficulté. Est-ce le caractère indélébile de l'écrit ? Est-ce la désignation d'un auteur, responsable, par cette signature et face au psychiatre ? Ou est-ce une trace de l'histoire asilaire : « *J'suis en train de demander son internement là* » nous a dit un tiers lors de la rédaction. Entre notre « demande d'admission en soins psychiatriques » et cette « demande d'internement » selon le tiers, il existe un fossé langagier révélateur de l'écart des représentations concernant l'hôpital psychiatrique.

Parfois, ces situations ont été l'occasion d'admissions en cas de péril imminent, souvent quand le psychiatre jugeait légitime cette réticence au vu de la clinique du patient, du contexte familial. Le choix de la modalité péril imminent était alors effectué lors du contact téléphonique avec les tiers. Lorsque la famille se déplaçait,

était reçue en entretien, l'admission en soins psychiatriques n'avait pas lieu selon la modalité péril imminent. Cela n'a jamais été le cas au cours de notre période d'observation.

Une fois, une mère, soignante en centre hospitalier spécialisé nous a demandé « *est ce qu'on peut faire une ASPDT en péril imminent ?* » en évoquant la nécessité de soins pour son fils. Dans cette situation, qui n'a pas conduit à une admission sans consentement, cette mère sollicitait des soins tout en indiquant qu'elle ne voulait pas effectuer de demande formelle. Etait-ce une tentative d'évitement de la responsabilité, de sa formalisation écrite chez une famille connaissant cette modalité péril imminent ?

Lorsque la famille se rendait dans le service pour un entretien, la pratique était celle que nous avons déjà observée lors de notre premier stage aux urgences. La famille était confrontée au choix d'une admission en soins à leur demande ou d'un retour au domicile contre l'avis médical.

Dans cette situation, la famille engage sa responsabilité par la décision qu'elle prend et qui a une conséquence immédiate sur les soins de son proche.

Médecins et familles étaient dans l'immense majorité des cas en accord sur l'inquiétude pour le patient et la nécessité d'hospitalisation. Deux points de désaccord pouvaient survenir.

D'une part, l'absence de consentement du patient : « *Il n'est pas d'accord, je ne peux pas lui faire ça* ». Pour pouvoir formuler cette demande, le tiers potentiel doit être en capacité de conflictualiser la relation avec son proche malade, de déterminer que le bien du proche est contraire au souhait qu'il exprime.

L'autre point de désaccord était le centre hospitalier psychiatrique comme lieu d'hospitalisation. La conception historique de l'asile persistait, quels que soient les milieux socio-professionnels, la réticence des familles était forte lorsque le CHS est nommé : « *Saint Jean de Dieu, c'est pour les fous* » ; une famille s'effondre en pleurs lorsque le Vinatier est cité ; « *j'en connais qui sont sortis, ils sont devenus fous* ». La nocivité des traitements, la folie des autres patients, l'enfermement étaient des représentations fréquemment évoquées. « *Est-ce qu'on pourra demander à ce qu'elle sorte ?* » nous a-t-on interrogée ; « *Elle ne sortira jamais pour Noël* », se sont dit deux parents [nous étions début décembre]. La plupart du temps, ces inquiétudes étaient apaisées par l'information délivrée. Le temps aidant, peu à peu l'ambivalence de la famille diminuait et elle pouvait choisir l'hospitalisation indiquée par le médecin. A nouveau, il nous faut remarquer que nous nous éloignons de la démarche affichée dans les termes de la loi, de cette admission « à la demande » d'un tiers. Le tiers effectuait une demande suite à l'indication du médecin, avec une grande ambivalence.

Peut-il en être autrement, notamment lors d'une première admission ? La famille peut-elle demander d'elle-même des soins psychiatriques hospitaliers dont elle ignore parfois tout, si ce n'est ces représentations négatives ?

En parallèle du processus d'élaboration d'une admission sans consentement chez le médecin que nous avons décrit précédemment, un travail de réflexion comparable paraît s'effectuer chez la famille. Progressivement, avec les échanges successifs avec le psychiatre, les réflexions de la famille aboutissent à la formulation d'une demande.

La loi de 2011 a tenté de soulager la « *dimension tragique du choix auquel est confronté le tiers qui sollicite une mesure* », écrit J. Naudin (87). En effet, la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire ayant été légalisée, la demande effectuée par le tiers est devenue celle d'une admission en soins psychiatriques et non d'une admission en hospitalisation. Pour autant, nous le constatons dans la pratique, « *le choix du tiers n'en reste pas moins tragique* » (87). Peut-être est-ce en écho au tragique, à cette « catastrophe » qu'est la maladie mentale, selon le terme d'H. Ey (106) ? Toujours est-il que la conséquence de la demande d'admission reste une hospitalisation non consentie par le proche malade. La durée de l'hospitalisation est fréquemment questionnée dans le moment de la signature de la famille. Un psychiatre nous conseillait d'insister auprès des familles sur la période d'observation des soixante-douze heures. Cependant, il nous a souvent paru difficile d'accompagner les familles ainsi, présumant fréquemment que la durée d'hospitalisation serait plus longue.

❖ La responsabilité vue par les médecins

Le sentiment de responsabilité lors d'une admission en soins en cas de péril imminent

Selon notre recherche, le médecin faisant le choix de cette modalité, prenait la responsabilité seul d'une admission. « *C'est une décision prise entre médecins* » indiquait un psychiatre au mari d'une patiente persécutée pour qui une admission en SPPI était envisagée. La famille n'était pas absente dans les admissions en SPPI. L'entourage avait été consulté par téléphone, indiqué son accord. Cependant, il nous semble que la famille engageait bien moins sa responsabilité morale dans ce type d'admission : la réalisation d'un écrit signé, d'un entretien avec le médecin pourraient-ils être des événements majorant le sentiment de responsabilité de la famille ?

Même si la décision du psychiatre était souvent discutée avec ses confrères, la responsabilité de l'admission selon la modalité péril imminent était celle d'un seul médecin traduite en acte par la rédaction d'un unique certificat.

Cette responsabilité médicale unique dans la mise en place de soins sans consentement est à notre sens une grande nouveauté. Jusqu'en 2011, cette responsabilité avait toujours été partagée soit avec l'entourage (par la demande d'un tiers) soit avec un représentant de l'Etat (le préfet du département ou de police, le maire en cas d'urgence).

La responsabilité de ne pas instaurer de soins selon la modalité péril imminent

Il existe des situations où la famille maintenait un refus de l'hospitalisation sans consentement, malgré le temps et les explications. La possibilité légale d'admission sans demande de tiers en cas de péril imminent impose une décision du praticien dans cette situation. Il s'agit de la question la plus délicate posée par l'admission en cas de péril imminent depuis l'introduction de cette modalité. Cette question est contemporaine, semble être apparue avec la modalité péril imminent et précédée par la pratique d'une « démarche inversée » : le psychiatre sollicite une demande du tiers, celui-ci peut refuser.

Les discours des praticiens sur cette question divergeaient. Un des psychiatres affirmait : « *Contre la famille il faut pas y aller, il y a des risques de violences* ». Un autre psychiatre répondait au contraire à un interne le questionnant sur la possibilité de « *passer outre le consentement* » de la famille : « *Théoriquement non [on ne peut pas] mais je passe outre la famille. Je ne prends pas de risque, en fonction de la gravité du patient* ». En pratique aucune admission en soins sans consentement selon la modalité péril imminent n'a été mise en place contre la volonté de la famille au cours de notre observation. Un des psychiatres du service affirmait avec certitude que les psychiatres n'hospitalisaient pas à l'encontre de l'avis de la famille : « *Ils ne le font pas* ». Ce psychiatre ne pouvait croire que la pratique de confrères puisse être différente sur ce point.

Cas clinique, Mme D

Pour illustrer cette question, nous voulons présenter la situation clinique de Mme D, âgée de quarante-cinq ans, accompagnée aux urgences par une amie d'enfance. Cliniquement, Mme D présente une instabilité psychomotrice majeure, une désorganisation de son comportement et de son discours, une désinhibition relationnelle franche. Mme D n'est pas en capacité de donner des éléments biographiques elle-même au vu des troubles du cours de sa pensée. Dans son discours, obscur, elle questionne l'identité des soignants présents, commente leurs particularités physiques et divers détails de l'environnement hospitalier. Mme D se montre initialement ambivalente quant à une hospitalisation en psychiatrie puis refuse avec véhémence.

L'amie d'enfance qui l'accompagne dit avoir été alertée par son fils, âgé de 17 ans, avec qui la patiente vit seule. La patiente se réveillerait la nuit, déambulerait et sortirait du domicile. L'amie nous informe que Mme D a déjà été hospitalisée à Saint Jean de Dieu dix-sept années auparavant, puis suivie médicalement durant

cinq années. L'amie fait le récit d'une hospitalisation vécue douloureusement. Elle ne connaît pas d'entourage familial qui puisse être contacté et évoque des relations rompues depuis plusieurs années entre la patiente et son frère, et des abus sexuels que la patiente aurait subis de son oncle et peut-être de son père. L'amie d'enfance s'oppose vivement à la prise en charge en milieu psychiatrique spécialisé, elle demande un traitement médicamenteux et une hospitalisation en clinique avec le consentement de la patiente.

Devant cette divergence sur les soins nécessaires, le psychiatre propose à l'amie une admission effectuée selon la modalité péril imminent en l'absence d'opposition de sa part afin que la patiente soit admise sans consentement sur l'hôpital psychiatrique de son secteur. Le psychiatre appuie son propos sur sa caractéristique d'amie, et non de famille. Il nous semble que le psychiatre, en proposant d'utiliser cette modalité, tente de protéger l'amie de la majoration du vécu de responsabilité par la formulation de la demande écrite. Cette proposition reflèterait-elle une intuition du psychiatre de ce que l'amie pourrait accepter au maximum en terme de responsabilité : avoir été informée mais pas décisionnaire ?

Malgré cette tentative et deux longs temps d'entretien, l'amie d'enfance maintient son opposition, préférant emmener la patiente auprès du médecin généraliste pour un traitement ambulatoire. Le médecin traitant est alors contacté, informé de la situation, conseillé sur un traitement qu'il prescrit dans la journée.

Au moment de la sortie, les soignants urgentistes interrogent, ne comprenant pas la sortie de la patiente au vu des symptômes maniaques manifestes : « *Vous n'allez pas la faire sortir comme ça ?* » ; « *Elle peut pas sortir comme ça* ».

Une fois la patiente et son amie parties, le psychiatre soigne la rédaction du dossier, reprenant à plusieurs reprises son observation puis nous téléphonant après son départ pour que nous complétions le dossier par un élément qui n'avait pas été consigné : l'absence d'intoxication.

Dix jours plus tard, Mme D est adressée pour une admission en soins sans consentement par la clinique psychiatrique où elle venait d'être admise pour une hospitalisation libre. Dans le week-end, les médecins urgentistes ont demandé à l'amie d'enfance de rédiger la demande de tiers. « *Après beaucoup de réticence, l'amie accepte d'écrire la demande de tiers dans le cadre des SPDT* » est-il inscrit dans le dossier.

Dans ce contexte d'absence de trouble grave à l'ordre public ou d'atteinte à la sûreté des personnes, alors que l'entourage a refusé des soins sans consentement indiqués médicalement, l'admission à la demande

d'un tiers n'a pas eu lieu. Dans cette situation, la justification écrite de l'absence de péril imminent est devenue périlleuse : la nécessité de soins sans consentement en milieu hospitalier en cas de péril imminent aurait été certifiée si l'amie avait accepté l'admission. Cependant l'amie a effectué le choix d'une sortie contre l'indication médicale et l'absence de péril imminent a ensuite été justifiée par le praticien dans le dossier médical : « *Il n'y a pas de péril imminent au sens où il n'y a pas de menace auto ou hétéro agressive et où l'amie s'engage à rester avec la patiente à temps plein au moins jusqu'à dimanche [3 jours plus tard]* ».

La notion de péril imminent, malgré une définition clinique donnée par l'HAS (76), nous semble être utilisée comme une justification médico-légale, c'est-à-dire protégeant la responsabilité médicale du praticien vis-à-vis de la loi. L'existence d'un péril imminent serait la justification suprême indiquant juridiquement l'hospitalisation sans demande de tiers. L'absence de péril imminent justifierait la sortie contre l'avis médical alors que l'hospitalisation sans consentement avait été proposée à la famille.

La justification morale par le médecin de sa décision semble s'appuyer sur une argumentation plus complexe que celle de la présence/absence de péril imminent. Cette notion est reléguée à une rhétorique de dossier médical, modulable selon le choix du praticien.

La décision du psychiatre paraît déterminée par une conception d'un soin psychiatrique qui doit s'appuyer sur la famille. Au sein de l'équipe psychiatrique observée, la pratique du respect de l'avis de la famille paraissait être un principe moral et thérapeutique. Le discours surpris des urgentistes annonce la difficulté de maintenir cette position de sortie dans l'attente que l'entourage puisse effectuer une demande.

La justification méticuleuse dans le dossier médical de l'absence de péril imminent, les recommandations des médecins seniors aux internes pour cette pratique à chaque sortie, indiquaient une nouvelle responsabilité : responsabilité de ne pas instaurer de soins sans consentement à l'encontre de la famille, en l'absence de trouble à l'ordre public.

Dans la pratique, une résistance était à l'œuvre contre cette nouvelle responsabilité du psychiatre. L'idée même d'un engagement de la responsabilité du psychiatre dans cette situation était déniée par certains praticiens lors de notre observation. Dans la pratique, aucune admission en SPPI n'a été effectuée dans cette situation. Pourtant, il nous semble que la décision d'une admission en cas de péril imminent non consentie (par le patient et l'entourage) pourrait questionner le psychiatre en fonction de ses conceptions thérapeutiques, éthiques ou du contexte sociétal. Par ailleurs, la notion de risque est apparue dans un des discours psychiatriques recueillis. Cette notion de risque pourrait justifier, pour certains praticiens, l'instauration d'une admission en SPPI dans les situations de « péril imminent » où la famille ne demande pas

les soins. Le psychiatre, par cette mesure, protègerait le risque de dégradation pour le patient mais aussi sa responsabilité au sens juridique. Un psychiatre exposant la décision d'un confrère a dit : « *Il a fait une admission en SPPI pour se couvrir* ». L'admission en SPPI serait venue protéger la responsabilité du médecin initiateur de la mesure.

Cette situation de responsabilité est favorisée par l'imprécision du texte de loi sur l'absence de demande de tiers et par le flou de la notion de péril imminent. Dans ce cas clinique pourrait-on dire qu'il s'agissait d'une situation où il « *s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers* » et où il existait un « *risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » ? Nous pensons qu'il aurait été envisageable de l'argumenter au vu de ces formulations si imprécises tout comme l'argumentation inverse était possible.

G. Devers, avocat au barreau de Lyon, explique que le droit est rigoureux dans son raisonnement mais la règle se doit d'être flexible. La règle « *doit aussi comporter une part d'incertitude, pour permettre l'adaptation aux situations individuelles, pour permettre à chacun de prendre ses responsabilités* » (107). L'imprécision légale de la condition concernant l'absence de demande de tiers permet l'admission à l'encontre de l'avis de la famille et place le psychiatre dans une nouvelle situation de responsabilité. La loi ne dicte pas de décision et le praticien doit prendre une décision éthique, adaptée à chaque situation. Par ailleurs, le raisonnement paraît cohérent puisque le psychiatre peut s'opposer à la levée de la demande d'un tiers au cours de l'hospitalisation, « *en cas de péril imminent* ».

Cette possibilité d'admission à l'encontre de la famille, vient questionner la place de la famille dans la décision d'admission. L'avis et l'autorité de la famille sur la prise en charge à apporter au patient pourraient être repoussés par la responsabilité médicale au vu du « *risque* ».

❖ D'autres responsabilités ? L'assistante sociale, le juge ?

L'assistante sociale

Au cours de l'observation, l'assistante sociale des urgences n'était pas sollicitée pour rechercher un tiers : ni pour un patient dont un tiers ne pouvait être joint, ni pour les situations où l'entourage ne pouvait se déplacer. L'idée même de demander l'avis de l'assistante sociale n'était plus envisagée. En confrontant les résultats de cette observation à l'expérience des praticiens sous la loi de 1990 et de notre premier stage d'urgence, ce recours à un avis extérieur de l'assistante sociale paraît avoir disparu.

L'assistante sociale interrogée en fin de stage nous a fait part du bouleversement de sa pratique depuis l'arrivée de la modalité péril imminent. Elle a confirmé notre observation : les psychiatres des urgences ne sollicitaient plus son avis pour rechercher l'entourage d'un patient. Cette branche de sa pratique a été supprimée des statistiques de son activité. Est-ce que la responsabilité de la recherche d'un tiers ne peut plus être déléguée comme elle l'était antérieurement ?

Le juge

Alors que le contrôle judiciaire systématique des mesures de soins sans consentement a été instauré avec la loi de 2011, le Juge des Libertés et de la Détention n'était pas présent dans les discussions des psychiatres des urgences, ni avec les familles ni entre eux. Il ne nous semble pas que les pratiques lors de la décision d'admission aient été modifiées par l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention pour chaque hospitalisation complète. Un psychiatre des urgences nous disait « *Le juge existait déjà avant. C'est pas une nouveauté* ».

Au cours de notre observation, le certificat médical était le plus souvent soigné dans sa rédaction. Lorsque le temps l'autorisait, une attention soutenue dans la rédaction du certificat permettait de témoigner au mieux de la situation perçue aux urgences. Cette vigilance dans la qualité de rédaction nous paraissait plus destinée aux médecins hospitaliers qui prennent ensuite en charge le patient, qu'au juge. Lorsque le temps manquait, le certificat était rédigé de façon plus concise, seuls étaient présents les éléments clés servant uniquement la justification médico légale. Il est surprenant de constater que les conditions nécessaires à l'admission selon la modalité péril imminent ne soient pas toujours inscrites malgré le soin apporté à la rédaction du certificat.

Nous ne l'avons pas observé aux urgences, cependant, d'après les discours, l'introduction du contrôle du Juge des Libertés et de la Détention aurait modifié les pratiques dans les services intra-hospitaliers. En service, l'intervention du juge, tiers non médical, permettrait un « regard extérieur » (87). Une étude qualitative réalisée six mois après l'application de la loi 2011 auprès de divers acteurs, faisait état d'une

modification en partie « bénéfique » des pratiques du fait de l'intervention du juge : « *Le juge apporte un regard extérieur qui peut apaiser la relation médecin-patient en légitimant l'hospitalisation. Dans la pratique, il permet [...de] dégager les entretiens de la problématique de la légalité de la contrainte* » (108).

Nous faisons l'hypothèse que cette responsabilité du seul corps médical dans l'instauration de la mesure de soins sans consentement serait contrebalancée par l'existence de l'audience du juge. Le médecin serait initialement le seul à mettre en place la mesure mais rapidement un avis extérieur serait présent, au moyen de cette intervention du juge.

Le directeur de l'établissement

Dans la loi de 2011, le législateur a probablement tenté de partager la responsabilité de l'initiation de la mesure de soins sans consentement avec le directeur de l'établissement qui « décide » de l'admission, comme nous l'évoquions dans la première partie. Lors de notre observation, le directeur de l'établissement n'a jamais été évoqué dans les discours, et ne semble pas repéré comme portant une responsabilité dans la décision de l'admission sans consentement.

D'après notre observation, dans l'esprit du médecin, les détenteurs de la responsabilité de la décision de contraindre restent eux-mêmes et la famille.

4. L'ADMISSION EN CAS DE PERIL IMMINENT : UNE MESURE PROTECTRICE ?

❖ La protection du tiers ?

En dehors de l'unique cas où une admission en SPPI a été mise en place sans aucun contact avec un entourage, semblant inexistant, les admissions en SPPI étaient instaurées le plus souvent dans le but de protéger le tiers.

C'était le cas notamment pour les situations où la clinique du patient motivait le choix de la modalité péril imminent. Par la mise en place d'une admission en SPPI, le psychiatre souhaitait protéger la famille d'un risque hétéro-agressif. L'intention du psychiatre était d'éviter des représailles d'un patient pervers ou persécuté. Pour cette dernière situation, la justification dans le certificat du péril imminent comprend l'explication du contexte clinique et la formule : « *La famille s'en remet à l'avis médical* », dans l'optique de dégager la famille tout en indiquant son accord.

A nouveau une intentionnalité protectrice était à l'œuvre lorsque le psychiatre acceptait que l'entourage ne puisse pas se déplacer. Il s'agissait d'une compréhension des contraintes matérielles présentes mais qui était souvent intriquée avec la prise en compte d'une difficulté clinique du tiers pour formuler une demande. C'était le cas lorsque le psychiatre souhaitait préserver les relations du tiers avec son proche : ainsi, la fille d'un patient ne voulait pas que les visites soient difficiles du fait de sa demande. La perception par le psychiatre des troubles psychiques chez l'entourage au cours du contact téléphonique a motivé plusieurs fois l'accord dans l'incapacité de déplacement. Le choix d'une admission en SPPI semblait alors effectué dans le but de protéger la famille d'une prise de décision inconcevable. Le médecin recueillait l'accord, ou l'indifférence affichée pour cette admission en soins sans consentement et la mettait en place.

Il s'agit d'un changement de paradigme par rapport à l'esprit de la loi de 1838 et de 1990. Le médecin se questionne sur la capacité de la famille à pouvoir effectuer une demande de soins pour le proche malade, sur la pertinence de solliciter la famille afin qu'elle formalise une demande écrite.

La description du déroulement d'une admission évoquerait-elle un modèle paternaliste, où le médecin décide pour la famille lorsque celle-ci est en difficulté ?

Quoi qu'il en soit, la conséquence de cette volonté de protection de la famille était l'absence d'entretien en face à face pour chacune de ces familles. L'admission était annoncée par téléphone aux proches. En voulant protéger la famille et en mettant en place cette admission sans demande formalisée, le psychiatre privait cet entourage de l'entretien initial précédant l'hospitalisation, du soutien et de l'information dans le cadre facilitant d'un rendez-vous. Par cette volonté de protection, le psychiatre prenait cette décision en amont de recevoir la famille et, sans le vouloir, a pu désengager l'entourage.

Un des psychiatres aux urgences nous disaient « *Il n'y a plus de prise en compte de la famille. Les familles sont moins reçues dans les services* », ce qu'il jugeait comme une conséquence de l'apparition de la modalité péril imminent. Selon notre observation, c'est d'abord aux urgences que la famille des patients admis en cas de péril imminent n'était pas accueillie en entretien, et cela quelle que soit la raison du choix de cette modalité. Indépendamment du travail effectué avec la famille en service hospitalier, la décision d'admission selon la modalité péril imminent a pour conséquence l'absence de convocation du tiers lors de l'audience auprès du Juge des Libertés et de la Détention.

Dans deux situations de géronto-psychiatrie, les tiers protégés étaient des tiers « professionnels », connaissant les patients de longue date : une auxiliaire de vie et une curatrice. Ces tiers qui étaient

inhabituels, comme l'amie d'enfance de Mme D, étaient protégés d'une demande que le psychiatre jugeait probablement éloignée de la fonction de ce proche.

❖ La facilitation de la sortie de soins : protection des confrères à l'hôpital ?

Le choix d'une admission selon les modalités SPDRE ou SPPI a plusieurs fois été discuté par les psychiatres au cours de l'observation. Les critères d'atteinte aux personnes ou aux biens étaient évoqués mais c'est surtout la crainte d'une pression administrative trop lourde qui décidait du choix de la modalité d'admission. L'inquiétude du psychiatre était celle d'une réticence administrative future qui empêcherait la sortie des personnes admises selon la modalité SPDRE. «*Si les SPDRE sont trop difficiles à lever actuellement, je ferai une SPPI* » expliquait un psychiatre au cadre de santé d'un service.

Le patient admis en SPPI plutôt qu'en SPDRE, bénéficie d'une mesure de soins sans consentement moins contraignante selon l'avis général des praticiens. Dans les discours, ce choix de la modalité péril imminent était motivé par la volonté de protéger le service qui accueille le patient, le médecin pour la sortie ultérieure du patient mais pas le patient. Le bénéfice pour le patient n'a jamais été évoqué dans cette situation de choix d'une admission en SPPI plutôt qu'en SPDRE.

❖ La protection de l'économie psychique du psychiatre : la « bénédiction » ?

« À 4h du matin, à N, c'est une bénédiction¹⁰ »

Le projet de loi souhaitait que l'admission en SPPI «*facilite l'accès aux soins* ». «*Ça simplifie pour les médecins aussi* », a indiqué un psychiatre des urgences.

Dans une des situations où le tiers potentiel était professionnel, la curatrice n'a pas été sollicitée. Tout d'abord par méconnaissance : «*Il n'y a plus de tiers administratif* », puis probablement par facilité : «*Souvent ils refusent* » a dit un psychiatre, expliquant ainsi ne pas requérir de demande d'admission auprès de la curatrice. S'il s'agissait peut être de facilité, d'autres réflexions ont pu motiver ce choix. Dans cette situation, une telle demande serait-elle utile ou vaine, pure formalité ? Cette demande ne servirait pas à

¹⁰ N est le nom abrégé du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Edouard Herriot, situé au pavillon N. Il s'agit du plus grand service d'urgence de la ville de Lyon et du département du Rhône.

engager la curatrice auprès de la patiente qui l'est déjà. Quel serait l'intérêt pour le soin ultérieur du patient d'une référence à ce tiers, par l'existence de la demande ?

Afin de poursuivre l'exploration d'une possible facilitation du travail du psychiatre, nous allons évoquer nos rêveries dans lesquelles l'admission en cas de péril imminent devenait une solution salvatrice. Nous ne pouvons parler que de nos propres pensées, qui rejoignent cette « bénédiction » de la modalité péril imminent évoquée par un psychiatre.

Ce rêve de l'admission en cas de péril imminent est survenu pour la première fois dans la situation d'une patiente, Mme F. Cette patiente est hospitalisée initialement en soins intensifs suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire préparée minutieusement longtemps avant le geste suicidaire. Mme F présente de lourds antécédents somatiques et notamment une maladie de Parkinson très avancée qui diminue son autonomie et provoque des chutes répétées. Au cours de la prise en charge dans le service de soins intensifs, Mme F tente de se stranguler avec sa perfusion. Cliniquement, Mme F est repliée dans son lit et refuse initialement l'entretien psychiatrique. Au cours de celui-ci, elle pleure continuellement, regrettant l'échec de son suicide et rapportant la diminution de son autonomie.

Mme F est aidée au domicile par de nombreux passages d'infirmiers et d'auxiliaires de vie. Une auxiliaire de vie et un ami rapportent en entretien la dégradation récente de son humeur, qu'ils mettent en lien avec la majoration de son incapacité physique.

La patiente avait déjà effectué plusieurs tentatives de suicide auparavant. Elle avait alors été hospitalisée au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu. Depuis deux années, Mme F refusait tout suivi psychiatrique et n'acceptait que les entretiens avec la psychologue du service d'auxiliaires de vie. Ces entretiens avaient lieu lorsque les auxiliaires de vie exprimaient leur inquiétude.

Le fils puis la fille joints par téléphone, s'inquiètent de ce geste suicidaire mais s'opposent fermement à l'hospitalisation en secteur psychiatrique sur l'argument que la patiente avait eu très peur des autres patients lors de l'hospitalisation précédente.

Le lendemain de ce premier entretien, le centre de rééducation neurologique où la patiente devait se rendre pour une prise en charge programmée de longue date, annonce son refus d'accueillir la patiente du fait du risque suicidaire. Le service des auxiliaires de vie indique également l'impossibilité d'intervenir au domicile en l'absence de prise en charge psychiatrique spécialisée.

Cliniquement, Mme F pleure continuellement durant les entretiens. Le discours spontané est très pauvre. Mme F décrit sa douleur morale qu'elle relie à la survenue de ses différentes pathologies somatiques. Elle exprime une vision pessimisme de son avenir et son épuisement psychique. Suivant les interlocuteurs, elle formule son regret de l'échec de son geste suicidaire, ou minimise cette tentative de suicide. Elle refuse tout soin psychiatrique et demande à rentrer au domicile sans pour autant se projeter dans un avenir.

Le fils de Mme F est alors reçu en entretien et la fille contactée par téléphone durant cet échange. La prise en charge à venir est présentée par le médecin senior : la seule possibilité de soins au vu de la gravité clinique et du refus des soins par la patiente est une prise en charge au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu en soins sans consentement à la demande d'un tiers. En l'absence de demande de la famille, la patiente retournera au domicile tout en sachant que l'entourage aidant habituel serait absent.

Alors que nous rêvions de l'admission en SPPI devant ce fils qui n'avait en fait aucun choix, probablement dans l'espoir de le protéger de cette demande formelle, nous avons entendu le médecin senior donner des explications au fils sur l'admission en SPDRE : « *Si la patiente mettait en danger la société nous ne demanderions pas l'avis de la famille* ». Il nous semble que cette présentation de l'ASPDRE qui n'avait aucun objet dans cette situation clinique est venue révéler un espoir similaire chez le psychiatre de protéger le fils de la formulation écrite d'une demande au vu des conditions.

Dans une autre situation clinique, nous avons de nouveau espéré une admission selon la modalité péril imminent. La sœur d'un patient ne pouvait envisager de demander l'admission sans que le patient - son frère - ne soit consentant. Cette sœur s'inquiétait pour le patient et demandait son hospitalisation, percevant l'effondrement narcissique et le risque suicidaire majeur dans le contexte de divorce à venir. Alors qu'en l'absence du patient elle pouvait comprendre la démarche d'admission en soins sans consentement, elle ne pouvait que retourner auprès du malade espérant qu'il consente. Dans ce moment, nous souhaitions une admission sans demande formalisée de la famille : la famille était en accord pour les soins hospitaliers, l'admission en péril imminent aurait permis de protéger cette sœur d'une demande écrite. Mais notre espoir était aussi celle de nous simplifier la tâche, de nous éviter ces importants efforts d'information et de négociation.

Enfin, le potentiel salvateur de l'admission en SPPI s'est dessiné dans la situation d'une patiente présentant une décompensation maniaque. Cette patiente, suivie pour un trouble bipolaire, avait été accompagnée par un ami la veille de notre rencontre, était repartie sans avoir été examinée puis elle est revenue au matin seule. L'indication d'une admission en soins sans consentement a été rapidement posée devant les symptômes maniaques de la patiente et l'agitation comportementale au domicile rapportée par son ami au cours d'un contact téléphonique. Cependant, l'ami présentait des difficultés de compréhension, il nous répétait à plusieurs reprises les mêmes éléments avec une formulation strictement à l'identique. Nous avons alors tenté de contacter la mère de la patiente, qui s'est avérée injoignable et a fait savoir par l'ami, qu'elle ne voulait plus s'occuper de la situation de sa fille et n'avait pas d'avis sur l'hospitalisation. La demande de soins a alors été rédigée par l'ami, en difficulté pour comprendre la mesure d'admission en soins sans consentement et pour rédiger la demande de tiers. Alors que la rédaction de cette demande était une épreuve, que nous devons lui épeler chaque mot, nous avons rêvé à nouveau de l'admission selon la modalité péril imminent. Nous en rêvions parce que nous percevions la difficulté de cet ami et l'intérêt de le soulager de cette démarche mais aussi du fait de l'ampleur de la tâche d'information au vu des grandes difficultés de compréhension de l'ami signataire.

Ses rêveries existant, de protection et de facilitation dans l'obtention de la demande, sommes-nous exposée à utiliser dans le futur cette modalité légale ? Dans une situation similaire, la possibilité d'admission en cas de péril imminent se dessinera-elle plus tôt dans nos réflexions conduisant à l'utilisation de cette modalité ? Nous pouvons nous demander quel sera l'usage progressif de cette modalité par les praticiens. Cette facilitation de ce long travail d'obtention de la demande de tiers a pu intervenir notamment dans les périodes difficiles, lorsque la charge de travail s'est majorée ou lorsque des tensions institutionnelles se sont faites plus présentes. Nous avons constaté avec étonnement que la semaine où le praticien hospitalier a annoncé sa démission, trois admissions en SPPI ont été mises en place alors que lors de toutes les autres semaines d'observation aucune ou une admission en SPPI était instaurée.

C. Limites et biais

1. BIAIS

Avant le début de notre étude, nous avons envisagé que la caractéristique « à découvert » de notre observation puisse biaiser les discours ou les comportements de l'équipe psychiatrique lors d'installations de SPPI en notre présence. Ainsi, la distribution des patients aux différents praticiens aurait pu être modifiée, nous favorisant dans la prise en charge des situations où une hospitalisation en SPPI était envisagée dès la première relève. En pratique, il ne nous semble pas que cela ait été le cas. Par contre, certains discours, notamment lors de notre arrivée, ont été tenus à notre intention, probablement dans l'espoir que nous les recueillions. Certaines justifications orales d'une indication de péril imminent ont pu être soignées à notre destination : « *C'est une sacrée indication de péril imminent, avec les numéros dans le dossier et tout* », a dit un psychiatre en relève, la première semaine d'observation.

Cependant le caractère participatif de notre observation a permis d'être entièrement intégrée à cette équipe, d'en être un des membres. Le temps prolongé de l'étude et les diverses situations rencontrées aux urgences, loin d'être uniquement des situations où une admission sans consentement était discutée, ont permis de diminuer ces biais liés à notre statut « découvert ». Les pratiques observées ont été celles touchant à l'admission en soins sans consentement en général et à chaque discussion entourant une telle décision. Cette observation élargie par rapport à notre sujet précis d'étude annoncé a permis d'observer les pratiques avec une moindre modification des comportements. Enfin, la démission du praticien hospitalier a beaucoup contribué à faire oublier notre enquête, notre position est devenue celle d'une interne présente au moment d'un changement puis d'une incertitude institutionnelle.

Lors de la rédaction de notre méthodologie, nous avons également suspecté que l'intérêt des intervenants à cette question puisse être accru. « *La présence du sociologue est l'occasion pour certains membres du groupe de réfléchir leur action et les amène à des prises de conscience et une distance qui retentissent parfois sur leur conception ou leur activité, malgré la volonté de neutralité du sociologue* » (109). L'attente au début du stage de notre parole sur l'admission en cas de péril imminent témoigne de l'existence probable de ce biais.

Il est possible que notre position d'interne, en formation, ait pu favoriser notre adhésion à la perception des médecins plus expérimentés. Et cela d'autant plus que notre statut d'interne impliquait la sollicitation et la participation d'un médecin senior pour toute admission en soins sans consentement envisagée. Nos lectures antérieures et parallèles à la réalisation de l'enquête ont permis de maintenir notre position d'observatrice, pour recueillir l'ensemble des discours et des pratiques des psychiatres sans oublier la nôtre en construction.

Enfin, notre appartenance au milieu médical depuis plusieurs années a pu limiter certaines observations qui auraient probablement questionné le sociologue.

2. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude réalisée dans un seul lieu présente des discours et des pratiques imprégnés par la culture locale du service.

Une des particularités de notre terrain d'étude réside dans la présence quotidienne de l'équipe psychiatrique dans le service d'urgences et d'une astreinte la nuit et les week-ends. De ce fait, les urgentistes ne prenaient jamais la décision d'une hospitalisation sans consentement. La pratique de l'admission selon la modalité péril imminent serait peut être modifiée dans le cas contraire. En effet, dans la première étude effectuée sur la modalité péril imminent par la CDSP du Nord, le certificat médical initiateur d'une admission en cas de péril imminent était en majorité effectué par des urgentistes ou des médecins généralistes. Au cours de cette étude, réalisée dans les trois mois suivant la mise en application de la loi, seules 14 % des admissions en SPPI faisaient suite à un certificat médical rédigé par un psychiatre (89).

L'opposition des discours sur l'admission en cas de péril imminent dans les situations où la famille s'y oppose, laisse supposer que les pratiques seraient différentes au sein d'une autre équipe.

L'évolution temporelle des pratiques pourrait enfin modifier ces résultats, cette étude ayant été réalisée seulement un peu plus de deux ans après l'application de la loi de 2011.

3. ETUDES COMPLEMENTAIRES

Des études réalisées dans d'autres lieux, services ou villes et dans l'avenir seraient intéressantes pour décrire la pratique d'autres équipes.

Une étude complémentaire serait nécessaire pour tenter de comprendre l'influence de la modalité d'admission péril imminent dans la suite des soins hospitaliers. Les discours et les pratiques pourraient être observés afin de déterminer d'éventuelles conséquences sur les soins lors d'une admission selon cette modalité. Quelles sont les représentations des praticiens sur les patients admis selon cette modalité, sur leur famille, sur l'indication de cette mesure ? Quelle prise en charge est effectuée avec l'entourage comparativement aux autres mesures ? L'influence de la modalité d'admission pourrait être étudiée d'une part lorsque le tiers n'effectue pas de demande mais aussi dans les situations où les soins seraient instaurés à l'encontre de la famille. Les données de cette étude complémentaire permettraient de mieux juger des conséquences thérapeutiques de ces admissions en cas de péril imminent et pourraient ainsi éclairer les conséquences des décisions de SPPI en service d'urgence.

Quelques praticiens exerçant en intra-hospitalier faisaient état de leur préoccupation principale : comment justifier de l'existence d'un péril imminent après quinze jours d'hospitalisation et poursuivre la prise en charge ? « *Après soixante-douze heures, il n'y a plus de péril imminent. Qu'est-ce qu'on fait ?* » ; « *le problème c'est ensuite, comment justifier du péril imminent, une fois l'hospitalisation effectuée ?* ». Des craintes concernant la suite des soins des patients admis en SPPI étaient formulées par un psychiatre aux urgences : « *Une fois que les avocats auront compris qu'il faut poser la question de l'imminence, toutes les SPPI seront levées* ». Là aussi un autre travail serait nécessaire.

CONCLUSION

Le 30 juin 1838, la première loi encadrant l'admission des aliénés dans un établissement vient légiférer la pratique d'une demande de soins formulée par la famille auprès des autorités. Cette pratique s'était développée depuis la création de la première institution d'accueil, l'Hôpital général. Avec le Placement Volontaire créé en 1838, la famille exprime sa volonté par une demande écrite d'admission. La place du médecin est alors secondaire et facultative.

Le XX^{ème} siècle a vu, outre le développement de la thérapeutique et l'extension du champ psychiatrique, se construire une demande d'admission en soins émanant du patient lui-même. La loi de 1990 inscrit dans ses premières lignes la règle d'une hospitalisation libre qui se pratiquait déjà depuis plusieurs décennies. Dans la suite de cette loi, la notion de consentement du patient devient un principe primordial ; les droits du patient sont affirmés.

L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent est une modalité légale de soins sans consentement apparue dans la loi du 5 juillet 2011, suite à un long questionnement sur la possibilité de délivrer des soins à un patient ne troublant pas l'ordre public, sans demande de soins et sans famille présente. Ce patient, énigme législative depuis la loi de 1838, était admis en placement puis en hospitalisation d'office jusqu'en 2011, malgré l'absence d'atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes.

Pour pouvoir délivrer des soins à ce malade, sans imposer une mesure non adaptée à ses troubles et trop contraignante, la définition du tiers s'est précisée autour de ce patient isolé. Après une diversification des tiers susceptibles de faire une demande, le Conseil d'Etat a défini en 2003 ce tiers comme une personne en « *mesure de justifier l'existence de relations antérieures à la demande* ».

Néanmoins, les difficultés dans la pratique quotidienne pour faire admettre ce patient isolé ont persisté et peu à peu une procédure d'admission sans demande de tiers s'est élaborée. L'apparition de cette nouvelle modalité a aussi été favorisée par l'inversion dans la pratique de la démarche d'hospitalisation : l'admission en soins ne fait plus nécessairement suite à une demande initiale de la famille mais est indiquée par le médecin qui recherche postérieurement un tiers signataire. Dans ce contexte, la possibilité d'admission sans demande de tiers est approuvée en 2011 par le législateur et l'ensemble des acteurs du soin psychiatrique (les associations de familles, d'usagers, les syndicats de professionnels) dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins.

Deux ans après son application, l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent est une modalité de soins utilisée. Elle l'a été dès son instauration, puis de façon croissante, constituant dans le Rhône en 2012 la seconde modalité la plus fréquente : près de 20 % des admissions en soins psychiatriques sans consentement ont été initiées selon cette disposition légale.

Son apparition s'est accompagnée d'une diminution du nombre d'admissions sur décision du représentant de l'Etat, dans le Rhône et dans chacun de ses établissements. La proximité entre ces deux modalités s'illustre ainsi et se confirme lors de l'observation des pratiques. D'une part, les patients isolés ne sont plus admis en hospitalisation d'office puisqu'une modalité leur est destinée. D'autre part, le psychiatre privilégie dorénavant l'admission en cas de péril imminent à celle sur décision du représentant de l'Etat et ce dans plusieurs situations. Au vu de la clinique du patient, le psychiatre instaure une admission en cas de péril imminent lorsqu'il estime que la demande de la famille est contre indiquée du fait d'un risque hétéro-agressif. Dans les situations de violences privées décrites par la famille, le psychiatre choisit la modalité péril imminent dans un but de protéger l'hôpital, ses confrères et de faciliter les conditions d'une sortie.

Malgré cette parenté, la population des admis en cas de péril imminent n'est pas comparable socio-démographiquement à celle des admis sur décision du représentant de l'Etat. Les patients admis en cas de péril imminent semblent avoir été soustraits à la population des hospitalisations d'office de la loi de 1990 et constituer ainsi une population propre, spécifique. Pour les caractéristiques du sexe, de l'âge et pour le diagnostic, notre population privilégiée d'étude s'éloigne de la population des admis sur décision du représentant de l'Etat pour ressembler à la celle des admis à la demande d'un tiers. Pour ce qui est du domicile, les patients admis en cas de péril imminent se distinguent des admis selon chacune des autres modalités par un domicile plus fréquemment précaire. La modalité péril imminent s'individualise surtout du fait de la durée particulièrement courte des mesures de soins : dans le Rhône, au cours de l'année 2012, 25 % de ces admissions ont une durée comprise entre 0 et 3 jours, 50 % une durée inférieure à 15 jours. Enfin, par le critère de l'isolement, la modalité péril imminent poursuit sa singularisation mais nous interroge : au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, 56 % des patients admis en cas de péril imminent sont isolés. Cette proportion de patients isolés est plus importante que pour chacune des autres modalités de soins mais surprenante au vu de la population à laquelle se destinait cette procédure.

L'observation des pratiques à l'aide de notre méthodologie issue des sciences sociales nous apporte des éléments pour comprendre l'instauration de cette mesure chez des patients non isolés, en lien avec une famille, un entourage, un tiers potentiel.

Dans notre étude, le choix de la modalité péril imminent est effectué par le psychiatre lors du contact téléphonique avec l'entourage. Le psychiatre prend la décision, au cours de ses réflexions sur l'indication d'une admission en soins sans consentement, de solliciter ou non la demande écrite de la famille. Le médecin fait ce choix lors de contraintes pratiques insolubles, par souci d'épargner au tiers cette décision ou de protéger ses relations futures avec le patient. En choisissant cette procédure de soins, le psychiatre reconnaît les difficultés du tiers à formuler officiellement sa demande et met en place cette admission de lui-même. Le recours à cette modalité est favorisé par l'imprécision de ses deux conditions : « *l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers* » et « *l'existence d'un péril imminent* ». Ainsi, l'accès aux soins est facilité dans les situations difficiles et cette modalité répond à son objectif législatif.

Cependant cette démarche facilitante entame l'accueil et la prise en compte de la famille aux urgences. Lors de notre observation, la famille du patient admis en cas de péril imminent, dans l'impossibilité de formuler une demande écrite de soins, n'est pas reçue par le psychiatre. Dans une volonté de protection, de compréhension des difficultés du tiers en puissance, le psychiatre des urgences prend la décision d'admission par téléphone, l'explique mais ne reçoit pas la famille et prend ainsi le risque de la désengager des soins de son proche. L'influence de la modalité péril imminent sur les soins prodigués lors de l'hospitalisation nécessiterait d'être évaluée dans une autre étude intra-hospitalière : Quel est l'impact sur les relations entre le patient, la famille et le psychiatre ?

D'autre part, cet accès favorisé aux soins sans consentement diminue l'attente aux urgences. La capacité du psychiatre à temporiser, à attendre qu'un proche rappelle, qu'une famille arrive, s'est réduite. Par cette possibilité de faciliter l'admission en soins, le psychiatre est peut-être exposé à se simplifier la tâche.

Le déroulement d'une admission selon la modalité péril imminent reflète la place actuellement prépondérante du psychiatre dans l'instauration des soins du malade. Lors de cette admission, le psychiatre porte seul la responsabilité morale et médicale de cette décision, illustrée par l'unique certificat rédigé. Cette place décisive du médecin est encore en questionnement : la modalité péril imminent ouvre la possibilité légale d'une admission alors que ni la famille ni le patient n'y consentent. Si cette pratique n'a pas été observée lors de notre enquête, elle est envisagée dans les discours des psychiatres reflétant le bouleversement des places de la famille et du psychiatre. De la loi « *sur les aliénés* » à celle « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* », le psychiatre a cheminé d'une place subsidiaire, recevant la demande de la famille, vers la possibilité de se questionner sur la capacité de la famille à consentir à des soins pour son proche.

Le Président de la thèse,
Pr POULET Emmanuel

Signature



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **14 MAI 2014**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CHLS : Centre Hospitalier de Lyon Sud

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMU : Couverture Maladie Universelle

FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HDTu : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers d'urgence

HO : Hospitalisation d'Office

PO : Placement d'Office

PV : Placement Volontaire

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTu : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'urgence

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour Malade Difficile

UNAFAM : Union Nationale des Amis et FAMILLES de Malades psychiques

ANNEXES

1. AUTORISATION



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GENERALE POUR LA RECHERCHE
ET L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 14.021
Intitulé de la demande : Analyse des admissions en cas de péril imminent dans le Rhône.
Responsable scientifique : Marion SICARD Centre Thérapie Brève Service Psychiatrique 22 rue Victor Hugo 69200 VÉNISSIEUX
Demandeur : Marion KLIFA Centre Hospitalier de Lyon Sud Unité d'Hospitalisation de Courte Durée des urgences médicales psychiatrique 69495 Pierre Bénite Cedex

Dossier reçu le : 13.11.13
Dossier examiné le : 9 janvier 2014

<p align="center"><u>Avis du Comité consultatif :</u> Avis favorable</p> <p><i>Toutefois, le Comité fait remarquer que l'IPP peut être utilisé au sein de l'hôpital pour extraire des données mais ne peut être conservé par l'investigateur hors de l'hôpital et ne doit surtout pas être indiqué sur le fichier de données.</i></p>

Fait à Paris, le 15 janvier 2014

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif
JL Serre

**2. EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS SANS CONSENTEMENT SELON LA
MODALITE LEGALE**

	SPDRE	SPD	SIP	SPDT	SPDTu	SPPI	Soins Libres	Soins Sans Consentement
2010 T1	61	1	3	195	58	0	897	318
T2	56	12	4	190	81	0	934	343
T3	55	24	1	205	87	0	972	372
T4	50	34	1	177	80	0	950	342
2011 T1	70	28	1	183	112	0	1063	394
T2	58	43	2	168	76	0	957	347
T3	70	32	2	199	74	3	1003	380
T4	51	42	0	153	74	55	995	375
2012 T1	55	37	1	167	82	76	1056	418
T2	47	41	3	145	82	70	1078	388
T3	41	45	2	161	83	60	1141	392
T4	35	45	4	153	83	52	1081	372

Au Vinatier : Nombre d'admissions selon la modalité légale d'entrée en fonction du temps, comptabilisé par trimestre.

	SPDRE	SPD	SIP	SPDT	SPDTu	SPPI	Soins Libres	Soins Sans Consentement
2010 T1	18	0	2	61	41	0	467	120
T2	25	0	1	65	32	0	464	122
T3	24	0	0	63	32	0	473	119
T4	20	1	0	77	31	0	439	129
2011 T1	13	0	0	77	31	0	480	121
T2	15	0	0	86	30	0	449	131
T3	14	0	0	75	27	0	404	116
T4	20	0	0	80	26	0	380	126
2012 T1	7	0	0	92	29	1	357	129
T2	19	0	0	95	28	3	340	145
T3	16	0	0	74	24	25	309	139
T4	20	0	0	60	24	41	321	145

A Saint Cyr au Mont d'Or : Nombre d'admissions selon la modalité légale d'entrée en fonction du temps, comptabilisé par trimestre.

3. REPARTITION DES MODALITES LEGALES D'ADMISSION SANS CONSENTEMENT EN 2010 ET EN 2012

Modalité légale d'admission	2010	2012
Hospitalisations sans consentement	1375	1570
Hospitalisation d'Office puis Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat	222	178
Irresponsabilité pénale	9	10
Soins psychiatriques pour les détenus	71	168
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	767	626
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'urgence	306	330
Soins psychiatriques en cas de péril imminent	0	258

Au Vinatier : Nombre d'admissions selon la modalité légale en 2010 et en 2012

Modalité légale d'admission	2010	2012
Hospitalisations sans consentement	493	558
Hospitalisation d'Office puis Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat	87	62
Irresponsabilité pénale	3	0
Soins psychiatriques pour les détenus	1	0
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	266	321
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'urgence	136	105
Soins psychiatriques en cas de péril imminent	0	70

A Saint Cyr au Mont d'Or : Nombre d'admissions selon la modalité légale en 2010 et en 2012

Modalité légale d'admission	2010	2012
Hospitalisations sans consentement	777	885
Hospitalisation d'Office puis Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat	155	129
Irresponsabilité pénale	4	2
Soins psychiatriques pour les détenus	0	0
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	534	517
Hospitalisation puis Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'urgence	84	51
Soins psychiatriques en cas de péril imminent	0	186

A Saint Jean de Dieu : Nombre d'admissions selon la modalité légale en 2010 et en 2012

4. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

❖ Le sexe selon la modalité légale d'admission.

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
Hommes	277	79,4 %	699	50,2 %	252	56,7 %	233	50,9 %
Femmes	72	20,6 %	692	49,7 %	192	43,2 %	224	49,0 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Sexe en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012.

Effectifs et pourcentages

❖ L'âge.

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
18-29	90	25,8 %	319	22,9 %	128	28,8 %	97	21,2 %
30-39	101	28,9 %	283	20,3 %	89	20,0 %	96	21,0 %
40-49	97	24,8 %	271	19,5 %	94	21,2 %	107	23,4 %
50-59	36	10,3 %	221	15,9 %	60	13,5 %	71	15,5 %
60-69	14	4,0 %	139	10,0 %	37	8,3 %	40	8,8 %
70-79	6	1,7 %	92	6,6 %	23	5,2 %	31	6,8 %
80 et plus	5	1,4 %	66	4,8 %	13	2,9 %	15	3,3 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Age en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages

❖ L'existence d'une mesure de protection

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Oui	45	12,9 %	129	9,3 %	60	13,5 %	56	12,3 %
Non	4	1,1 %	6	0,4 %	0	0 %	4	0,87 %
Non renseigné	300	86,0 %	1256	90,3 %	384	86,5 %	397	86,9 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Existence d'une mesure de protection juridique en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages

❖ L'existence d'une Couverture Maladie Universelle

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Oui	22	6,3 %	45	3,2 %	24	5,4 %	28	6,1 %
Non	125	35,8 %	622	44,7 %	183	41,2 %	166	36,3 %
Non renseigné	202	57,9 %	724	52,0 %	237	53,4 %	263	57,5 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Existence d'une Couverture Maladie Universelle en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages

❖ L'isolement

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Oui	130	37,2 %	438	31,5 %	124	27,9 %	197	43,1 %
Non	132	37,8 %	672	48,3 %	231	52,0 %	147	32,2 %
Non renseigné	87	24,9 %	281	20,2 %	89	20,0 %	113	24,7 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Existence d'un isolement en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Oui	53	46,9 %	194	37,8 %	12	29,3 %	81	56,3 %
Non	57	50,4 %	307	59,8 %	28	68,3 %	61	42,4 %
Non renseigné	3	2,7 %	12	2,3 %	1	2,4 %	2	1,4 %
Total	113	100 %	513	100 %	41	100 %	144	100 %

Existence d'un isolement en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu en 2012. Effectifs et pourcentages

❖ Le domicile

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
Précaire	208	59,6 %	1012	72,8 %	319	71,8 %	276	60,4 %
Stable	65	18,6 %	111	8,0 %	46	10,4 %	65	14,2 %
Non renseigné	76	21,8 %	268	19,3 %	79	17,8 %	116	25,4 %
Total	349	100 %	1391	100 %	444	100 %	457	100 %

Caractéristique d'un domicile en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages.

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
Précaire	91	80,5 %	424	82,7 %	34	82,9 %	104	72,2 %
Stable	18	15,9 %	54	10,5 %	4	9,8 %	28	19,4 %
Non renseigné	4	3,5 %	35	6,8 %	3	7,3 %	12	8,3 %
Total	113	100 %	513	100 %	41	100 %	144	100 %

Caractéristique du domicile en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu en 2012. Effectifs et pourcentages.

❖ Le diagnostic.

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
Troubles mentaux organiques (F0-F09)	5	1,43 %	53	3,81 %	6	1,35 %	8	1,75 %
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)	13	3,72 %	108	7,76 %	24	5,41 %	30	6,56 %
Schizophrénie (F20)	120	34,4 %	257	18,5 %	140	31,5 %	105	23,0 %
Trouble schizotypique et troubles délirants (F21-F29)	63	18,05 %	248	17,83 %	51	11,49 %	67	14,7 %
Troubles de l'humeur (F30-F39)	37	10,6 %	324	23,3 %	95	21,4 %	91	19,9 %
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)	10	2,87 %	53	3,81 %	12	2,70 %	18	3,94 %
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)	0	0,00 %	11	0,79 %	7	1,58 %	1	0,22 %
Troubles de la personnalité (F60-F69)	46	13,2 %	158	11,4 %	47	10,6 %	63	13,8 %
Retard mental (F70-F79)	2	0,57 %	11	0,79 %	5	1,13 %	1	0,22 %
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	4	1,15 %	10	0,72 %	6	1,35 %	4	0,88 %
Troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	1	0,29 %	1	0,07 %	1	0,23 %	1	0,22 %
Trouble mental, sans précision (F99)	0	0,00 %	2	0,14 %	3	0,68 %	4	0,88 %
Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs (R)	22	6,30 %	64	4,60 %	17	3,83 %	27	5,91 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z)	13	3,72 %	79	5,68 %	20	4,50 %	27	5,91 %
Non renseigné	13	3,72 %	12	0,86 %	10	2,25 %	10	2,19 %
Total	349	100	1391	100	444	100	457	100

Répartition du diagnostic en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012
Effectifs et pourcentages

5. LA DUREE DE LA MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT

	SPDRE		SPDT		SPDTu		SPPI	
0 à 3 jours	29	9,4 %	159	11,0 %	38	8,4 %	116	25,1 %
4 à 15 jours	66	21,4 %	427	29,4 %	102	22,4 %	121	26,2 %
16 à 60 jours	116	37,5 %	586	40,4 %	191	42,0 %	140	30,3 %
61 à 180 jours	66	21,4 %	212	14,6 %	101	22,2 %	58	12,6 %
Supérieure à 6 mois	32	10,4 %	68	4,7 %	23	5,1 %	27	5,8 %
Total	309	100 %	1452	100 %	455	100 %	462	100 %

Durée de la mesure de soins en fonction de la modalité légale d'admission en soins sans consentement dans le département du Rhône en 2012. Effectifs et pourcentages

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
2. 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.
3. Robiliard D. Rapport n°1284 du 17 juillet 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.
4. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod ; 2009.
5. Laharie M. La société féodale face à la folie. In : La folie au Moyen Age (XI-XIII^{ème} siècles). Paris : Le Léopard d'or ; 1991. p. 169–289.
6. Bridgman R-F. Encyclopædia Universalis. Hôpital. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/> (consulté le 19/05/2014).
7. Fossier A. Le non-sens de la folie : replonger le Moyen-Age dans l'interaction. Tracés. Revue de Sciences humaines. 2004 ; (6) : p. 9-23.
8. Bosch J. La nef des fous. 1500.
9. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris : Gallimard ; 1976.
10. Bouet R. L'hôpital et sa gouvernance : ce que change la loi HPST. In : Senon J.-L, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013. p. 19-25.
11. Llobet G. Encyclopædia Universalis. Hôtel-Dieu. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hotel-dieu/> (consulté le 19/05/2014).
12. Bluche F. Lettres de cachet. Dictionnaire du grand siècle. Paris : Fayard ; 1990. p. 867-868.

13. Dictionnaire de français Larousse. Définition : placet.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/placet/61275> (consulté le 19/05/14).
14. Serieux P, Trénel M. L'internement des aliénés par voie judiciaire (sentence d'interdiction) sous l'ancien régime. *Revue historique de droit français et étranger*. 1931 ; p. 450-486.
15. Baron de Breteuil, Ministre d'Etat. Lettre circulaire adressée à M.M. les Intendants des Provinces de son Département au sujet des Lettres de Cachet et des Ordres de détention. In : De Bachaumont L.-P, Pidanzat de Mairobert M.-F. *Mémoires secrets pour servir à l'histoire de la république des lettres en France: depuis MDCCLXII jusqu'à nos jours; ou journal d'un observateur...* John Adamsohn ; 1786. 217-227.
16. Caire M. La médicalisation des maisons de santé au XVIIIe siècle. Jean Grozieux de la Guerenne, premier médecin inspecteur des maisons d'aliénés. *L'évolution psychiatrique*. 1994 ; 59(1) : p. 215-223.
17. Cabanis P.-J.-G. Rapport adressé au département de Paris par l'un de ses membres sur l'état des folles détenues à la Salpêtrière, et adoption d'un projet de règlement. In : Tuetey A. *L'Assistance publique à Paris pendant la Révolution*. Paris, 1897, T. III, p. 489-506.
18. Colombier J, Doublet F. Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés. Paris : Imprimerie royale ; 1785. Les archives de la Révolution française.
19. Assemblée Nationale. Décret du 16 mars 1790 concernant les personnes détenues en vertu d'ordres particuliers.
20. Ferrus G. Chapitre V et dernier. In : *Des Aliénés*. Paris ; 1834. p. 267-304.
21. Circulaire ministérielle d'expédition n° 37 du 23 juillet 1838.
22. Falret J-P. Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés. Paris : Adolphe Everat ; 1837.
23. Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.
24. Dumont J. Rapport n° 216 (1989-1990) du 4 avril 1990 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

25. Ministère de l'intérieur. Circulaire du 14 août 1840 relative au placement des aliénés non dangereux. In : Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Paris : Berger-Levrault ; 1880. p. 97-104.
26. Ministère de l'intérieur. Circulaire du 16 août 1840 relative à l'exécution des articles 1, 25, 26, 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838. In : Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Paris : Berger-Levrault ; 1880. p. 105–112.
27. Ministère de l'intérieur. Circulaire du 5 août 1839 concernant l'exécution des articles 1, 25, 26, 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838. In : Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Paris : Berger-Levrault ; 1880. p. 60-82.
28. Ministère de la Santé publique. Circulaire du 4 août 1930 relative aux placements volontaires gratuits.
29. Ministère de la Santé publique. Circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 relative au régime des aliénés. In : Godfryd M. Le droit de la santé mentale par les textes. Heures de France ; 2000. p. 211-216.
30. Ministère de la Santé publique. Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.
31. Ministère de la Santé. Circulaire n°61 du 1 mars 1949 relative à l'organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux.
32. Circulaire n°41 du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques.
33. Moreau D, Rhenter P. Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France. Regards sur l'actualité. 2009/10 ; (354) : p. 36-47.
34. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
35. Bernardet P. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France de 1838 à nos jours.http://www.groupeinfofiles.org/allfiles/theses-etudes-doctrine/Contribution_etude_evolution_HO.pdf (consulté le 19/05/14).
36. Vidon G, Caroli F, Muldoworf L. Le PO en question, à propos de 147 dossiers. Synapse. 1985 ; (17) : p. 89-91.

37. Rhenter P, Bertolotto F, Furtos J. Usage et mésusages de l'Hospitalisation d'Office. Premier résultats d'une étude-recherche DIV / ONSMP-ORSPERE. In : Association Elus, Santé publique et territoire, Observatoire National Santé Mentale et précarité, Délégation Interministérielle à la ville, Direction Générale de la Santé. Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? Actes de la journée d'étude de Nantes du 9 octobre 2006. http://www.orspere.fr/IMG/pdf/actesjourn_E9e9_20octobre2006.pdf (consulté le 19/05/2014).
38. Strohl H. Rapport n° 97081 septembre 1997 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990.
39. Clery-Melin P, Kovess V, Pascal J-C. Rapport d'étape du 15 septembre 2009 de la mission Clery-Melin remis au ministre de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.
40. Ministère de l'intérieur, Ministère des affaires sociales et de la solidarité, Direction générale de la santé. Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation.
41. Houssou C, Lachaux B. La demande du tiers et la validité de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : mise en œuvre de l'hospitalisation. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2010 ; 168 (10) : p. 723-726.
42. Papadakos V. Le tiers sous contrainte : L'hospitalisation sur demande d'un tiers : évolutions de la jurisprudence, des pratiques à repenser. Neuropsychy news. 2002. 1 (3) : p. 150-153.
43. Conseil d'Etat. 3 décembre 2003. n°244867.
44. Tribunal administratif de Limoges. 2 avril 2009. n° 0700921.
45. Tribunal administratif de Montpellier. 6 mai 2008. n° 0604186.
46. Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale. Rapport n° 04-23-01 de mai 2004 sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement.

47. Lopez A, Yeni I, Valdes-Boulouque M, Castoldi F. Rapport n° 2005 064 ; 11/05 de mai 2005. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
48. Hugard J. Hospitalisation à la demande d'un tiers - De la croyance à la réalité des internements. Thèse d'exercice : Médecine : Dijon ; 2006.
49. Baldo E, Alberti T. L'hospitalisation à la demande d'un tiers, une démarche complexe. Soins Psychiatrie. 2008 ; 29 (256) : p. 28–32.
50. Almendros C. HDT en psychiatrie. Quand les IDE signent. L'infirmière magazine. 2011 ; 277 : p. 10.
51. Commission d'Accès aux Documents Administratifs. Avis n° 20072892 de juillet 2007 au directeur du centre hospitalier de Salon-de-Provence <http://www.cada.fr/avis-20072892,20072892.html> (consulté le 19/05/14).
52. Commission d'Accès aux Documents Administratifs. Conseil n° 20062245 de mai 2006 au directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de Blain. <http://www.cada.fr/conseil-20062245,20062245.html> (consulté le 19/05/14).
53. Commission d'Accès aux Documents Administratifs. Avis n° 20104400-ND de novembre 2010 concernant la copie de la demande du tiers à l'origine d'une HDT http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/72/id_fiche/5932 (consulté le 19/05/14).
54. Piel E, Roedlandt J-L. Rapport de mission de juillet 2001. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale.
55. Projet de loi n° 2494 du 5 mai 2010 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
56. UNAFAM. Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignant et de responsables du social dans la cité. Proposition faites lors des réunions de juin 2001. <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf> (consulté le 19/05/14).
57. UNAFAM. Le soin psychiatrique. Positions et demandes des familles http://www.unafam38.org/Doc-a-telecharger/Rapport_SOiNS.pdf (consulté le 19/05/14).
58. Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP). Dossier de la Conférence de Presse. <http://www.spep.fr/textes/dospres90.pdf> (consulté le 19/05/14).

59. Bellahsen M, Brunessaux V, Klopp S. Peut-on réellement se soigner sans consentement ? Soins Psychiatrie. 2012 Jul ; 33 (281) : p. 18-21.
60. Pénochet J.-C. Du point de vue des syndicats. Journal Français de Psychiatrie. 2013 ; (38) : p. 28-31.
61. De Metz P.-A. Evolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 5 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010. Thèse d'exercice : Médecine : Tours ; 2011.
62. Lachaux B. La loi du 05 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. PSN. 2011 ; 9 (4) : p. 177-180.
63. Projet de loi n°433 du 28 juin 2006 relatif à la prévention de la délinquance.
64. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38 (3) : p. 25-27.
65. Hortefeux B, Bachelot R. Circulaire du 11 janvier 2010. Modalités d'application de l'article 3211-11 du code de la santé publique. Hospitalisation d'office. Sorties d'essai.
66. Doron C-O. La maladie mentale en question. Les Cahiers du Centre Canguilhem. 2008 ; 2 : p.9-45.
67. Jonas C, Senon J-L. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. In : Jonas C, Senon J-L, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013. p. 53-64.
68. Décision QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010.
69. Décision QPC n°2011-135/140 du 9 juin 2011.
70. Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé Santé.gouv.fr. La réforme de la Loi psychiatrie de 1990 : 8 points-clés pour vous guider <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-psychiatrie-de-1990-8-points-cles-pour-vous-guider.html> (consulté le 19/05/14)
71. Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Ministère de la ville, Ministère des sports. La réforme des hospitalisations sans consentement. Courrier Juridique des Affaires Sociales et

des Sports. 2011 ; (89). http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CJ_no_89_internet.pdf (consulté le 19/05/14)

72. Lettre rectificative n°3116 du 26 janvier 2011 au projet de loi (n°2494) relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
73. Lefrand G. Rapport 3189 du 2 mars 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
74. Lecerf J.-R. Avis n° 477 du 27 avril 2011 présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
75. Lorrain J.-L. Rapport n° 589 du 8 juin 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'assemblée nationale en deuxième lecture, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
76. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
77. Direction des affaires juridiques, Assistance publique-hôpitaux de Paris. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent ou la procédure sans demande de tiers http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Admission_soins_psy_en_cas_de_PI.pdf (consulté le 19/05/14).
78. Direction des affaires juridiques, Assistance publique-hôpitaux de Paris. Le mémento de l'administrateur de garde. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/> (consulté le 19/05/14).
79. Cambier G. La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie : regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2013.
80. Conseil d'Etat. 13 Novembre 2013. n°352667.

81. UNAFAM. Révision de la loi de 1990 : communiqué de l'Unafam et de ses partenaires <http://www.unafam.org/Revision-de-la-loi-de-1990.html> (consulté le 19/05/14)
82. Union syndicale de la psychiatrie. Communiqué de Intersyndicale des Praticiens Hospitaliers du 6 mai 2010 sur la psychiatrie. <http://www.uspsy.fr/Communique-de-Intersyndicales-des.html> (consulté le 19/05/14)
83. Odier B. Réforme de la loi de 1990 : réunion des fédérations hospitalières et des conférences de présidents de CME. Ministère, 20 avril 2010. L'information psychiatrique. 2010 ; 86 (6): p. 475-476.
84. Hémerly Y. Une loi fâcheuse. L'information psychiatrique. 2011 ; 87 (6) : p. 451-454.
85. Rome I. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. L'information psychiatrique. 2011 ; 87(10) : 757-762.
86. Boillet D, Welniarz B. La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins. Perspectives Psy. 2011; 50 (3) : p. 207–209.
87. Naudin J, Lancon C, Bouloudnine S. Soins sans consentement : trois mots, trois problèmes. Santé Mentale. 2011 ; (161) : p. 25-30.
88. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38 (3) : p. 12-15.
89. Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé Santé.gouv.fr. Santé gouv. « Innovation légale : la contrainte sans tiers » : Bilan après 3 mois d'application. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CDSP_president_Nord.pdf
90. Menu A, Meyer P. Paradoxes et contradictions de la nouvelle loi. Pluriels. 2013 ; (99-100) : p. 18-20.
91. Dini M. Rapport n°487 du 3 mai 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
92. Cabié M-C. Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011. Pluriels. 2013 ; (99-100) : p. 14–6.
93. Article 223-6. Code pénal.

94. Levasseur G. Non-assistance à personne en péril. Cours de droit pénal spécial. Paris : les Cours de droit ; 1967-68.
95. Jonas C, Senon J-L. Responsabilité en psychiatrie adulte. In : Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, [37-900-A-30], 2003.
96. 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. Question d'économie de la santé (IRDES). 2013 ; (193). <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf> (consulté le 19/05/14)
97. Piégay C, Godet P-F, Zaragoza C. Les patients hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier (69). In : Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques. Paris : La Documentation française ; 2007.
98. Guellec A. Réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la rénovation à l'imperfection. Revue Hospitalière de France. 2011 ; 542 : p. 48-52.
99. Coldefy M. Evolution et disparités géographiques départementales. In : La prise en charge de la santé mentale Recueil d'études statistiques. Paris : La Documentation française ; 2007.
100. Arborio A-M, Fournier P. L'observation directe. 3^{ème} édition ; Paris : Armand colin ; 2010. L'enquête et ses méthodes ; 128.
101. Véga A. Une ethnologue à l'hôpital. Archives Contemporaines. 2000.
102. Danet F, Bremond M, Robert D. Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? Nouvelle revue de psychosociologie. 2006 ; 1(1) : p. 103-116.
103. Danet F. La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite. Les cahiers internationaux de psy sociale. 2008 ; 78 (2) : p. 67-78.
104. Elchardus J-M. Les sept risques des Urgences. In : Sassolas M. L'éloge du risque dans le soin psychiatrique. Ramonville-Saint-Agne: Érès ; 2006. p. 127-134.
105. Henriot J. Encyclopædia Universalis. Responsabilité.
<http://www.universalis.fr/encyclopedie/responsabilite/> (consulté le 19/05/14)

106. Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. *L'information psychiatrique*. 2011 ; 87 (6) : p. 459–465.
107. Devers G, Le Droit, pour risquer la liberté. In : Sassolas M. *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique*. Ramonville-Saint-Agne : Érès ; 2006. p. 34–40.
108. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*. 2013 ; 25 (6) : p. 793–802.
109. Peneff J. *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. Paris : Métailié ; 1992.

KLIFA Marion - L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soins sans consentement
145 pages. 18 figures. 21 tableaux. Thèse de médecine. Lyon, 2014 n°97

RÉSUMÉ : Ce travail explore l'influence dans la pratique psychiatrique de l'introduction de la modalité d'admission dite « péril imminent », après plus de deux années d'utilisation. Les conditions légales d'utilisation de cette modalité de soins sans consentement sont l'existence de troubles mentaux rendant impossible le consentement du patient, la nécessité de soins immédiats ainsi que l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers et l'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne.

Dans un premier temps de recherche historique, nous étudions les réflexions qui ont conduit à l'introduction de cette procédure d'admission sans demande de tiers dans la loi du 5 juillet 2011 mais aussi l'évolution préalable, du Moyen Age à la loi de 1838, qui avait consacré la place de la famille dans la décision de soins psychiatriques.

Nous présentons ensuite une étude quantitative descriptive des admissions sans consentement dans le département du Rhône. L'analyse des admissions entre 2010 et 2012 révèle l'évolution de l'utilisation des différentes modalités légales depuis la loi de 2011. Les caractéristiques sociodémographiques des patients admis en 2012 selon la modalité péril imminent sont comparées aux autres modalités légales d'admission permettant ainsi d'identifier les spécificités sociodémographiques des patients admis en cas de péril imminent.

Enfin, nous analysons les discours et les pratiques des psychiatres lors de l'instauration aux urgences d'une admission en soins sans consentement à l'aide d'une méthodologie issue des sciences sociales : l'observation participante. A partir de cette étude, nous décrivons les étapes successives de la réflexion du psychiatre aboutissant à une admission selon la modalité péril imminent. Nous observons dans cette recherche la place primordiale prise par le psychiatre dans la décision de soins sans consentement.

MOTS CLES :

Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent	
Tiers	Observation participante
Place	Etude quantitative descriptive
Loi du 5 juillet 2011	Soins sans consentement

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet
Membres :	Monsieur le Professeur Thierry D'Amato Madame le Professeur Liliane Daligand <u>Madame le Docteur Marion Sicard</u>
Membre invité :	Monsieur le Docteur Benoit Eyraud

DATE DE SOUTENANCE : 10 juin 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR : 4 place Gabriel Péri 69007 Lyon - marion.klifa@gmail.com