

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CSP	Code de la santé publique
DIM	département d'information médicale
DMM	durée moyenne de la mesure
DMS	durée moyenne de séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
HO	hospitalisation d'office
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
JLD	juge des libertés et de la détention
Rim-P	recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
SDDE	soins sur décision du directeur de l'établissement
SDRE	soins sur décision du représentant de l'État
SPDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPPI	soins psychiatriques en cas de péril imminent
SPSC	soins psychiatriques sans consentement

PLAN

RÉSUMÉ

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- 1. Population cible**
- 2. Paramètres étudiés**
- 3. Analyses statistiques**
- 4. Traitement des données confidentielles**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de l'échantillon global**
- 2. Analyses comparatives des données entre les groupes SPDT et SPPI**
- 3. Analyses comparatives des données entre les groupes SDDE et SDRE**

DISCUSSION

- 1. Analyses critiques des résultats et confrontation avec les données de la littérature**
- 2. Usage des SPPI : indications et réserves**
- 3. Particularités des mesures de SPPI *versus* SPDT**
- 4. Comparaison des groupes SDRE *versus* SDDE**
- 5. Incidence de la réduction du délai de contrôle du JLD**
- 6. Limites et biais de l'étude**

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

LE DEVENIR DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT : SUIVI À DEUX MOIS DE 510 CAS

Rares-Cosmin MESU

Praticien Attaché, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933
Angers Cedex 9, France

David SAUZEAU

Interne de Psychiatrie, EPSM de la Sarthe, 20 avenue du 19 mars 1962, 72703 Allonnes Cedex,
France

Gabrièle MUGNIER

Interne de Psychiatrie, EPSM de la Sarthe, 20 avenue du 19 mars 1962, 72703 Allonnes Cedex,
France

Gaël FOURNIS

Chef de clinique – Assistant, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey,
49933 Angers Cedex 9, France

Jean-Bernard GARRÉ

Professeur des Universités – Praticien des Hôpitaux, Service de Psychiatrie et d'Addictologie,
CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

Bénédicte GOHIER

Professeur des Universités – Praticien des Hôpitaux, Service de Psychiatrie et d'Addictologie,
CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

RÉSUMÉ

La loi du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique clinique des soins psychiatriques. Nous présenterons une étude observationnelle sur les soins sans consentement prodigués dans un échantillon de 510 cas inclus en Sarthe pendant une année entière. 60 jours après l'admission, la durée moyenne de la mesure était significativement plus courte pour les 115 cas en « péril imminent » (26,1 jours) *versus* les 342 cas « à la demande d'un tiers » (31,8 jours), $p=0,03$. Les prises en charge hospitalières initiées « sur décision du représentant de l'État » ($n=53$) présentaient des caractéristiques statistiquement différentes ($p\leq 0,05$) de celles initiées « sur décision du directeur de l'établissement » ($n=457$). Ces différences pourraient s'expliquer par les critères cliniques qui distinguent ces deux groupes. Le recours aux soins en cas de péril imminent peut se justifier en l'absence de tiers, mais se trouve utilisé aussi pour accélérer le processus d'orientation des malades mentaux à partir des services d'urgence. Les résultats de notre étude nécessitent d'être répliqués sur le plan national par des études multicentriques, afin de mieux appréhender la pratique à travers le territoire national et d'orienter les futures politiques de santé publique.

AVANT-PROPOS

Cette étude a été soumise pour publication sous forme d'article à la revue française « Annales Médico-Psychologiques ».

INTRODUCTION

Le consentement aux soins est un des principes fondateurs de la pratique médicale. L'article L1111-4 du Code de la santé publique (CSP) stipule qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Il suppose l'entière capacité de jugement de l'intéressé, qui n'est pas toujours présente chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Le législateur a prévu la possibilité de recourir à des soins psychiatriques sans consentement (SPSC) lorsque est démontrée une impossibilité du sujet à consentir aux soins en raison de troubles mentaux. En France, plus de 114 000 séjours hospitaliers se sont déroulés sans consentement au cours de l'année 2014 [1]. Les SPSC représentent une privation de liberté pour les patients concernés et imposent un encadrement législatif précis. En effet, l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme spécifie que « *nul ne peut être privé de sa liberté* », sauf dans certains cas et selon les voies légales, notamment « *s'il s'agit de la détention régulière [...] d'un aliéné [...]* ». Dans un État de droit, un texte de cette nature doit concilier les exigences de l'ordre public avec les impératifs de la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux et de la liberté individuelle [2, 3].

Un siècle et demi après la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, une nouvelle législation relative aux hospitalisations en psychiatrie a été adoptée le 27 juin 1990 [4]. Le droit de recours judiciaire s'est vu réaffirmé et renforcé [3] tout en restant peu invoqué en pratique [5, 6], avec seulement 1879 saisines facultatives recensées en 2010 [7]. Une révision de cette loi, prévue dans les cinq années suivant sa promulgation, n'a pu avoir lieu [8]. Pourtant, une réforme impérieuse de la législation encadrant les soins psychiatriques s'imposait du fait des jurisprudences européenne et nationale [9, 10, 11]. Un projet de loi, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 5 mai 2010, a défini quatre principaux objectifs à cette future réforme [12, 13] : lever les obstacles à

l'accès aux soins et garantir leur continuité ; adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques aujourd'hui disponibles, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation à temps plein ; permettre le suivi attentif des patients pour leur sécurité et pour celle des tiers ; renforcer les droits des personnes malades et les garanties du respect de leurs libertés individuelles. Dans une décision du 18 novembre 2010, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a condamné la France au motif que l'articulation des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif ne garantissait pas un recours effectif à la personne hospitalisée d'office [14]. Elle a aussi conclu, dans un arrêt du 14 avril 2011, à la violation par la France de l'article 5§4 de la Convention pour non-respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement [15]. En outre, le Conseil constitutionnel a déclaré inconstitutionnels certains aspects de la loi de 1990 dans les décisions du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011 [16, 17]. Les Sages ont considéré que « *la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible* ». Ainsi, le maintien d'une hospitalisation sans consentement au-delà de 15 jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire se faisait au mépris des exigences de l'article 66 de la Constitution, qui érige l'autorité judiciaire en « *gardienne de la liberté individuelle* ».

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 [18] « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » est venue satisfaire certaines lacunes du dispositif antérieur. La terminologie des SPSC a été revue : les soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et les soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) se substituent aux anciennes mesures. L'hospitalisation à temps plein ne constitue plus la seule modalité de prise en charge sans consentement. Les programmes de soins introduisent les soins ambulatoires sans consentement et définissent un cadre légal aux anciennes « sorties

d'essai ». Ils peuvent être initiés à l'issue d'une période de soins et d'observation de 72 heures suivant l'admission sans consentement. Un nouveau mode légal est créé, en cas de « péril imminent pour la santé de la personne » et lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de soins écrite d'un tiers (art. L3212-1,II,2° du CSP). Dans ce contexte, le directeur de l'hôpital spécialisé peut prononcer une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), qui nécessite un seul certificat émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. En outre, le législateur a prévu le contrôle systématique des séjours hospitaliers sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD) avant l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de l'admission puis tous les 6 mois si les SPSC sont maintenus en hospitalisation complète. Il s'agit d'une garantie supplémentaire en faveur du respect des libertés individuelles et des droits des personnes concernées. Par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 [19], les parlementaires ont réduit à 12 jours le délai laissé au juge pour statuer. À titre de comparaison, au Québec les médecins ne peuvent garder à l'hôpital un patient contre son gré plus de 72 heures sans ordonnance d'un tribunal.

Rares sont les travaux qui s'intéressent aux conséquences des modifications législatives apportées par les réformes récentes sur la prise en charge des patients. Une étude préliminaire a été menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers en 2012 [20]. Les auteurs ont évalué l'impact de la loi du 5 juillet 2011 sur le déroulement des séjours hospitaliers sans consentement et, notamment, l'influence que pouvait engendrer sur les soins, l'existence (ou non) d'un tiers demandeur. Concernant les patients ne faisant plus l'objet de SPSC au sixantième jour après l'admission, la durée moyenne de la mesure et celle du séjour hospitalier étaient significativement plus courtes pour le groupe admis en SPPI *versus* soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT). Par ailleurs, seules 25,6% des mesures de SPPI ont duré 15 jours ou plus. Cependant, les données recueillies ne permettaient pas d'estimer la proportion de mesures non-contrôlées par le JLD.

Nous avons souhaité étendre cette étude à une durée d'inclusion plus longue (sur une année entière), afin de vérifier si les résultats retrouvés ne subissaient pas un biais d'inclusion sur trois mois seulement, et de recueillir des données supplémentaires comme le délai de l'audience avec le JLD. Ainsi, nous avons conçu une étude au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Sarthe, un établissement psychiatrique qui, selon les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), desservait en 2012 un bassin de population de 438.257 personnes âgées de plus de 18 ans. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle le type de mesure d'admission ne présentait pas de corrélation statistiquement significative avec les caractéristiques des soins prodigués pendant les 60 premiers jours suivant l'admission en SPSC.

L'objectif principal était de comparer certaines caractéristiques essentielles du déroulement des séjours hospitaliers sans consentement, selon le type de mesure d'admission, pendant les 60 premiers jours de la prise en charge. Les objectifs secondaires concernaient la description des associations possibles entre le type de mesure d'admission et les caractéristiques psychopathologiques et socio-démographiques des patients, ainsi que l'estimation du taux de contrôle systématique des SPSC par le JLD.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population cible

Nous avons inclus dans cette étude observationnelle rétrospective l'ensemble des séjours hospitaliers relatifs à des personnes adultes (18 ans et plus) faisant l'objet de SPSC et admises au sein du CHS de la Sarthe entre le 1^{er} novembre 2013 et le 31 octobre 2014. S'agissant de très faibles effectifs, les patients détenus ou jugés pénalement irresponsables ont été exclus. A également été retenu comme critère d'exclusion tout transfert en provenance ou à destination d'un service psychiatrique hors-département. En cas de séjours hospitaliers multiples pour un même patient, chaque admission était traitée comme un nouveau cas pour les fins de l'étude.

2. Paramètres étudiés

La liste des séjours hospitaliers répondant aux critères d'inclusion a été obtenue mensuellement via le département d'information médicale (DIM) du CHS de la Sarthe. Un seul recueil de données a eu lieu, à partir des dossiers médicaux informatisés et papiers du patient, à l'issue d'un délai de 60 jours à compter de l'admission en SPSC. Les données suivantes ont été recueillies par un investigateur unique pour chacun des séjours hospitaliers inclus dans l'étude :

- la date d'inclusion ;
- la date de début d'hospitalisation ;
- certains paramètres socio-démographiques usuels : âge, genre ;
- la provenance du patient : hôpital général, domicile, transformation des soins libres en soins sans consentement, autres (gendarmerie, commissariat, unité pour malades difficiles, etc.) ;
- le type de mesure d'admission : SPDT, SPPI, SDRE ;
- la raison de l'absence d'une demande de tiers en cas de SPPI ;

- les diagnostics principaux cotés selon la CIM-10 [21] par les psychiatres prenant en charge le patient au cours du séjour hospitalier étudié ;
- l'existence (ou non) d'une tentative de suicide récente motivant l'admission en soins sans consentement et le(s) moyen(s) utilisé(s), le cas échéant ;
- la durée du séjour hospitalier ;
- la durée de la mesure de SPSC ;
- la modalité de levée de la mesure (si applicable) : médecin, juge, tiers ou Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- la tenue (ou non) d'une audience à titre systématique avec le JLD et le délai à compter de l'admission en soins sans consentement ;
- l'orientation à la sortie en cas de fin d'hospitalisation complète prononcée dans les 60 premiers jours de la prise en charge : protocole de soins, soins libres, transfert vers un autre établissement « psychiatrique » (type clinique ou convalescence), levée de la mesure pour raison somatique intercurrente et transfert dans un hôpital général, pas de suivi, autres (fugue, décès, etc.).

La notion de « soins prodigués » a été définie par trois critères : la durée d'hospitalisation, la durée des soins sans consentement et l'orientation à la sortie. Les informations recueillies ont été transcrites sur des fiches de renseignements individuelles, dont le modèle est joint en **Annexe 1**. Elles ont été d'emblée anonymisées, chaque cas n'étant plus identifiable que par un numéro d'inclusion dans l'étude. La saisie des données pour les analyses statistiques a été réalisée sur le logiciel informatique EpiData 3.1.

3. Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec les logiciels informatiques SPSS Statistics 20, EpiData Analysis 2.2.2 et EXCEL.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme de moyenne, médiane et déviation standard. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages correspondants.

Concernant les analyses univariées, le test statistique de Chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour les variables qualitatives, selon la distribution de la variable et les effectifs. Le test t de Student a été utilisé pour la comparaison de deux groupes en cas de variables quantitatives. L'association entre deux variables quantitatives a été estimée par le coefficient de corrélation de Pearson.

Tous les tests étaient bilatéraux avec un seuil de significativité p fixé *a priori* à 0,05.

4. Traitement des données confidentielles

Notre étude a fait l'objet d'un enregistrement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le n°1773414. Elle a également obtenu l'avis favorable du Comité d'Éthique du CHU d'Angers (**Annexe 2**).

RÉSULTATS

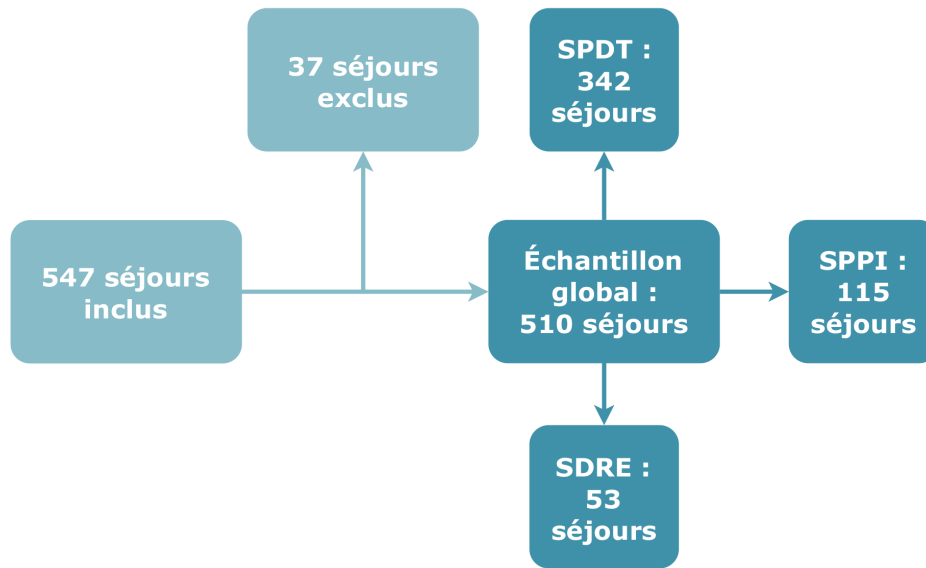


Figure 1. Diagramme de flux

1. Caractéristiques de l'échantillon global

Notre étude a porté sur 510 séjours hospitaliers, dont la répartition selon le type de mesure d'admission est représentée par la **Figure 2**.

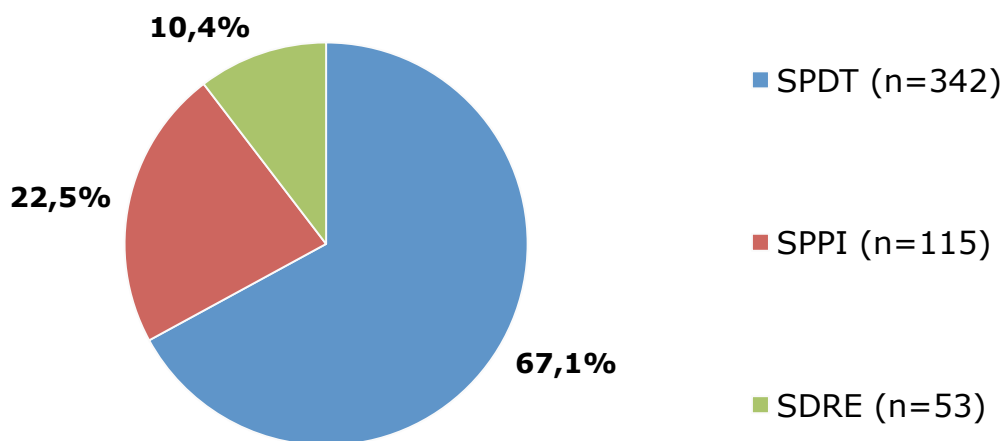


Figure 2. Répartition des admissions en SPSC selon la modalité légale

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon global soulignaient un âge moyen de 43,2 ans et une nette prédominance masculine avec 60,8% d'hommes le constituant (n=310). La provenance des patients est détaillée dans la **Figure 3**.

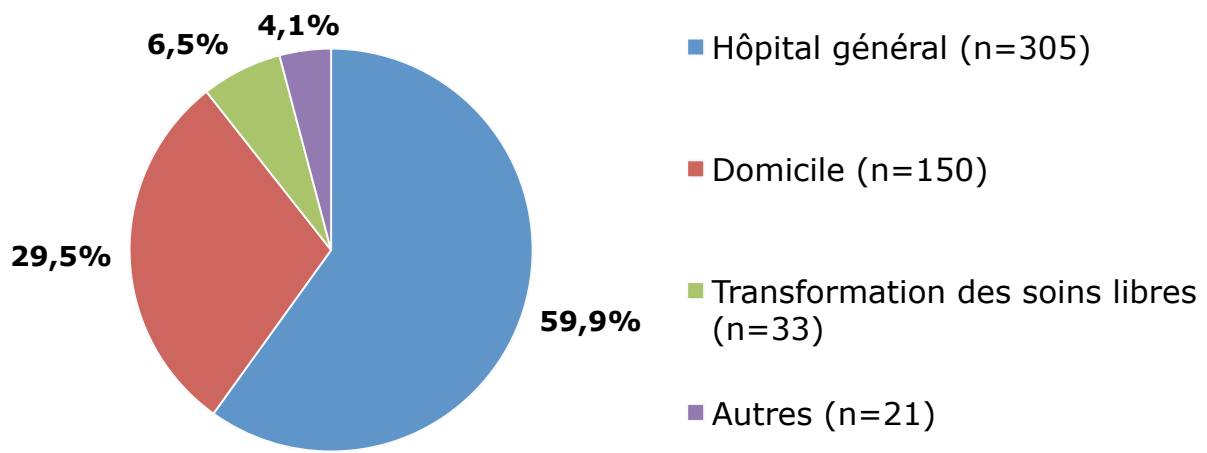


Figure 3. Répartition des admissions en SPSC selon la provenance des patients

La **Figure 4** expose les caractéristiques psychopathologiques de l'échantillon global. En outre, 18% des admissions sans consentement intervenaient dans un contexte de tentative de suicide récente (n=92). La répartition des moyens utilisés par les patients est représentée dans la **Figure 5**.

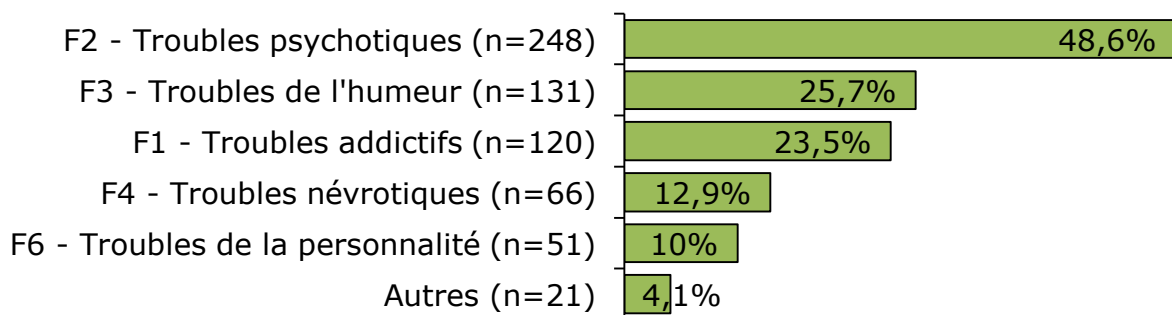


Figure 4. Proportion de séjours hospitaliers par catégorie diagnostique (CIM-10)

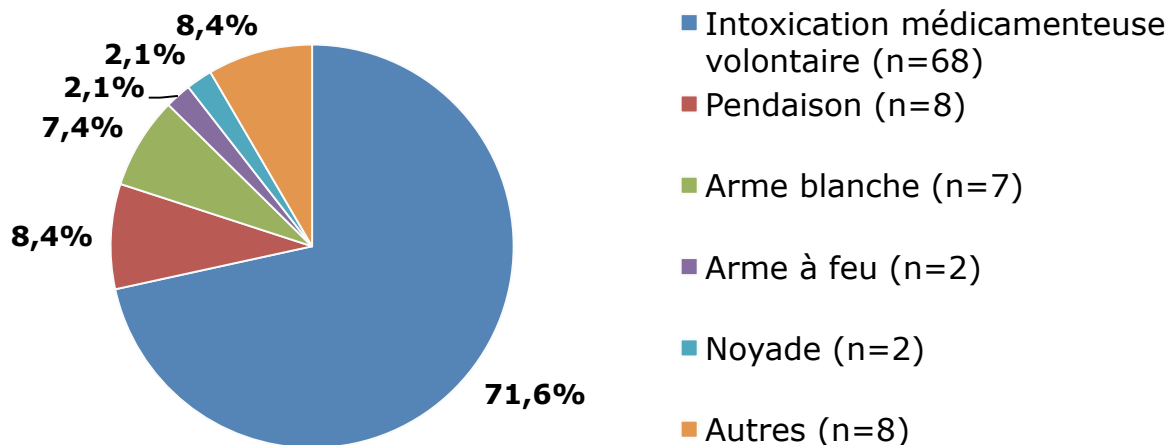


Figure 5. Répartition des moyens utilisés en cas de tentative de suicide

À J61, la durée moyenne de séjour (DMS) était de 25,1 jours, la médiane de 19 jours, tandis que la durée moyenne de la mesure (DMM) était de 32 jours et la médiane de 25 jours. Lorsque la mesure de SPSC bénéficiait d'une mainlevée avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant son inclusion (n=320), elle découlait très largement d'une décision médicale, dans 95,6% des cas (n=306). L'autorité judiciaire intervenait pour une seule mainlevée et une demande de tiers dans 2,8% des cas (n=9). Quatre mesures ont été levées en raison d'un défaut de production de certificats médicaux dans les délais imposés par la législation en vigueur. À noter l'absence de mainlevée résultante de l'intervention de la CDSP.

60,7% des séjours (n=303) ont été soumis à l'intervention du JLD dans le cadre du contrôle de plein droit des hospitalisations complètes sans consentement avant l'expiration d'un délai de 15 jours - réduit à 12 jours depuis le 1^{er} septembre 2014 - à compter de l'admission en SPSC. Le délai moyen de l'audience avec le JLD était de 10,2 jours.

La **Figure 6** détaille l'orientation des patients à l'issue du temps en hospitalisation complète. En outre, 12,9% des séjours hospitaliers perduraient à l'expiration des 60 premiers jours suivant l'admission en SPSC (n=66).

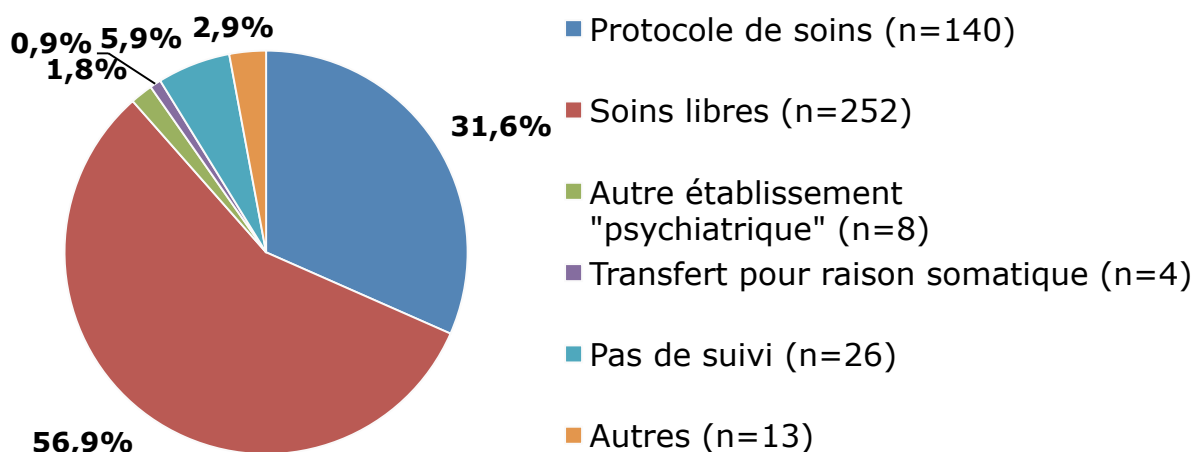


Figure 6. Orientation des patients à la sortie

La raison de l'absence d'une demande de tiers était connue pour 51 séjours hospitaliers en SPPI : dans 74,5% des cas, le tiers n'était pas disponible pour réaliser cette demande, c'est-à-dire injoignable ou dans l'impossibilité de se déplacer (n=38) ; dans 11,8% des cas, il refusait de signer une demande malgré sa disponibilité et son accord oral (n=6) ; enfin, le tiers se montrait opposé à une telle mesure de soins dans 13,7% des cas (n=7).

Les **Figures 7 et 8** représentent respectivement l'évolution du nombre de séjours hospitaliers en cours et du nombre de mesures de SPSC maintenues en fonction du temps.

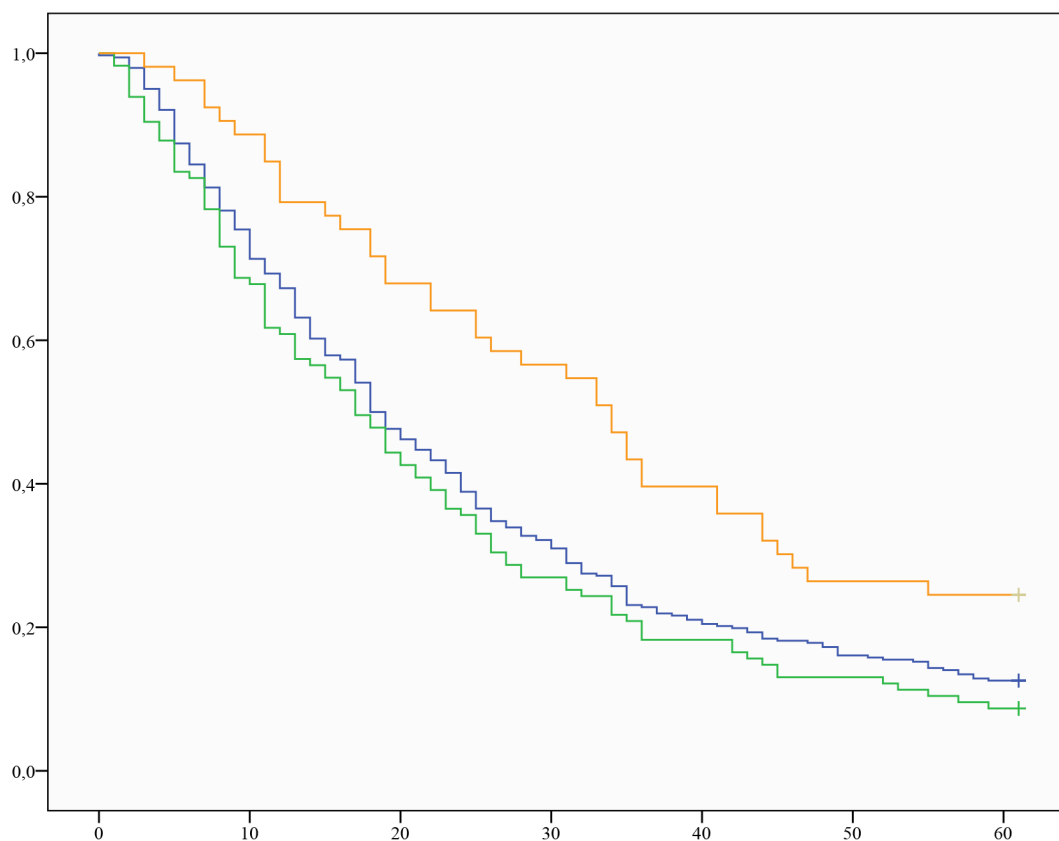


Figure 7. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de séjours hospitaliers toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)

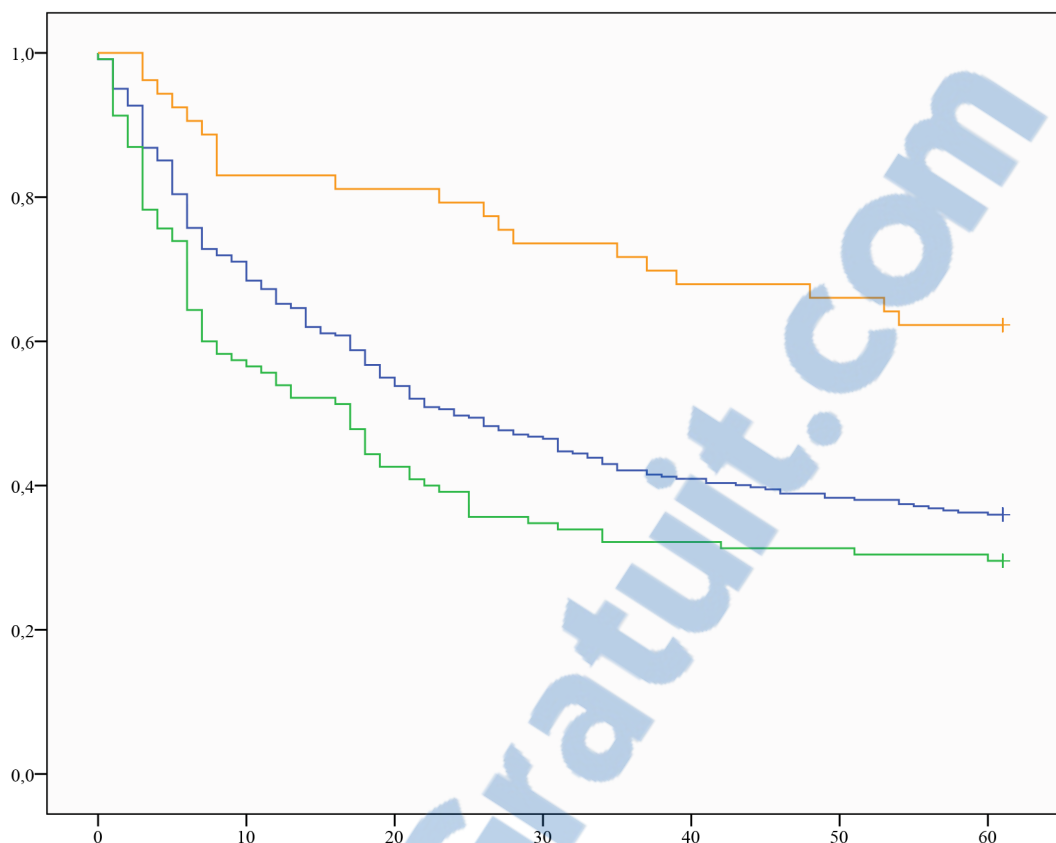


Figure 8. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de mesures de soins toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)

2. Analyses comparatives des données entre les groupes SPDT et SPPI

À J61, la DMM était significativement plus courte dans le groupe SPPI *versus* SPDT où elle s'élevait respectivement à 26,1 et 31,8 jours ($p=0,03$). La durée médiane de la mesure était de 17 jours pour les SPPI et de 24 jours pour les SPDT.

Des différences significatives étaient retrouvées en termes de provenance des patients. Lorsque ces derniers étaient admis sans consentement selon une mesure de SPDT, ils étaient moins fréquemment orientés par un hôpital général ($p<0,01$) mais bénéficiaient davantage de transformations des soins libres en soins sans consentement ($p<0,01$).

L'ensemble des résultats pour les deux groupes figure dans le **Tableau I**.

Tableau I. Données comparatives pour les groupes SPDT (n=342) et SPPI (n=115)

à J61

	%	SPDT (n)	%	SPPI (n)	p*
Âge moyen (en années)		42,6		45,4	-
Hommes	61,1	(209)	53,9	(62)	-
Provenance du patient					
Hôpital général	58,7	(200)	77,4	(89)	<0,01
Domicile	29,9	(102)	20,9	(24)	-
Transformation des soins libres	9,4	(32)	0	(0)	<0,01
Autres	2,1	(7)	1,7	(2)	-
Durée moyenne de séjour (en jours)		24,7		22,3	-
Durée moyenne de la mesure (en jours)		31,8		26,1	0,03
Tentative de suicide récente	17,8	(61)	25,2	(29)	-
Modalité de levée de la mesure					
Médecin	95,0	(208)	97,5	(79)	-
Tiers	4,1	(9)	0	(0)	-
Autres	0,9	(2)	2,5	(2)	-
Contrôle systématique par le JLD	61,0	(205)	53,6	(60)	-
Délai moyen de l'audience avec le JLD (en jours)		10,1		10,7	-
Orientation à la sortie					
Protocole de soins	29,8	(89)	26,0	(27)	-
Soins libres	57,2	(171)	65,4	(68)	-
Autre établissement « psychiatrique »	2,0	(6)	1,0	(1)	-
Transfert pour raison somatique	1,0	(3)	1,0	(1)	-
Pas de suivi	6,7	(20)	3,8	(4)	-
Autres	3,3	(10)	2,9	(3)	-
Diagnosics principaux CIM-10 **					
F1 - Troubles addictifs	23,7	(81)	17,4	(20)	-
F2 - Troubles psychotiques	47,1	(161)	47,0	(54)	-
F3 - Troubles de l'humeur	28,1	(96)	26,1	(30)	-
F4 - Troubles névrotiques	13,7	(47)	14,8	(17)	-
F6 - Troubles de la personnalité	8,5	(29)	13,0	(15)	-
Autres	4,4	(15)	3,5	(4)	-

* Les valeurs non significatives ne figurent pas dans le tableau

** Total supérieur à 100% en raison des diagnostics multiples pour un même cas

La DMS et la DMM ont été ensuite analysées selon que la mesure de SDDE était maintenue (ou non) à l'expiration d'un délai de 60 jours suivant son inclusion. Lorsque la levée de la mesure intervenait au cours des 60 premiers jours (n=300), elles étaient significativement inférieures pour le sous-groupe SPPI *versus* SPDT. Les résultats sont

détaillés dans le **Tableau II**. Des mainlevées ont été prononcées pour 219 séjours hospitaliers dans le groupe SPDT, soit 64% des cas, et 81 dans le groupe SPPI, soit 70,4% des cas ($p=0,21$).

En revanche, concernant les séjours hospitaliers dont les mesures de SDDE étaient toujours actives à J61 ($n=157$), les DMS ne présentaient pas de différence significative entre les sous-groupes SPDT ($n=123$) et SPPI ($n=34$) avec respectivement 32,2 et 38,9 jours ($p=0,10$).

Tableau II. Comparaison des durées moyennes et médianes de séjour et de la mesure (nombre de jours) pour les sous-groupes SPDT ($n=219$) et SPPI ($n=81$) dont les mesures de SDDE étaient levées à J60

	SPDT	SPPI	p
Durée moyenne de séjour	20,5	15,4	<0,01
Durée médiane de séjour	17	11	-
Durée moyenne de la mesure	15,4	11,5	0,03
Durée médiane de la mesure	11	6	-

3. Analyses comparatives des données entre les groupes SDDE et SDRE

La DMS et la DMM étaient significativement plus longues dans les cas où l'admission sans consentement se faisait en SDRE ($p<0,01$). Les durées médianes de séjour et de la mesure étaient respectivement de 18 et 21 jours pour les SDDE *versus* 34 et 61 jours pour les SDRE.

Les hommes étaient statistiquement plus représentés dans le groupe SDRE ($p=0,04$). Des différences significatives étaient également notées en termes de caractéristiques psychopathologiques : les troubles psychotiques et addictifs étaient plus fréquemment cotés lors des séjours hospitaliers en SDRE, à l'inverse des troubles de l'humeur et névrotiques ($p<0,05$ pour chaque catégorie diagnostique sus-citée). En outre, les SDRE

étaient statistiquement moins liés à l'existence d'une tentative de suicide récente à l'anamnèse ($p < 0,01$).

Les patients admis en SDRE provenaient plus souvent de leur domicile ($p < 0,01$) ou de la catégorie « autres » ($p < 0,01$) tandis que ceux admis en SDDE étaient plus fréquemment adressés par un hôpital général ($p < 0,01$). Par ailleurs, l'orientation à la sortie différait significativement entre les deux mesures d'admission : le groupe SDDE bénéficiait plus souvent de suivis en soins libres ($p < 0,01$) alors que le groupe SDRE était davantage assujetti aux protocoles de soins lorsque prenait fin l'hospitalisation à temps plein ($p < 0,01$).

Le détail des résultats est présenté dans le **Tableau III**.

Tableau III. Données comparatives pour les groupes SDDE (n=457) et SDRE (n=53)

à J61

	%	SDDE (n)	%	SDRE (n)	p*
Âge moyen (en années)		43,3		42,1	-
Hommes	59,3	(271)	73,6	(39)	0,04
Provenance du patient					
Hôpital général	63,4	(289)	30,2	(16)	<0,01
Domicile	27,6	(126)	45,3	(24)	<0,01
Transformation des soins libres	7,0	(32)	1,9	(1)	-
Autres	2,0	(9)	22,6	(12)	<0,01
Durée moyenne de séjour (en jours)		24,1		34,2	<0,01
Durée moyenne de la mesure (en jours)		30,4		46,2	<0,01
Tentative de suicide récente	19,7	(90)	3,8	(2)	<0,01
Modalité de levée de la mesure					
Médecin	95,7	(287)	95,0	(19)	-
Juge	0	(0)	5,0	(1)	-
Tiers	3,0	(9)	0	(0)	-
Autres	1,3	(4)	0	(0)	-
Contrôle systématique par le JLD	59,2	(265)	74,5	(38)	0,03
Délai moyen de l'audience avec le JLD (en jours)		10,2		10,0	-
Orientation à la sortie					
Protocole de soins	28,8	(116)	60,0	(24)	<0,01
Soins libres	59,3	(239)	32,5	(13)	<0,01
Autre établissement « psychiatrique »	1,7	(7)	2,5	(1)	-
Transfert pour raison somatique	1,0	(4)	0	(0)	-
Pas de suivi	6,0	(24)	5,0	(2)	-
Autres	3,2	(13)	0	(0)	-
Diagnosics principaux CIM-10 **					
F1 - Troubles addictifs	22,1	(101)	35,8	(19)	0,03
F2 - Troubles psychotiques	47,0	(215)	62,3	(33)	0,04
F3 - Troubles de l'humeur	27,6	(126)	9,4	(5)	<0,01
F4 - Troubles névrotiques	14,0	(64)	3,8	(2)	0,03
F6 - Troubles de la personnalité	9,6	(44)	13,2	(7)	-
Autres	4,2	(19)	3,8	(2)	-

* Les valeurs non significatives ne figurent pas dans le tableau

** Total supérieur à 100% en raison des diagnostics multiples pour un même cas

DISCUSSION

1. Analyses critiques des résultats et confrontation avec les données de la littérature

L'hypothèse initiale est rejetée au regard des résultats trouvés : le type de mesure par lequel les patients sont admis sans consentement en établissement psychiatrique est bien corrélé de façon statistiquement significative aux caractéristiques des soins prodigués pendant les 60 premiers jours après l'admission.

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) offre un aperçu des pratiques en termes de SPSC sur l'ensemble du territoire français [1]. Cependant, les informations retrouvées restent imprécises et ne peuvent se prétendre exhaustives. Quelques études récentes ont apporté des données statistiques relatives aux SPSC, notamment en matière de répartition des différents modes légaux. Toutefois, les résultats semblent difficilement comparables en raison de la grande hétérogénéité des méthodologies utilisées. L'âge moyen et le sex-ratio dans notre échantillon sont proches des données nationales sur les séjours hospitaliers sans consentement [1, 22, 23]. On retrouve également une certaine concordance en termes de caractéristiques psychopathologiques [22, 23] avec une nette prédominance de troubles psychotiques (48,6% dans notre échantillon *versus* 42% au niveau national). Cependant, les troubles addictifs étaient surreprésentés (23,5% dans notre échantillon *versus* 11% au niveau national) mais semblaient relever fréquemment de simples comorbidités psychiatriques plutôt que de diagnostics principaux. Nous avons aussi constaté davantage de troubles névrotiques (12,9% dans notre échantillon *versus* 6% au niveau national) mais notre chiffre est proche de la moyenne ligérienne estimée à 10% [23]. À noter qu'il existe un manque de fiabilité inter-cotateurs pour certaines catégories diagnostiques dans le cadre du Rim-P [24].

La répartition des différents modes légaux de soins psychiatriques en hospitalisation complète dans notre échantillon est superposable à celle retrouvée sur le plan national [1] et dans la littérature [25, 26, 27]. Nous avons objectivé une proportion conséquente d'admissions en SPPI : plus de 22% de l'ensemble des séjours hospitaliers inclus. Ce résultat est conforme à la tendance de progression constatée depuis plusieurs années [9, 22, 25, 27, 28] malgré de grandes disparités territoriales quant au recours à ces mesures de SPSC [22].

Les durées moyennes des soins sans consentement et hospitaliers étaient significativement plus courtes pour le groupe de patients admis en SPPI *versus* SPDT, lorsque les SPSC étaient levés durant les 60 premiers jours à compter de l'admission. Ce résultat est concordant avec l'étude de Mesu et al., menée sur une cohorte de 103 patients hospitalisés en SDDE à partir du CHU d'Angers [20]. Les données retrouvées sont d'autant plus comparables avec celles de notre étude que la méthodologie utilisée était similaire. Les DMS sont proches pour les SDDE : 24,1 jours dans notre échantillon *versus* 20 jours dans celui constitué via le CHU d'Angers. Les proportions de SDDE maintenus au-delà du soixantième jour sont respectivement de 34,4% (n=157) et 8,7% (n=9). Dans notre échantillon, les programmes de soins ont concerné 25,4% (n=116) des admissions en SDDE *versus* seulement 2,9% (n=3) des cas provenant du CHU d'Angers. Ainsi, il semble cohérent que les DMM soient différentes : 30,4 jours dans notre étude *versus* 16,5 jours pour Mesu et al.

Sur le plan national, une moyenne de 19% des patients bénéficiaient de SPSC ambulatoires après un épisode hospitalier sans consentement [22]. À titre de comparaison, les sorties d'essai concernaient environ 25% des patients hospitalisés sans leur consentement en 2010 [29]. Les programmes de soins étaient surreprésentés dans notre échantillon avec près du tiers des orientations à la sortie. Mesu et al. ont suggéré que « *les programmes de soins concernent des patients dont la prise en charge intra-hospitalière est plus longue* » [20]. Cette hypothèse est créditée par les résultats

de notre étude : le sous-groupe où des programmes de soins étaient prononcés à la sortie (n=140) présentait une DMS de 23,5 jours *versus* 18,1 jours s'agissant des autres orientations possibles (n=303) ($p < 0,01$). Néanmoins, elle ne saurait rationaliser le taux élevé de programmes de soins observé, la DMS pour l'ensemble de l'échantillon étant proche entre notre étude et celle menée par Mesu et al., où le recours à cette modalité semblait négligeable [20]. Une explication plus probante peut être le nombre conséquent de réintégrations (n=89) et la forte proportion de programmes de soins maintenus à l'issue de cette procédure, soit 97,4% (n=74) des cas pour lesquels la donnée était connue. En considérant le reste de l'échantillon, seulement 18% des orientations à la sortie relevaient d'une prise en charge sans consentement (n=66). Enfin, il semble pertinent de souligner une utilisation des programmes de soins variable selon les départements [22], qui peut s'expliquer en partie par l'absence de critères cliniques précis encadrant le recours à ces mesures, laissant ainsi le libre choix aux praticiens et empêchant l'homogénéisation des pratiques.

Dans notre échantillon, le JLD a confirmé dans l'immense majorité des cas la poursuite des SPSC sous la forme d'une hospitalisation complète. Une seule mesure a bénéficié d'une mainlevée par l'autorité judiciaire, soit 0,3% des cas contrôlés. Selon les statistiques du ministère de la Justice pour l'année 2014 [30], 7,8% des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète ont conduit à des mainlevées (sur un total de 67.120 saisines). Elles seraient dues pour l'essentiel à des vices de forme [31]. À noter que notre résultat tient compte uniquement de la première intervention systématique du JLD. Par ailleurs, si seulement 0,3% de l'ensemble des mainlevées prononcées dans notre étude relevait d'une décision judiciaire, cette disposition a concerné 1,7% des cas pour Mesu et al [20].

2. Usage des SPPI : indications et réserves

Auparavant, le recours à une hospitalisation d'office (HO) dans certaines situations relevant davantage d'une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) était une pratique décriée, mais fréquente, pour pallier l'impossibilité d'initier des soins en l'absence de tiers signataire [27, 32]. Les SPPI ont été ainsi conçus dans l'optique de faciliter l'accès aux soins des personnes isolées et pour lesquelles aucun tiers ne peut être mobilisé. En outre, ils permettent de résoudre les situations d'impasse lorsque l'entourage ne souhaite pas s'engager dans une telle procédure, voire se montre hostile à la prise en charge préconisée. Une inflation du recours aux SPPI est constatée dans plusieurs études récentes [25, 27]. Elle montre l'intérêt de cette mesure, notamment dans un contexte d'urgence, mais pose aussi le risque d'un débordement hors du cadre « exceptionnel » pensé par le législateur. Ainsi, Gobillot Porte [25] a trouvé un nombre conséquent de SPPI « *non justifiés* » avec l'existence d'un tiers en capacité de faire une demande de soins, mais n'ayant pas été sollicité. Le projet de réforme législative de 2013 mentionne également que « *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 simplifier l'admission dans un contexte d'urgence* » [28]. Les SPPI sont simples et rapides à mettre en place. Ainsi, l'orientation des patients en milieu psychiatrique à partir des hôpitaux généraux se trouve accélérée, permettant une diminution du phénomène de saturation des services d'urgence [9, 25]. La réduction du temps d'évaluation et l'omission de la recherche d'un tiers y constituent des risques prévisibles [27]. Le législateur exige la rédaction d'un certificat médical initial circonstancié concernant l'absence de tiers et le « péril imminent » - défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme étant « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » [33] - ce qui est loin du constat fait en pratique clinique [25]. Par ailleurs, rares sont les établissements de santé

qui imposent une traçabilité de la recherche d'un tiers en cas de mesure de SPPI. La simplification de la procédure de soins et la grande liberté d'interprétation inhérente à la notion de « péril imminent » [9, 27] semblent donner une explication probante à l'écart constaté entre l'esprit de la loi et la pratique des soins, notamment dans un contexte d'urgence.

3. Particularités des mesures de SPPI *versus* SPDT

Les SPPI bénéficiaient en moyenne de mainlevées plus précoces que les SPDT dans notre échantillon. Plus d'une mesure de SPPI sur cinq (21,7%) était levée au terme de la période d'observation de 72 heures (n=25) *versus* 13,2% des SPDT (n=45) (p=0,03). Les soins se poursuivaient en service libre dans un second temps selon des proportions similaires : 64% des cas dans le sous-groupe SPPI (n=16) *versus* 80% dans le sous-groupe SPDT (n=36) (p=0,14). Ainsi, nous avons pu isoler un nombre conséquent de SPPI en rapport avec des tableaux cliniques dont les troubles du jugement étaient circonscrits dans le temps. En découle un amendement rapide de l'incapacité à consentir aux soins prodigués. L'analyse de ce sous-groupe révèle certaines spécificités psychopathologiques : les troubles addictifs (n=9) et névrotiques (n=9) y étaient principalement retrouvés tandis que l'on pouvait constater une nette sous-représentation des troubles psychotiques, avec seulement 12% des cas (n=3). En outre, les admissions liées à une tentative de suicide récente concernaient plus de la moitié des séjours (n=13). Les évaluations psychiatriques à intervalles très rapprochés, prévues dans les 72 premières heures par la législation actuelle, paraissent donc pertinentes au regard des résultats trouvés. La recherche d'un consentement libre et éclairé aux soins y constituera un principe essentiel.

Dans notre étude, les SPPI concernaient près de 30% des mesures prononcées à partir des hôpitaux généraux. Ce résultat est cohérent avec l'hypothèse émise par Mesu et al. [20] : le recours aux SPPI semble surreprésenté dans les services d'urgence « où les

équipes soignantes connaissent moins la personne ou d'éventuels tiers à contacter, manquent de ressources pour les rechercher, et doivent agir rapidement pour orienter le patient vers des soins adaptés » [22]. Intrinsèquement, les situations comportant un « péril imminent pour la santé de la personne » y sont plus fréquentes.

4. Comparaison des groupes SDRE versus SDDE

Les différences trouvées entre les deux mesures d'admission sont liées aux critères cliniques respectifs, qui engendrent des populations distinctes sur le plan psychopathologique. Le recours aux SDRE est justifié s'il est démontré l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou pouvant porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public (art. L3213-1 du CSP). Les sujets délirants peuvent se montrer menaçants, voire agressifs, envers autrui. Ainsi, il semble cohérent que les admissions dans le cadre de décompensations psychotiques soient prépondérantes dans le groupe SDRE. Par ailleurs, la prise de substances psychoactives peut engendrer des troubles mentaux et du comportement justifiant une telle mesure. En revanche, l'existence seule d'un risque autoagressif n'est pas un argument suffisant pour initier des SDRE : la prévalence des troubles de l'humeur et des tentatives de suicide reste donc limitée au sein de ce groupe.

L'intervention des forces de l'ordre est bien souvent nécessaire en raison de l'état d'agitation et de l'hétéroagressivité potentielle de ces patients, qui seront orientés vers un établissement spécialisé suite à un examen psychiatrique réalisé dans les locaux de la gendarmerie ou du commissariat. Les soignants et les forces de l'ordre peuvent également être amenés à intervenir au domicile des patients en cas d'arrêté préfectoral. Nos résultats suggèrent que les SDRE aboutissent à des soins sans consentement et à des séjours hospitaliers plus longs que les SDDE. En effet, les psychiatres se montreront plus attentifs à consolider l'état clinique de ces patients, d'autant qu'ils ont pu être perçus comme un « danger » pour la société en période aiguë. En outre, le recours aux

programmes de soins était significativement plus fréquent à l'issue des séjours hospitaliers en SDRE : d'une part, ces mesures apportent des garanties supplémentaires concernant le suivi ambulatoire des intéressés ; d'autre part, la majorité des patients de ce groupe souffrait de troubles psychotiques et, sur le plan national, il semble que cette catégorie diagnostique soit surreprésentée en programme de soins [22]. Un constat similaire est fait dans notre échantillon : des troubles psychotiques étaient retrouvés dans 70,7% des cas (n=99). En psychiatrie, l'observance thérapeutique est intimement liée à la notion d'insight [34]. D'après différentes études, entre 50 et 80% des sujets schizophrènes présentent un déficit dans la conscience de leur maladie [35]. Les soins ambulatoires sans consentement prennent ici toute leur importance, afin de pallier les potentiels problèmes d'observance.

77,4% des admissions en SDRE (n=41) ont été maintenues à temps plein et sans consentement pendant 10 jours ou plus (délai moyen de l'audience avec le JLD dans notre étude) *versus* seuls 61,7% des cas pour les SDDE (n=282) (p=0,03). En résultent des taux de contrôle systématique par le JLD proportionnels et significativement différents entre les deux groupes.

5. Incidence de la réduction du délai de contrôle du JLD

Près de 40% des séjours hospitaliers inclus dans notre étude, du fait de mainlevées des soins sans consentement ou de sorties en programme de soins avant l'audience, n'ont pas bénéficié de la première intervention dite « de plein droit » du JLD. À dater du 1^{er} septembre 2014, le délai de judiciarisation des SPSC en hospitalisation complète est réduit à 12 jours suivant l'admission sans consentement. Il n'est cependant pas constaté de renforcement de l'effectivité de cette garantie essentielle pour les patients concernés : dans notre échantillon, les taux de contrôle systématique par le JLD n'étaient pas significativement différents selon que les admissions sans consentement se faisaient

avant ou à partir du 1^{er} septembre 2014, avec respectivement 59% (n=240) et 68,5% des cas (n=63) (p=0,09). Ce résultat plaide en faveur d'une intervention encore plus précoce du JLD dans le parcours de soins du patient hospitalisé sans consentement.

6. Limites et biais de l'étude

S'agissant d'une étude monocentrique réalisée dans un seul département français, la portée des résultats retrouvés paraît limitée. Ainsi, il serait délicat de les généraliser à l'ensemble du territoire national, notamment au regard de disparités majeures constatées entre départements quant au recours aux admissions sans consentement [5].

Il existe un biais méthodologique portant sur l'estimation des DMS et des DMM qui consiste à n'employer pour les statistiques que les données disponibles au sixantième jour. Ainsi, les durées moyennes « réelles » ont probablement été sous-estimées dans notre étude. Ces données étaient inconnues pour 12,9% (n=66) des séjours et 37,3% (n=190) des mesures. Toutefois, l'exhaustivité des données ne pouvait être atteinte pour des raisons pratiques de mise en œuvre de l'étude.

Par son caractère rétrospectif, une limite de notre étude tient également aux informations manquantes du fait de l'absence de renseignement de ces données dans les dossiers de certains patients.

CONCLUSION

L'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique clinique et, notamment, la possibilité d'admettre sans consentement une personne souffrant de troubles mentaux en l'absence de demande écrite d'un tiers, lorsque celle-ci n'est pas disponible. L'expansion progressive du recours aux SPPI interroge, d'autant qu'une proportion conséquente de ces mesures ne semble pas pleinement justifiée (tiers non sollicités, etc). En adjonction du certificat médical initial, la traçabilité de la recherche d'un tiers semble devoir figurer au titre des documents nécessaires afin de prononcer une admission en SPPI.

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

Les programmes de soins sont particulièrement utilisés et adaptés dans le cadre de troubles psychotiques où le faible insight des patients conduit bien souvent à des ruptures de soins. Ces mesures permettent ainsi de favoriser l'observance des intéressés, avec la possibilité d'une réintégration en hospitalisation complète plus facile si ces derniers refusent de s'y soumettre. Néanmoins, il serait pertinent de définir des critères cliniques précis concernant le recours aux programmes de soins afin d'en harmoniser les usages.

Nos résultats dressent un aperçu des pratiques locales en Sarthe mais nécessitent d'être répliqués sur le plan national au travers d'études multicentriques, afin de pouvoir les généraliser à l'ensemble du territoire français. L'homogénéisation de la méthodologie utilisée lors des études sur les soins sans consentement permettrait des comparaisons plus aisées entre les différents territoires.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Tableaux MAPSY cumulés nationaux 2014 [en ligne]. [Consulté le 17/11/2015]. Disponible sur : http://www.scansante.fr/applications/rim-p_psy_nat_2014.
2. Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012). *Médecine & Droit*. 2012;2012(117):179-81.
3. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *Evol Psychiatr*. 2015;80(1):209-20.
4. République française. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. *Journal officiel de la République française* du 30 juin 1990.
5. Lopez A, Yeni I, Valdes-Boulouque M, Castoldi F. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Paris : Rapport IGAS N°2005-064 / IGSJ N°11/05 ; 2005.
6. Vaillant C. L'intervention du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011 : les premiers obstacles rencontrés. *Info Psychiatr*. 2011;87(10):763-8.
7. Ministère de la Justice et des Libertés. *Annuaire statistique de la Justice*. Édition 2011-2012. Paris : La Documentation française ; 2012.
8. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. *EMC - Psychiatr*. 2013;10(2):1-14.
9. Vacheron M-N. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? *Encéphale*. 2014;40(2):97-9.
10. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Ann Med Psychol*. 2012;170(3):211-5.
11. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Ann Med Psychol*. 2012;170(10):693-8.
12. Bachelot-Narquin R. *Projet de loi n°2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*. Paris : Assemblée Nationale ; 2010.

13. Jonas C. Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? *Ann Med Psychol.* 2012;170(10):699-702.
14. Cour européenne des droits de l'homme. Arrêt de la CEDH du 18 novembre 2010 - Affaire Baudoin contre France, requête n° 35935/03. Strasbourg ; 2010.
15. Cour européenne des droits de l'homme. Arrêt de la CEDH du 14 avril 2011 - Affaire Patoux contre France, requête n° 35079/06. Strasbourg ; 2011.
16. Décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel. *Journal officiel de la République française* du 27 novembre 2010.
17. Décision n°2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 du Conseil constitutionnel. *Journal officiel de la République française* du 10 juin 2011.
18. République française. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Journal officiel de la République française* du 6 juillet 2011.
19. République française. Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Journal officiel de la République française* du 29 septembre 2013.
20. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al. Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. *Ann Med Psychol.* 2015;173(2):136-42.
21. Organisation mondiale de la Santé. CIM-10 : Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. *Classification internationale des maladies. 10ème révision.* Genève : Elsevier Masson ; 1993.
22. Coldefy M, Tartour T. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *Irdes, Questions d'économie de la santé.* 2015;205:1-8.
23. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. Nantes : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire ; 2015.
24. Richieri R, Boyer L, Lancon C. Fiabilité des références diagnostiques du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie. *Santé Publique.* 2011;23(HS):31-8.
25. Gobillot Porte C. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une mesure « low cost » ? Thèse de médecine. Université Claude Bernard - Lyon 1 ; 2014.

26. Kliffa M. 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. Thèse de médecine. Université Claude Bernard - Lyon 1 ; 2014.
27. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *Encéphale*. 2014;40(6):468-73.
28. 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. Paris : Assemblée nationale ; 2013.
29. 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. *Irdes, Questions d'économie de la santé*. 2013;193:1-8.
30. Ministère de la Justice. Statistiques en matière de soins sous contrainte : saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014 [en ligne]. [Consulté le 19/10/2015]. Disponible sur : <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/IMG/pdf/2015-07-28-statistiques-judiciaires-soins-sous-contrainte.pdf>.
31. Wesner P. Enquête sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 : période du 1^{er}/08/11 au 31/07/12. Journée ADESM ; 2012 ; Lille, France.
32. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*. 2013;25(6):793-802.
33. 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. Paris : HAS ; 2005.
34. Markova I, Jaafari N. L'Insight en psychiatrie. Paris : Doin Éditions ; 2009.
35. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J-P, Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *Encéphale*. 2008;34(6):597-605.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux	11
Figure 2. Répartition des admissions en SPSC selon la modalité légale	11
Figure 3. Répartition des admissions en SPSC selon la provenance des patients.....	12
Figure 4. Proportion de séjours hospitaliers par catégorie diagnostique (CIM-10)	12
Figure 5. Répartition des moyens utilisés en cas de tentative de suicide	12
Figure 6. Orientation des patients à la sortie	13
Figure 7. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de séjours hospitaliers toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)	14
Figure 8. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de mesures de soins toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Données comparatives pour les groupes SPDT (n=342) et SPPI (n=115) à J61 .. 16

Tableau II. Comparaison des durées moyennes et médianes de séjour et de la mesure (nombre de jours) pour les sous-groupes SPDT (n=219) et SPPI (n=81) dont les mesures de SDDE étaient levées à J60 17

Tableau III. Données comparatives pour les groupes SDDE (n=457) et SDRE (n=53) à J61 19

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODES	8
1. Population cible	8
2. Paramètres étudiés	8
3. Analyses statistiques	9
4. Traitement des données confidentielles	10
RÉSULTATS	11
Figure 1. Diagramme de flux	11
1. Caractéristiques de l'échantillon global	11
Figure 2. Répartition des admissions en SPSC selon la modalité légale	11
Figure 3. Répartition des admissions en SPSC selon la provenance des patients.....	12
Figure 4. Proportion de séjours hospitaliers par catégorie diagnostique (CIM-10)	12
Figure 5. Répartition des moyens utilisés en cas de tentative de suicide	12
Figure 6. Orientation des patients à la sortie	13
Figure 7. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de séjours hospitaliers toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)	14
Figure 8. Courbe de Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion, après un nombre de jours (donné en abscisse), de mesures de soins toujours en cours pour chaque groupe : soins en péril imminent (vert), soins à la demande d'un tiers (bleu), soins sur décision du représentant de l'État (orange)	15
2. Analyses comparatives des données entre les groupes SPDT et SPPI	15
Tableau I. Données comparatives pour les groupes SPDT (n=342) et SPPI (n=115) à J61 ..	16
Tableau II. Comparaison des durées moyennes et médianes de séjour et de la mesure (nombre de jours) pour les sous-groupes SPDT (n=219) et SPPI (n=81) dont les mesures de SDDE étaient levées à J60	17
3. Analyses comparatives des données entre les groupes SDDE et SDRE	17
Tableau III. Données comparatives pour les groupes SDDE (n=457) et SDRE (n=53) à J61	19
DISCUSSION	20
1. Analyses critiques des résultats et confrontation avec les données de la littérature	20
2. Usage des SPPI : indications et réserves	23
3. Particularités des mesures de SPPI versus SPDT	24
4. Comparaison des groupes SDRE versus SDDE	25
5. Incidence de la réduction du délai de contrôle du JLD	26
6. Limites et biais de l'étude	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	30
LISTE DES FIGURES	33
LISTE DES TABLEAUX	34
TABLE DES MATIÈRES	35
ANNEXES	36

ANNEXES

Annexe 1. Fiche de renseignements

N° inclusion: _____

Étude SPSC 2

fiche de renseignements (sujets inclus)

Partie I - Données à l'inclusion: Investigateur (initiales) =

A) Date d'inclusion (date remplie, >J60) : ___/___/201...

B) Début de l'hospitalisation: ___/___/201...

C) Âge : ans D) Genre: Homme Femme

E) Provenance dossier : CESAME CHS de La Sarthe

F) Provenance du patient : CHU d'Angers Hôpital général autre Domicile Transformation des soins libres

F) Type de mesure d'admission (entourer): SPDT / SPPI / SPDRE / SPDRE "carcérale"

G) Si SPPI, raison de l'absence d'une demande de tiers: Injoignable Ne souhaite pas signer Opposé à l'admission

Diagnostic initial retenu:

H) En clair:.....

I) Code CIM-10: F....., F....., Z....., Tentative de suicide: Non Oui (quel moyen?:)

J) Durée du séjour hospitalier:JOURS ou (entourer si applicable) > 60 jours

K) Durée de la mesure de SPSC:JOURS ou (entourer si applicable) > 60 jours

L) Modalité de levée de la mesure (qui a pris la décision ?) : Médecin Juge Tiers CDSP

M) Audience avec JLD: Non Oui, auème jour à compter de l'admission

Diagnostic de sortie retenu:

N) En clair:.....

NN) Code CIM-10: F....., F....., Z....., autres:.....

O) Orientation à la sortie: soins ambulatoires sans consentement ("protocole de soins")

soins ambulatoires avec consentement ("libres")

orientation vers un autre établissement "psy" (clinique, convalescence)

levée de mesure pour raison somatique intercurrente et transfert CH(U)

pas de suivi

autres (préciser) :.....

Observations:

Annexe 2. Comité d'Éthique du CHU d'Angers

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

Dr. R.C. MESU
CHU
ANGERS

Angers, le Mardi 30 décembre 2013

Monsieur,

Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné le **17 décembre 2013** votre projet enregistré sous le numéro **N° 2013 93 Etude SPSC 2 (Soins psychiatriques sans consentement)** **Dr. R.C. MESU** (Psychiatrie)

La loi du 5 juillet 2011 concernant les soins sans consentement en psychiatrie a introduit la possibilité d'admettre une personne souffrant de troubles mentaux sans demande écrite d'un tiers. Une première étude préliminaire sur 3 mois a été réalisée en 2012 par l'équipe de psychiatrie du CHU. Le projet est d'étendre cette étude sur une durée plus importante et sur plusieurs établissements psychiatriques pour réduire les biais d'inclusion (services de psychiatrie du CHU d'Angers, de Ste Gemmes sur Loire et de la Sarthe).

L'objectif principal est de comparer les principales caractéristiques du déroulement des hospitalisations sans consentement en fonction du type de mesure d'admission, en particulier les durées d'hospitalisation et les modalités de levée de la mesure.

Le recueil des données est réalisé à partir d'éléments du dossier et de quelques éléments spécifiques à l'étude sur un formulaire. Les données seront anonymisées pour l'étude statistique.

Il s'agit d'une analyse des pratiques médicales et judiciaires liées à la modification de la loi.

Il n'y a pas d'obstacle éthique à la publication de cette étude.

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A
CHU Angers - 49933 Angers Cedex 9
Email : jacob@chu-angers.fr

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas

RÉSUMÉ

La loi du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique clinique des soins psychiatriques. Nous présenterons une étude observationnelle sur les soins sans consentement prodigués dans un échantillon de 510 cas inclus en Sarthe pendant une année entière. 60 jours après l'admission, la durée moyenne de la mesure était significativement plus courte pour les 115 cas en « péril imminent » (26,1 jours) *versus* les 342 cas « à la demande d'un tiers » (31,8 jours), $p=0,03$. Les prises en charge hospitalières initiées « sur décision du représentant de l'État » ($n=53$) présentaient des caractéristiques statistiquement différentes ($p\leq 0,05$) de celles initiées « sur décision du directeur de l'établissement » ($n=457$). Ces différences pourraient s'expliquer par les critères cliniques qui distinguent ces deux groupes. Le recours aux soins en cas de péril imminent peut se justifier en l'absence de tiers, mais se trouve utilisé aussi pour accélérer le processus d'orientation des malades mentaux à partir des services d'urgence. Les résultats de notre étude nécessitent d'être répliqués sur le plan national par des études multicentriques, afin de mieux appréhender la pratique à travers le territoire national et d'orienter les futures politiques de santé publique.

Mots-clés : consentement aux soins, hospitalisation psychiatrique, juge des libertés et de la détention, programme de soins

Involuntary Commitment for the Mentally Ill : Two Months' Follow-up of 510 Cases

ABSTRACT

The reform of the French Mental Health Act in 2011 brought new developments in psychiatric care. We present an observational study about the commitment for the mentally ill in a sample of 510 cases in the Sarthe county, included over 12 months. 60 days following the admission order the average duration of involuntary treatment was significantly shorter for the 115 cases in the « imminent danger » group, versus the 342 cases in the « third person's application » sub-sample, (26,1 vs 31,8 days respectively, $p=0,03$). The population admitted according to a state representative's decision ($n=53$) was found to be statistically different in terms of provided care versus the rest of the sample ($n=457$, $p\leq 0,05$), which could be explained by distinct clinical characteristics. Resorting to an « imminent danger » procedure can be justified in the absence of a third party's application and can lead to faster decision implementing in emergency settings. Given its single-centre approach and the notorious disparity of clinical practices over the national territory, it would be useful to include larger, nationwide samples, in order to assess the new Health Act's impact and to guide future public health decisions.

Keywords : involuntary commitment, forensic psychiatry, emergency services, psychiatric hospitals