

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1548

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Laurène JOLIVET

le 23 SEPTEMBRE 2015

**LE PROGRAMME DE SOIN, UNE NOUVELLE PERSPECTIVE DU
SOIN EN PSYCHIATRIE : OUTIL JURIDIQUE ? OUTIL
THERAPEUTIQUE ?**

Directeur de thèse : Dr Pierre HECQUET

JURY

Monsieur le Professeur	Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur	Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur	Philippe BIRMES	Assesseur
Monsieur le Professeur	Norbert TELMON	Assesseur
Monsieur le Docteur	Axel BOURCIER	Suppléant
Monsieur le Docteur	Pierre HECQUET	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUDX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHÉ P.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			M.C.U.
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS.

A mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Christophe Arbus, pour l'immense honneur que vous me faites de présider ce jury et juger ce travail. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance.

A mon Juge :

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse et de juger ce travail. Je vous sais gré de l'intérêt que vous portez à cette thèse et pour votre investissement au sein de l'enseignement de la psychiatrie.

A mon Juge :

Monsieur le Professeur Philippe Birmes, pour l'honneur que vous me faites de siéger dans mon jury de thèse. Merci pour votre investissement au sein du DES de psychiatrie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon Juge :

Monsieur le Professeur Norbert Telmon. Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse et de porter intérêt à la psychiatrie. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance.

A mon Juge et Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Pierre Hecquet, pour m'avoir accompagné à chaque étape de mon travail, pour votre soutien, pour votre enseignement, pour m'avoir accompagné une longue partie de mon internat et m'avoir permis de bénéficier d'une formation riche, variée et complexe, pour m'avoir accordé votre confiance et votre bienveillance tout au long de mon parcours.

A mon Juge :

Monsieur le Docteur Axel Bourcier, pour m'avoir guidé et conseillé tout au long de ce travail. Je suis ravie d'avoir pu travailler ensemble au cours de mon internat.

Merci,

Merci,

A mes parents, pour leur amour, pour l'éducation et les valeurs qu'ils m'ont transmises, pour leur soutien sans faille tout au long de mes études, pour leurs conseils, pour m'avoir toujours accompagnée dans ce long parcours qui m'a conduit à ce beau métier.

A mes grands-parents maternels, pour leur soutien inconditionnel, leur amour, pour m'avoir toujours soutenue et accompagnée tout le long de mon parcours.

A ma grand-mère paternelle, pour son amour et son soutien.

A mes co-externes et co-internes, mais surtout amies : Céline, Emilie, Solène pour tout ce que nous avons partagé.

A mes amis, Chloé, Sylvia, Sigrid, Céline, Christophe qui vivent pour la plupart très loin, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

Au Docteur Monique Poupry, qui se reconnaîtra, pour son aide et pour m'avoir transmis son envie de pratiquer cette belle discipline.

A Moumoune, Doudou et Anusha, mes petites bêtes à poils préférées.

A tous les médecins du Centre Hospitalier Gérard Marchant et du Nouvel Hôpital Psychiatrique de Purpan, pour m'avoir permis de réaliser ce travail dans les différents secteurs de l'établissement et pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Au **DIM du Centre Hospitalier Gérard Marchant**, pour son aide logistique et technique.

A **Sylvie Bron** pour son aide précieuse dans l'étude des dossiers.

Au **Docteur Radoine Haoui** pour les informations qu'il m'a apporté et l'aide logistique.

Au **Docteur Rémy Klein** pour son aide bibliographique.

Au **Docteur Jean-Jacques Layani**, à **Monsieur Yves Marcovici**, à **Monsieur Jacques Lacan**, à **Madame Emmanuelle Bourlier** et à **Madame Sophie Theron** pour avoir accepté de répondre à mes questions.

Aux patients interviewés qui ont accepté de me rencontrer.

Aux Docteurs Catherine Ranjeva, Jocelyne Calvet, Jean-Jacques Jousselin, Samia Gouchène, Zeynep Hukum, Patrick Ollivier, Sylvie Barotto, Martine Ferrand, Philippe Grimaud, Karine Faure pour l'enseignement de la psychiatrie qu'ils m'ont transmis au cours de mon internat.

A toutes les équipes paramédicales avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler.

Je tiens à dédier ce travail à mon grand-père « Jeannot », décédé trop tôt au cours de mon parcours d'interne, qui aurait aimé être là et voir l'aboutissement de ces longues années d'étude : c'est en grand partie grâce à toi que j'en suis arrivée là...

SOMMAIRE.

TITRE	p 1
TABLEAU DES ENSEIGNANTS	p 3
REMERCIEMENTS	p 6
SOMMAIRE	p 9
TABLEAU DES ILLUSTRATIONS : GRAPHIQUES	p 19
TABLEAU DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX	p 20
LISTE DES ABRÉVIATIONS	p 21
INTRODUCTION	p 24
PARTIE 1 : HISTORIQUE DES SOINS SOUS CONTRAINTE EN France	p 27
I. Historique de la place du malade mental dans la société.	
A. Les civilisations anciennes.	
B. L'Antiquité.	
C. Le Moyen-Âge.	
D. Le XVI ^e siècle ou la naissance de l'hôpital général.	
E. Le XVII ^e siècle.	
F. La révolution française.	
G. Le XIX ^e siècle.	

II. La loi de 1838 sur les aliénés.

- A. Le contexte de promulgation.
- B. Le cadre légal.
- C. La loi et son application.
 - 1. Prévoir des établissements dans chaque département.
 - 2. Les modalités d'internement.
 - a) Le placement volontaire
 - b) Le placement d'office.

III. La loi du 27 juin 1990.

- A. Les droits de la personne hospitalisée sans consentement.
 - 1. Les droits en relation avec la protection de la liberté et de la dignité de la personne.
 - 2. Les droits en relation avec l'objectif thérapeutique.
 - 3. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)
- B. Les modes d'hospitalisation.
 - 1. L'hospitalisation libre.
 - 2. L'hospitalisation à la demande d'un tiers.
 - 3. L'hospitalisation d'office.

IV. La loi du 04 mars 2002.

- A. Le contexte de promulgation.
- B. Le contenu.
 - 1. L'information délivrée au patient
 - 2. La nécessité du recueil du consentement.
 - 3. La désignation d'une personne de confiance
 - 4. Les précisions concernant le secret médical.

5. L'accès au dossier médical.

C. Les spécificités psychiatriques.

V. La loi du 5 juillet 2011.

A. Le contexte de promulgation.

B. L'évolution législative jusqu'à la loi du 5 juillet 2011.

1. L'évolution en France

2. Le discours d'Antony.

3. Au niveau européen.

4. L'anti-constitutionnalité relative à la loi du 27 juin 1990.

C. Les mesures nouvelles pour les soins sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011.

1. Le contrôle du juge des libertés et de la détention se fait au quinzième jour et tous les six mois.

2. La mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de 72h.

3. La création des soins ambulatoires sous contrainte.

4. Les soins pour péril imminent sans tiers.

5. Le renforcement des droits des patients.

6. Une réponse aux urgences contractualisée par les agences régionales de santé.

D. Le contenu et l'application de la loi.

1. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE, ex-HDT).

a) Procédure « normale » de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ex-HDT)

b) Procédure de soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent.

c) Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence.

2. Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SDRE, ex-HO)
 - a) Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (procédure « normale »)
 - b) Soins psychiatriques sur décision du maire en cas de danger immédiat.
3. Soins ambulatoires sous contrainte.

PARTIE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE PROGRAMME DE SOIN

p 61

I. Modalités du programme de soins ambulatoire.

II. Etude de la littérature sur le programme de soin en France.

- A. Données concernant l'historique du programme de soins et sur les débats qu'il suscite.
- B. Questionnement éthique autour du programme de soins : notion de contrainte, consentement, autonomie.
- C. Premières données statistiques concernant le programme de soins.

III. Etude de la littérature sur les programmes de soin à l'étranger.

- A. Introduction.
- B. La situation aux Etats-Unis.
- C. La situation à New York : la « Kendra law ».
- D. La situation au Royaume Uni.
- E. La situation en Australie.
- F. La situation en Allemagne.
- G. Les soins sous contrainte au Danemark.
- H. La situation en Norvège.
- I. La situation en Suède.

- J. La situation en Suisse.
- K. La situation en Hongrie.
- L. La situation en Espagne.
- M. La situation en Italie.
- N. La situation aux Pays-Bas
- O. La situation en Israël.

IV. Evaluation de la dangerosité psychiatrique.

- A. Notion de dangerosité psychiatrique.
- B. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques.
- C. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles de l'humeur.
- D. Evaluation de la violence.

V. Présentation du centre hospitalier Gérard Marchant et de la psychiatrie en Haute Garonne.

- A. Histoire du Centre Hospitalier Gérard Marchant
 - 1. De Braqueville à Marchant : de l'asile au Centre
 - 2. Construction de 1852 à 1864.
 - 3. Le XX^e siècle.
 - 4. D'AZF à nos jours
- B. L'organisation actuelle de la psychiatrie en Haute Garonne.

PARTIE 3 : PREMIÈRE ÉTUDE : AVIS DES PRATICIENS HOSPITALIERS CONCERNANT LE PROGRAMME DE SOIN p 104

I. Introduction.

II. Construction du questionnaire.

III. Le Questionnaire.

IV. Recueil des données et résultats.

- A. Recueil des données
- B. Résultats.

V. Analyse des résultats.

- A. Les facteurs socio-démographiques.
- B. Les facteurs liés aux antécédents.
- C. Les facteurs liés aux soins.
- D. Les facteurs liés au diagnostic actuel : en cas de trouble schizophrénique
- E. Les facteurs liés au diagnostic actuel : en cas de trouble de l'humeur.
- F. Les facteurs liés au processus décisionnel du thérapeute.

PARTIE 4 : DEUXIÈME ÉTUDE : ÉTUDES DES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS EN PROGRAMME DE SOIN DU SECTEUR 5 DE L'HÔPITAL GÉRARD MARCHANT À TOULOUSE

p 126

I. Introduction.

II. Méthode de l'étude.

- A. Type d'étude.
- B. Echantillon
- C. Critères d'inclusion.
- D. Critères d'exclusion.
- E. Calcul de l'échantillon.
- F. Démarche d'inclusion.

III. Résultats.

- A. Données socio-démographiques.

1. Secteur d'appartenance.
2. Sexe.
3. Âge.
4. Nationalité.
5. Statut professionnel.
6. Mesure de protection
7. Revenus.
8. Statut matrimonial
9. Enfants.

B. Antécédents.

1. Antécédents psychiatriques
2. Traitements psychiatriques.

C. Données concernant l'hospitalisation ayant conduit au programme de soin.

1. Motif d'hospitalisation ayant conduit au programme de soin.
2. Type de mesure de soins sans consentement
3. Traitement à la sortie d'hospitalisation ayant conduit au programme de soins.

D. Diagnostic psychiatrique des patients de notre échantillon selon la CIM 10.

1. Diagnostic principal.
2. Diagnostics associés.
 - a) Trouble de la personnalité
 - b) Comorbidité addictive.

E. Critère de jugement principal.

1. Durée moyenne du programme de soin

2. Nombre de jours d'hospitalisation dans les trois ans précédent le programme de soin
3. Nombre de jours d'hospitalisation depuis la mise en place du programme de soin
4. Nombres d'hospitalisations dans les trois ans précédent le programme de soin
5. Nombres d'hospitalisations depuis la mise en place du programme de soin.
6. Nombre de patients réhospitalisés pendant le programme de soin.

PARTIE 5 : RECUEIL DES AVIS DES DIFFÉRENTS PARTIS IMPLIQUÉS DANS LE PROGRAMME DE SOIN

p 165

I. Rencontre avec Mr Yves MARCOVICI à l'ARS.

II. Rencontre avec Mr LACAN, Président de l'UNAFAM

III. Rencontre avec Emmanuelle BOURLIER, représentante des usagers, membre de l'association « Toute voiles dehors ».

IV. Rencontre avec Mr Jean-Jacques LAYANI, Président du Comité d'éthique.

V. Rencontre avec Sophie Théron, Juriste

VI. Rencontre avec des patients.

A. Patient 1.

B. Patient 2.

C. Patient 3

D. Patient 4

E. Patient 5

F. Patient 6.

PARTIE 6 : DISCUSSION

p 189

I. Discussion des résultats du questionnaire pour les médecins.

A. Données concernant les praticiens interrogés.

- B. Données concernant les facteurs socio-démographiques.
- C. Données en lien avec les antécédents du patient.
- D. Données concernant les facteurs liés aux soins.
- E. Données concernant le diagnostic actuel du patient, en cas de trouble schizophrénique.
- F. Données concernant le diagnostic actuel du patient, en cas de trouble de l'humeur.
- G. Données en lien avec le processus décisionnel du thérapeute.

II. Discussion des résultats de l'étude des dossiers des patients en programme de soins du secteur 5 de l'hôpital Marchant.

- A. Données socio-démographiques.
 - 1. Secteur d'appartenance
 - 2. L'âge
 - 3. Le sexe
 - 4. Statut professionnel
 - 5. Mesure de protection
 - 6. Revenus
 - 7. Statut matrimonial et enfants
- B. Antécédents psychiatriques
- C. Traitement psychiatrique
- D. Données concernant l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du programme de soins
- E. Diagnostic psychiatrique
- F. Durée du programme de soin.
- G. Nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisations.

III. Discussion de la méthode

- A. Choix du sujet
 - 1. Elaboration du sujet
 - 2. Etudes en rapport avec notre sujet
- B. Discussion de la méthode
 - 1. Type d'étude
 - 2. Echantillon
 - 3. Recueil des données
 - a) Questionnaire pour les praticiens.
 - b) Etude des dossiers des patients.

4. Traitement statistique.

IV. Discussion autour des interviews menées.

V. Le Programme de soin : un outil juridique ? un outil thérapeutique ? Au service du patient en soins psychiatriques ? Au service de la société.

- A. Un outil Juridique ?
- B. Un outil thérapeutique ?
- C. Au service du patient en soins psychiatriques ?
- D. Au service de la société ?

VI. Perspectives.

CONCLUSION	p 215
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 218
RESUME	p 228
SERMENT D'HIPPOCRATE	p 229

TABLEAUX DES ILLUSTRATIONS : GRAPHIQUES.

Graphique 1 : facteurs socio-démographiques.

Graphiques 2 : facteurs liés aux antécédents du patient.

Graphiques 3 : facteurs liés aux soins.

Graphique 4 : facteurs pris en compte en cas de trouble schizophrénique.

Graphique 5 : facteurs pris en compte en cas de trouble de l'humeur.

Graphiques 6 : facteurs liés au processus décisionnel du thérapeute.

Graphique 7 : répartition des patients par sexe.

Graphique 8 : répartition des patients par âge.

Graphique 9 : répartition des patients par Nationalité.

Graphique 10 : répartition des patients par statut professionnel.

Graphique 11 : répartition des patients selon leur mesure de protection.

Graphique 12 : répartition des patients selon leur type de revenu.

Graphique 13 : répartition des patients selon leur statut matrimonial.

Graphique 14 : répartition des patients selon leur statut parental.

Graphique 15 : répartition des patients selon leurs antécédents psychiatriques.

Graphique 16 : répartition des patients selon le type de traitement.

Graphique 17 : répartition des patients selon le motif d'hospitalisation ayant conduit au programme de soin.

Graphique 18 : répartition des patients par mesure de placement.

Graphique 19 : répartition des patients selon leur diagnostic principal.

Graphique 20 : répartition des patients ayant un diagnostic principal de trouble psychotique selon la CIM 10.

Graphique 21 : répartition des patients ayant un diagnostic principal de trouble de l'humeur selon la CIM 10.

Graphique 22 : diagnostic associé de trouble de la personnalité.

Graphique 23 : diagnostic associé de comorbidité addictive.

TABLEAUX DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX.

Tableau 1 : facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant un trouble schizophrénique.

Tableau 2 : facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant un trouble de l'humeur.

Tableau 3 : Questionnaire distribué aux praticiens hospitaliers.

Tableau 4 : Résultats du questionnaire pour les praticiens hospitaliers.

Tableau 5 : Données sociodémographiques des patients de notre échantillon.

Tableau 6 : Antécédents psychiatriques des patients de notre échantillon.

Tableau 7 : Données concernant l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du programme de soin.

Tableau 8 : Traitement à la sortie en programme de soin chez les patients de notre échantillon.

Tableau 9 : Diagnostics principaux et diagnostics associés de chaque patient de notre échantillon selon la CIM10.

Tableau 10 : Répartition des diagnostics principaux chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

Tableau 11 : Répartition des diagnostics principaux parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre psychose selon la CIM 10 (F20-F29).

Tableau 12 : Répartition des diagnostics principaux parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre troubles de l'humeur.

Tableau 13 : Diagnostic associé de troubles de la personnalité chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

Tableau 14 : Présence d'une comorbidité addictive.

Tableau 15 : Diagnostic associé de comorbidité addictive chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

Tableau 16 : Données concernant le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation.

LISTE DES ABRÉVIATIONS.

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASDT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

ASDTu : Admission en Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers en urgence

ASDRE : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat

ASO : accertamento sanitario obbligatorio (Contrôle Médical Obligatoire)

AVK : Anti Vitamine K

BDA : Bouffée Délirante Aigue

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CHGM : Centre Hospitalier Gérard Marchant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM10 : Classification Internationale des Maladies Mentales.

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CME : Commission Médicale d'Etablissement.

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CP : Code Pénal

CPC : Centre Post Cure

CRIC : Centre de Recherche, d'Information et de Consultation

CRPA : Centre de Réflexion et de Proposition d'Actions pour la Psychiatrie

CRUQPC : Commissions des Relations des Usagers et de la Qualité de leur Prise en Charge

CSP : Code de Santé Publique

DID : Diabète Insulino-Dépendant

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

ECT : Electro-Convulsivo Thérapie

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GM : Grand Mère

GPP : Grand Père Paternel

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

HTA : Hypertension Artérielle

IDM : Infarctus du Myocarde

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAA : Passage à l'acte

Patients 122.1 al. 1 : Patients jugés pénalement irresponsables

PDS : Programme de Soins

PDS : Programme de Soins ambulatoire

PTH : Prothèse Totale de Hanche

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

RSA : Revenu de Solidarité Active.

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDDE : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement.

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

SPDRE/SDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat.

SPDT/SDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPPI/SPI : Soins Psychiatriques Péril Imminent

SSC : Soins ambulatoires sous Contrainte

TGI : Tribunal de Grande Instance

TS : Tentative de Suicide

TSO : Trattamento Sanitario Obbligatorio (traitement médical obligatoire)

UDAF : Union Départementale des Associations de Famille

UMD : Unité pour Malade Difficile

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées
Psychiques

VAD : Visite à Domicile

INTRODUCTION.

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 [41] relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été mise en place pour répondre à l'inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990. Cette loi a été annoncée dans un contexte particulier : elle fut annoncée par le Président de La République Française le 2 décembre 2008 à Antony. Ce discours faisait suite au meurtre commis par un patient ayant fugué de l'hôpital psychiatrique. Lors de cette intervention, le Président exposait une série de mesures visant à sécuriser les établissements de soins psychiatriques, à réformer les procédures d'hospitalisations d'office et à instaurer une obligation de soins. Ces propositions avaient pour objectif de répondre aux craintes de l'opinion concernant les malades mentaux.

La loi du 5 juillet a donc pour objectif de satisfaire un besoin de sécurité croissant, tout en répondant aux exigences constitutionnelles en matière de liberté individuelle.

La loi du 5 juillet apporte des mesures nouvelles concernant les soins sans consentement. Elle introduit notamment les soins ambulatoires sous contrainte qui permettent que les soins sous contrainte à la demande d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'état soient réalisés hors des murs de l'hôpital. Cette nouvelle mesure est une sorte d'intermédiaire entre l'hospitalisation complète sous contrainte et la prise en charge ambulatoire libre. Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée, mais les soins dont les modalités sont déterminées par le programme de soins. Celui-ci établit le type de soins, le lieu des soins et la périodicité des soins sans mentionner la nature des traitements.

Ce type de soins ambulatoires sous contrainte existe depuis quelques années dans les pays anglo-saxons, même si les modalités sont légèrement différentes et existe également dans différents pays européens. L'efficacité de ce type de soins, concernant notamment la réduction du nombre d'hospitalisations et la durée des hospitalisations n'a pas été prouvée dans les différentes études réalisées dans les pays anglo-saxons.

Nous nous proposons donc d'étudier dans ce travail à quel type de patients peuvent s'adresser ces soins sous contrainte et si ces soins ambulatoires peuvent permettre de réduire le nombre d'hospitalisation et la durée des hospitalisations.

La première partie de ce travail s'attache à décrire l'évolution de la place de malade mental dans la société et les différentes lois qui ont émaillées l'évolution de la psychiatrie française.

Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons plus particulièrement aux soins ambulatoires sous contrainte : nous décrirons la situation en France, les questions éthiques qu'il soulève, les bénéfices attendus... Nous ferons également un état des lieux sur la situation à l'étranger en particulier dans les pays anglo-saxons et dans les autres pays européens.

La troisième partie nous montrera les critères sur lesquels les praticiens hospitaliers se basent pour mettre en place un programme de soins ambulatoire chez un patient hospitalisé sous contrainte.

La quatrième partie constituera le centre du travail, à savoir l'étude des dossiers des patients du secteur 5 de l'Hôpital Gérard Marchant afin de savoir quels types de patients bénéficient d'un programme de soins ambulatoire et d'observer si la mise en place de ce programme de soins a permis de diminuer les rechutes, c'est-à-dire diminuer le nombre d'hospitalisations et la durée des hospitalisations.

La cinquième partie est constituée du recueil de différents partis impliqués dans le programme de soins ambulatoire : représentant des usages, UNAFAM, ARS, Président du comité d'éthique, légiste, et patients.

Enfin dans la dernière partie, nous proposerons une discussion des résultats obtenus.

Partie 1 : Historique des soins sous contraintes en France.

I. Historique de la place du malade mental dans la société [54] [70].

A. Les civilisations anciennes.

C'est la Grèce classique qui est la première à avoir réfléchi sur la folie et sur la maladie de l'âme.

Mais les fous existent déjà dans les civilisations qui ont précédés la Grèce :

- Chez les Egyptiens, le siège de tout est le « coeur ».
- Dans la médecine babylonienne, chaque maladie a son démon et celui qui cause la folie a pour nom Idta. On fait appel à la fois au médecin et au chaman pour soigner le malade.
- Dans la Perse ancienne, toutes les maladies sont commandées par des démons.
- La Grèce archaïque est également basée sur un modèle médico-religieux.

Le point commun de toutes ces sociétés primitives est de considérer que la souffrance psychique a pour origine une cause extérieure. Les soins sont dispensés la plupart du temps par des sorciers, des chamans : le malade est exorciser afin de le déposséder, il peut ensuite réintégrer la communauté.

B. L'Antiquité.

Le courant magico-religieux continue de cheminer et parallèlement se développe la philosophie : apparaît alors la notion de maladie de l'âme qui repose sur une double prise de conscience : philosophique, puisque c'est de l'âme dont il s'agit, et médicale, puisqu'on étudie une maladie.

Platon (428 à 348 av. J.C.) définit l'âme comme « le principe de la vie, de la pensée ou de toutes les deux à la fois, en tant qu'il est considéré comme une réalité distincte du corps à travers lequel il se manifeste ». Aristote (384 à 322 av. J.C) quant à lui, la définit comme « une substance qui est comme la forme ou l'entéléchie d'un corps naturel, lequel a la vie en puissance ». Dans le Timée de Platon, la maladie propre de l'âme, qui est la déraison ou la démence, a pour cause l'état du corps, elle « le secoue tout entier du dedans », produisant la manie. Pour les Anciens, les maladies de l'âme, ou plutôt les maladies à l'articulation du corps et de l'âme, sont somatiques. Le terme délirer apparaît : c'est au sens étymologique de *delirare*, sortir du sillon, soit en divaguant (d'où naîtra le mot délire au XVI^e siècle), soit en

prophétisant (Platon parle de la manie prophétisante).

Puis arrive Hippocrate, le « père de la médecine » qui a existé entre 460 à 377 av. J.C.. Celse, médecin romain qui vécut au siècle d'Auguste et qui fut l'un des continuateurs d'Hippocrate, dit que celui-ci est le premier à avoir séparé la médecine de la philosophie. Dans le corpus hippocratique, les troubles mentaux figurent parmi une quarantaine d'autres maladies internes : phrénitis (ou frénésie), épilepsie, manie, mélancolie, hydrophobie. La phrénitis traduit le classique délire aigu ou folie aiguë avec fièvre. La mélancolie est également décrite sobrement par Hippocrate : « si crainte et tristesse durent longtemps, c'est un état mélancolique ».

Au cours de cette période apparaissent donc des termes médicaux tels que délire, manie, épilepsie, hystérie, mélancolie qui perdurent encore à l'heure actuelle et n'ont pas perdu de résonance.

A partir de la seconde moitié du II^e siècle après JC, la manie se constitue en maladie spécifique, relevant d'un diagnostic, alors que chez Hippocrate, elle n'était plutôt qu'un symptôme. Apparaît également la notion de mélancolie qui devient la grande « rivale » de la manie.

Au cours de l'Antiquité, le traitement des fous va également évoluer : dans les temps archaïques de l'antiquité, les traitements consistaient à mener les fous au temple, mais à partir du III^e siècle apr. J.C., un véritable arsenal thérapeutique va se développer : les médications sont de trois types : allopathiques, supplétives ou évacuantes. Dans le traitement de la folie, ce sont les thérapeutiques évacuantes qui sont le plus utilisées : saignées, ventouses, sangsues et surtout la racine d'ellébore le plus puissant et le plus dangereux des évacuants.

Les continuateurs d'Hippocrate ont également élaboré toute une thérapie relationnelle : ils considèrent qu'il faut traiter le corps mais également l'esprit : il faut éviter d'exciter le malade, il faut le distraire pour l'arracher à ses idées fixes. Caelius propose le gestatio : balancement des malades dans des lits suspendus. Les voyages sont également recommandés ainsi que la musique et le théâtre. Il faut également raisonner le malade sans le contrarier. Celse dans son traité *De Medica*, évoque le recours à la réprimande, la faim, aux chaînes, au fouet et aux coups, ce à quoi s'oppose Caelius. Ce dernier propose de placer les maniaques dans un lieu tranquille dont les murs ne sont pas ornés de peinture, au rez-de-chaussée par mesure de sécurité.

D'un point de vue social, il existe peu de données sur ce qui existait : quand a-t-on enfermé les fous et qui ? Quand Caelius prône l'isolement du malade il faut entendre un isolement privé au sein de la famille, car il n'y avait pas d'hôpitaux, ni d'asile pour cela. La prise en charge

médicale des fous supposait que la famille puisse payer le médecin.

C. Le Moyen Age.

La charité et l'assistance (*caritas et infirmitas*) sont deux valeurs centrales de la chrétienté médiévale. Selon Saint Thomas d'Aquin, « il faut avant tout se préoccuper de l'assistance aux infirmes ». C'est dans cet esprit que naît l' « hôpital », au sens étymologique d'*hospitalis* : maison où l'on reçoit des hôtes.

A partir du XII et XIII^e siècles, les fondations hospitalières se multiplient en même temps que les villes se développent, mais les hôpitaux ne tardent pas à connaître le surpeuplement. On trouve rapidement des fous dans les hôpitaux, mais ceux-ci sont souvent isolés, des lits spéciaux sont réservés aux aliénés. Certains lits sont pourvus de sangle : le recours à la contention commence à apparaître.

La prise en charge thérapeutique est basée sur des décoctions, des infusions, sur l'hydrothérapie et également sur des pèlerinages thérapeutiques : en effet les thérapeutiques sont souvent chères alors que le pèlerinage est à la portée de toutes les bourses. La psychothérapie de l'Antiquité a moins de faveurs.

Le fou n'est pas exclu de la société, mais sert plutôt d'exutoire à la communauté. Il est gardé par sa famille, car il faut s'en occuper, le surveiller. La famille du fou, ou à défaut la communauté d'habitants dans laquelle il vit, en est civilement responsable si elle le laisse divaguer. Le fou est alors souvent enfermé par sa famille, temporairement ou continuellement dans un recoin de l'écurie, dans une loge... Si la famille a un peu d'argent, elle peut placer ce fou dans une communauté religieuse. Certains vivent quant à eux reclus dans une cabane. Le peu de places disponibles à l'hôpital oblige à refuser le fou, qui fait partie des incurables.

Les fous considérés comme dangereux doivent être enfermés : le meurtrier est enfermé à vie car c'est la seule façon de s'assurer qu'il ne recommencera pas. Leur irresponsabilité est cependant reconnue

Le statut de folie est par ailleurs réglé par le droit civil : les fous sont des incapables civils ne pouvant passer de contrat.

D. Le XVI^e siècle ou la naissance de l'Hôpital Général.

La fin du Moyen Age et la première moitié du XVI^e siècle sont marqués par un développement important de la pauvreté et un retour inquiétant des épidémies. Les fous et les possédés ne peuvent plus être responsables d'office de ces maux de la société.

Le 22 avril 1656, Louis XIV fait une déclaration royale qui prend la forme d'un Edit (Edit du Roy portant établissement de l'Hôpital général pour le renferment des pauvres mendiants de la ville et faubourg de Paris). Il donne pour ordre de faire arrêter tous les voleurs, infirmes et ribauds. L'oisiveté, la paresse, la prostitution, l'homosexualité ou encore la folie sont réprimandées. Une politique d' « assainissement » de la société se met en place. On enferme toutes les personnes « indésirables » dans de nouveaux établissements que l'on appelle « Hôpitaux généraux ».

Ce terme d'hôpital général qui apparaît se définit comme une structure d'hospice où sont accueillis et maintenus de force les errants et les mendiants. Ils ont pour but de contrôler et organiser la charité qui faisait fois au Moyen-Âge. Les insensés ne sont pas mentionnés parmi les personnes à enfermer car les insensés sont considérés comme des malades et on n'enferme pas les malades dans ces hôpitaux généraux.

En ce qui concerne les fous, le problème reste le même qu'au Moyen-Âge, on ne sait toujours pas où les mettre. Certains vont quand même rentrer à l'hôpital général mais ils seront logés séparément.

En 1660, il est décidé qu'il sera pourvu un lieu spécifique pour enfermer les « Fols et les Folles ». Un « plan dans l'hôpital général » établi en 1658 se propose de réunir les fous dans un même ensemble architectural, mais ce projet ne verra jamais le jour.

E. Le XVII^e siècle.

Consécutivement à la disette de 1662, les mendiants se retrouvent dans la rue, les Hôpitaux généraux ne pouvant accueillir toute cette population. Très vite s'impose la nécessité de créer des relais dans l'enfermement. C'est alors que sont créées les maisons de force, dites aussi de correction : la famille doit faire une demande circonstanciée de placement et doit s'engager à payer une caution. L'instrument légal de placement dans une maison de force est la lettre de

cachet. Le succès de la lettre de cachet tient à la fois à sa rapidité d'action et à sa discrétion.

Les lettres de cachet sont des ordres particuliers du roi, expédiés par lettre close (un cachet) et portant la signature royale ou celle d'un secrétaire d'état. Elles sont créées par opposition aux lettres « patentes », qui sont des actes souverains publics et solennels. Elles sont utilisées pour convoquer un corps judiciaire, pour ordonner une cérémonie ou un ordre individuel d'exil, d'emprisonnement ou d'internement. La lettre de cachet constitue une manifestation de la justice personnelle du souverain, prise en général après enquête et délibération du conseil.

Il existe deux catégories différentes de lettres de cachet : la première est la lettre de cachet pour raison d'état qui est à l'initiative du Roi, et la seconde est la lettre de cachet à l'initiative des familles ou de la police.

La demande de placement par lettre de cachet doit être circonstanciée. Parfois la demande est accompagnée d'un certificat médical, mais cela est rare. Le plus souvent la famille joint à la demande un certificat du curé afin de montrer sa bonne foi.

La demande de lettre de cachet doit préciser l'établissement demandé et le prix de la pension.

Le paiement obligatoire d'une pension est un frein important à l'enfermement.

Parallèlement, l'insensé peut également être interné par voie judiciaire (environ 30% des internements).

La question se pose de savoir qui est fou et qui doit être enfermé : déjà apparaissent les notions suivantes pour déterminer le seuil d'enfermement : « son état ne lui permet pas l'exercice de sa liberté », ou encore « incapable de se gouverner seul(e) », et bien sur on enferme aussi les fous dangereux afin qu'ils ne nuisent pas à la société et les fous atteints de « folie agitée et perturbatrice de l'ordre ». Les insensés suicidaires constituent une catégorie à part.

F. Le XVIII^e siècle.

Au début du XVIII^e siècle, l'administration royale se trouve dans une impasse en matière d'enfermement. Face à l'échec de l'hôpital général et à la multiplication des demandes de lettre de cachet, l'administration royale va encourager systématiquement la conversion de communautés religieuses en maisons de force. Avantage, il y a des communautés riches et pauvres donc il y en a pour toutes les bourses.

A la fin du XVIII^e siècle, il existe près de 500 maisons de forces dont plus des deux tiers sont des communautés religieuses.

La vie dans les maisons de force n'est pas la même selon le tarif payé par la famille. L'insensé n'a pas la même condition selon qu'il est calme ou agité : dans le premier cas il a la liberté d'aller et venir et dans le second on a souvent recours à l'isolement et la contention. Les traitements dispensés sont variés : bains, saignées...

Tout interné par lettre de cachet a le droit de se plaindre et son mémoire doit être transmis pour lecture à Versailles. Il en est de même pour les internés par sentence de justice, qui peuvent écrire au procureur général du Parlement de Paris à la suite de quoi une enquête sera effectuée, surtout lorsque l'insensé évoque l'internement abusif.

L'internement n'est pas maintenu lorsqu'il ne se justifie plus, d'autant plus qu'il y a d'autres demandes en attente pour peu de lits disponibles. Lors des inspections, la question de la sortie se pose systématiquement. Ainsi, un certain nombre d'insensés, toujours aussi incurables, mais revenus au calme, sortent au bout de quelques années. La révocation de la lettre de cachet est assez souvent demandée conjointement par la famille et l'intendant. Les demandes viables sont systématiquement favorisées : il faut entendre par « viable » non pas des insensés guéris mais capables de retourner dans la société sans inconvénient. La sortie est presque toujours assortie de conditions dont la moindre est que la famille qui la demande promette de bien surveiller le malade.

Un autre relais des Hôpitaux généraux est créé en 1764, à la fin du règne de Louis XV avec les dépôts de mendicité. Le Conseil d'Etat du roi du 21 octobre 1767 institue obligatoirement dans chaque généralité un dépôt de mendicité. En une dizaine d'année vont se créer un grand nombre de dépôts de mendicité : tous ont un quartier spécifique pour les insensés. La plupart des insensés enfermés sont là au pain du Roi, mais un contingent non négligeable est interné à la demande des familles selon la procédure classique. Les familles, quand elles sont identifiées, sont astreintes à payer si elles en ont la capacité. La vie dans les dépôts de mendicité est minutieusement réglementée : chaque insensé est déclassé à son arrivée et doit revêtir la tenue de dépôt. La literie est composée d'un châlit en bois et d'une paille réduite à une simple botte de paille. Comme dans tous les milieux carcéraux, ce qui importe le plus aux insensés, c'est la nourriture, et le régime est souvent plus que frugal. Le personnel est réduit au minimum.

Quinze ans après leur création, l'échec des dépôts de mendicité est patent. Le coût est exorbitant et les conditions de vie sont exécrables. La discipline y est féroce et les coups et les punitions pleuvent.

G. La révolution française.

La fin de l'Ancien Régime est marquée par un puissant courant philanthropique : déjà implanté en Angleterre, il commence à se développer en France à la fin du règne de Louis XV, à l'heure des encyclopédistes. Une doctrine d'assistance s'élabore. Les conditions de vie dans les dépôts de mendicité sont alors décriées.

La pratique des lettres de cachet est fortement critiquée au siècle des Lumières. Dans les années 1780, elle est de plus en plus réglementée par Louis XVI : un certificat médical joint à la demande d'internement est recommandé mais non obligatoire.

La Révolution Française aboutit à l'abolition des lettres de cachet le 16 juin 1789. Les décrets des 16-26 mars 1790 définissent la libération des emprisonnés par lettre de cachet et demandent que les détenus pour démence soient examinés par un médecin afin de les faire soigner dans des hôpitaux si nécessaire. Mais aucune solution alternative aux établissements d'enfermement déjà existants n'est prévue et les modalités de prise en charge des malades mentaux posent toujours de gros problèmes.

L'opinion publique est toujours méfiante vis-à-vis des « insensés ».

La législation révolutionnaire crée les dépôts de sûreté, dans lesquels on place les insensés en attendant qu'un juge se prononce sur l'existence ou non d'une folie et dirige alors l'insensé dans un établissement adapté. C'est à l'autorité judiciaire et non administrative de décider du placement dans un asile. La loi des 19-21 juillet 1791 sanctionne pénalement les familles qui laissent divaguer les insensés de leur famille, et stipule que la privation de liberté des aliénés doit dans tous les cas être entérinée par un tribunal. Cette formalité est justifiée par une volonté de maintenir l'ordre public tout en faisant respecter les droits du citoyen-aliéné en donnant un caractère légal à son enfermement. Si l'autorité administrative peut décider de la détention d'un aliéné troublant l'ordre public, c'est au pouvoir judiciaire de statuer définitivement sur la nécessité de maintenir ou de relaxer l'individu.

Dans cette recherche d'équilibre entre sécurité et liberté, le Code Pénal de 1791 et le code des délits et des peines de l'an IV se réfèrent au postulat que le sujet, conçu comme source des actes, peut seul fournir la clef interprétative des actes. L'élément intellectuel est le seul capable d'expliquer l'élément matériel du crime. L'examen de l'intériorité du criminel se définit dès lors sur la moralité de l'acte, et aboutit à l'estimation de la faute commise et de la

culpabilité du criminel. Le jugement envisage alors que le malade doit être confié à sa famille ou bien enfermé dans une maison de correction.

Le Code Civil des Français ou Code Napoléon, promulgué en 1804, regroupe les lois relatives au droit civil français qui déterminent le statut des personnes, celui des biens et celui des relations entre les personnes privées. Le Code Civil de 1804 renforce la volonté de garantir la sécurité de la communauté, tout en tentant de respecter les libertés individuelles. Les autorités publiques ne doivent intervenir que dans le cadre où les comportements de l'insensé menacent la sûreté publique. Dans tous les autres cas, c'est à la famille seule de statuer sur l'avenir de l'aliéné et de l'empêcher de troubler l'ordre public.

Le Code Civil est complété par le Code de la Procédure Civile en 1806, du Code d'Instruction Criminelle en 1808 et du Code Pénal en 1810.

Le Code Pénal de 1810 prévoit des peines de police pour les personnes laissant des « fous » sous leur charge troubler l'ordre public. L'article 64 du Code Pénal distingue le criminel d'un côté et le malade mental de l'autre côté.

H. Le XIX^e siècle.

Le XIX^e siècle est marqué par une figure notable, le Docteur Philippe Pinel : avant lui c'est l'histoire de la folie, et après lui débute réellement l'histoire de la psychiatrie.

Le Docteur Philippe Pinel apparaît en 1786 à la pension Belhomme, il avait alors 41 ans. Il est nommé en 1793 à Bicêtre au « 7^{ème} emploi », c'est-à-dire aux loges des insensés agités. Il observe plus qu'il ne dirige l'activité de son surveillant chef, Jean-Baptiste Pussin. C'est ce dernier qui va être le véritable artisan de la fameuse libération des aliénés de leurs chaînes. Pinel est d'abord nommé professeur adjoint de physique médicale et d'hygiène à la nouvelle Ecole de Santé de Paris, puis professeur de pathologie interne, puis médecin-chef à l'hôpital de la Salpêtrière, où il va poursuivre sa carrière jusqu'à sa mort.

Pinel et Pussin vont réaliser durant plusieurs années des observations de malades mentaux et vont travailler à supprimer les punitions physiques, les chaînes et les camisoles afin de laisser une plus grande liberté aux malades. En 1800, le Docteur Pinel publie un « Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie » dans lequel il reprend les concepts de la

Société Médical d'Emulation. L'accent est mis sur la manie, la folie la plus fréquente mais aussi la plus susceptible de guérir.

Le mot « psychiatre » apparaît en 1802 et le terme « psychiatrie » apparaît dans le dictionnaire en 1842.

Pinel, dès 1799, met l'accent sur le « traitement moral » de la folie, ce sont les débuts de la psychothérapie, même si ces conceptions étaient déjà apparues dans le passé.

Le Docteur Esquirol né en 1772 à Toulouse. Il sera élève de Pinel, il va reprendre les travaux de Pinel et proposer des travaux pratiques. Il va aussi être à l'origine de la création de l'asile : pour lui, « une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». « L'isolement des aliénés consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; en l'entourant d'étrangers : en changeant sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés : c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales ».

La psychiatrie évolue peu à peu, mais la prise en charge du malade mental pose toujours un problème en pratique et dans les textes. Il n'existe toujours pas d'établissement spécifique à la prise en charge des malades mentaux, et l'internement n'est encadré par aucun texte législatif satisfaisant. L'autorité judiciaire et l'autorité administrative sont les deux institutions qui décident du devenir des patients et de la possibilité de déclarer la folie d'une personne. Il faut attendre 1832 pour que la question des aliénés reviennent au premier plan, lorsque la Chambre des députés rejette le projet de loi inscrivant les dépenses des aliénés dans les dépenses municipales obligatoires. La remise en question du statut des aliénés a pour fondement la question du financement de leur prise en charge.

II. La loi de 1838 sur les aliénés [34].

La loi de 1838 va pour la première fois en France, définir de façon légale le statut du malade mental et les modalités de son internement. Elle se base sur deux notions : il faut empêcher l'aliéné de nuire (à lui-même ou autrui) et il faut également lui prodiguer les soins adéquats pour le traiter.

A. Le contexte de promulgation.

Le 29 juin 1835, une circulaire du ministre de l'intérieur Adolphe Tiers est le prélude à la discussion sur la mise en place d'une loi sur les aliénés. Une des préoccupations majeures est d'ordre sécuritaire par le fait que les aliénés compromettent souvent la sécurité publique.

Un autre problème majeur est d'ordre budgétaire : la prise en charge financière des aliénés est évoquée lors du vote du budget en 1836. La question médicale est quant à elle peu présente du texte : il est cependant souligné le devoir ou le droit de demander à la société les moyens nécessaires afin d'ouvrir des asiles pour les aliénés où ils pourront recevoir un traitement curatif, si leur maladie est susceptible de guérison, et dans le cas contraire les soins nécessaires.

Un mois plus tard, avant le vote des finances dans lequel le statut des aliénés est considéré pour la première fois, une énième enquête ministérielle tente de définir encore plus précisément la place de l'aliéné dans la société : c'est la dernière d'une longue série dont le début remonte à l'Empire.

Adrien-Etienne de Gasparin, Ministre de l'intérieur présente un projet de loi sur les aliénés le 6 janvier 1837, mais ce projet est jugé insuffisant et une commission va être nommée pour approfondir le sujet. La loi sera modifiée plusieurs fois et sera finalement adoptée le 30 juin 1838.

Les débats sur le projet de loi ont donc duré environ 18 mois, ce qui traduit bien la complexité à définir la place de l'aliéné dans la société et à trouver une juste mesure entre humanité, médecin, ordre social et problèmes financiers.

B. Le cadre légal.

Avant cette loi de 1838, il n'existait aucun cadre législatif légal concernant la prise en charge des malades mentaux dans des établissements de soins spécialisés. La loi est adoptée à l'unanimité par la Chambre des Pairs le 14 juin 1838, et par 216 voix contre 16 par la Chambre des Députés le 30 juin 1838.

C. La loi et son application.

1. Prévoir des établissements dans chaque département.

« Article 1er – Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements public ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur ».

Il devient donc obligatoire pour chaque département de se munir d'un asile ou d'établir un accord avec un établissement public ou privé afin de pouvoir recevoir ces patients.

L'organisation des établissements de soins apportés pour les malades mentaux est abordée dans le « Titre Premier – Des établissements d'aliénés ».

« Article 2 – Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique ».

« Article 3 – Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique ».

C'est donc l'autorité publique qui exerce la direction des établissements publics et la surveillance des établissements privés.

En plus de prévoir des établissements dans chaque département, la loi aborde également la question du financement. L'article 25 expose que « les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département ou avec lequel il aura traité. 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. »

2. Les modalités d'internement.

Il existe deux modalités de placement : le placement volontaire (Titre II – Section I de la loi) et le placement ordonné par l'autorité publique (Titre II – Section II de la loi).

a. Le placement volontaire.

Il est soumis à la demande des familles. Un certificat médical est rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil et n'étant pas référent de cette famille sur le plan médical. Un second certificat doit être rédigé par un médecin de l'établissement. L'ensemble de ces documents doit être remis au préfet dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Le préfet a pour rôle de notifier le placement au procureur du Roi. Un troisième certificat doit être rédigé dans les quinze premiers jours par un médecin de l'établissement d'accueil et adressé au préfet, afin de confirmer ou d'infirmier les premiers certificats. En cas de placement volontaire, il faut bien comprendre que si le placeur en fait la demande, cela peut entraîner une sortie, même si le patient n'est pas guéri. Si cette sortie est susceptible de compromettre l'ordre public ou la sûreté publique, le maire peut alors faire appel au préfet pour ordonner un placement d'office.

b. Le placement d'office.

Il s'agit du placement ordonné par l'autorité publique. Afin d'éviter les internements abusifs, cette modalité de placement fait appel à trois institutions : préfectorale, judiciaire et médicale. C'est le préfet qui ordonne le placement de manière motivée pour les personnes dont l'état est susceptible de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le préfet doit statuer sous 24 heures maximum sur toutes les mesures d'internement provisoires auxquelles les établissements sont soumis. Ce placement ne peut alors plus s'effectuer dans une prison, mais seulement dans les hospices et hôpitaux.

Par la suite, à chaque « premier mois de semestre », le médecin de l'établissement doit rédiger un rapport sur l'état du malade, la nature de sa maladie et son traitement, qu'il transmet ensuite au préfet. Ce dernier se prononcera alors sur le maintien de la mesure ou la sortie de l'établissement.

III. La loi du 27 juin 1990 [35].

Malgré les divers événements historiques, les mouvements de contestation et l'évolution de la clinique psychiatrique, la loi de 1838 va rester en place jusqu'en 1990.

A la suite de la Seconde Guerre Mondiale, l'Europe prend pour objectif principal la promotion des Droits de l'Homme en Europe. Les hospitalisations sans consentement vont alors être remises en cause car elles constituent des mesures de privation de liberté

La 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 va réformer la loi de 1838 et redéfinir le cadre des hospitalisations en établissement de soins psychiatriques. Cette loi est promulguée afin de protéger et de veiller au respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés sans leur consentement : ceci modifie complètement la loi de 1838 qui n'envisageait pas du tout la question du droit des patients hospitalisés sous contrainte. Lorsqu'elle relève d'une hospitalisation sous contrainte, la personne hospitalisée voit l'exercice de ses libertés individuelles restreint en fonction de son état de santé, et adapté aux exigences de la mise en oeuvre du traitement nécessaire, dans le respect de sa dignité. Dans un souci de promouvoir l'accès aux soins, cette loi cherche à favoriser la réadaptation des patients.

Cette loi propose trois modes d'hospitalisation : l'hospitalisation libre doit demeurer la règle, mais il existe deux modes d'hospitalisation sous contrainte : l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office.

A. Les droits de la personne hospitalisée sans consentement.

La loi du 27 juin 1990 conserve les deux modes d'hospitalisation sous contrainte de la loi de 1838. Cependant des garanties sont apportées et certaines appellations sont modifiées. Au sein de l'article L.3211-3 du Code de Santé Publique (CSP), la loi établit les droits de la personne hospitalisée sans son consentement : le patient peut donc faire valoir ses droits.

1. Les droits en relation avec la protection de la liberté et de la dignité de la personne.

Le patient dispose des droits suivants :

- De communiquer avec les autorités citées par l'article L.3222-4
- De saisir la commission prévue par l'article L-3222-5
- De prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- D'émettre ou de recevoir des courriers
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini dans l'article L-3222-3 et de bénéficier d'explications en rapport avec celui-ci
- D'exercer son droit de vote
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

Ces droits peuvent être temporairement limités en fonction de la pathologie et de l'évaluation clinique du médecin à un moment donné.

- L'administration est dans l'obligation d'informer le patient hospitalisé de sa situation juridique et de ses droits dès son admission, et elle doit renouveler cette information en fonction de la demande du patient.
- Le patient a également le droit de communiquer avec les autorités : le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de Grande Instance, le maire ou son représentant et le procureur de la République.
- Le droit au secret de la correspondance
- Le droit d'exercer son droit de vote
- Le droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

2. Les droits en relation avec l'objectif thérapeutique.

Dans la recommandation R(83)2 du CSP sont énoncés certains droit du patient :

- La notion de traitement approprié : elle implique que la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et que tout protocole thérapeutique mis en place doit respecter les règles éthiques et déontologiques en vigueur.
- Les droits restreints : les restrictions de liberté d'aller et venir doivent être en rapport avec l'état de santé de la personne et doivent être limitées dans le temps.
- L'isolement et les moyens de contention physique : le recours à l'isolement doit se faire en cas d'agitation et/ou de comportements agressifs. L'isolement doit rester le plus court possible et la contention physique doit rester une mesure exceptionnelle.
- Le droit à des visites.

3. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La CDHP est créée par la loi du 27 juin 1990. Elle a pour rôle d'examiner la situation des patients hospitalisés pour des troubles mentaux et elle a pour rôle de garantir la protection de la liberté et la dignité de la personne.

Elle est composée de six membres :

- Deux psychiatres dont un seul peut pratiquer dans un établissement autorisé à prendre en charge des patients hospitalisés sous contrainte ;
- Un magistrat
- Deux représentants d'association agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;
- Un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

La CDHP a plusieurs fonctions, énumérées dans l'article L-3223-1 du CSP :

- Elle est informée de toute hospitalisation sans consentement, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation.
- Elle doit établir, chaque année, un bilan de l'utilisation des procédures d'hospitalisation en urgence sur demande d'un tiers ou d'office.
- Elle examine la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celles des personnes hospitalisées sur demande d'un tiers qui se prolongent au-delà de 3 mois.
- Elle peut éventuellement saisir le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées.
- Elle visite les établissements habilités à accueillir des malades hospitalisés sans leur consentement.
- Elle reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ;
- Elle vérifie la tenue du registre prévu par l'article L 3212-11 ;
- Elle établit un rapport annuel de son activité : ce rapport est adressé au préfet, au procureur de la République et présenté au Conseil Départemental de Santé Mentale.
- Elle peut proposer au JLD du TGI d'ordonner une sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini par l'article L3222-1 du CSP en empruntant la procédure prévue à l'article L-3211-12 CSP.

B. Les modes d'hospitalisation.

1. L'hospitalisation libre.

Ce type d'hospitalisation doit demeurer la règle tant que possible. Son principe est énoncé dans l'article 16-3 du Code Civil.

Théoriquement, deux documents sont nécessaires : un certificat médical d'admission et une correspondance médicale. Le certificat médical d'admission est rédigé par le médecin traitant. Il indique la discipline dans laquelle doit être hospitalisé le patient, mais ne mentionne pas de diagnostic. Il doit être accompagné d'un courrier médical décrivant les renseignements médicaux utiles à la prise en charge du patient.

Le patient quant à lui, doit signer un document lors de son admission sur lequel il signifie son consentement éclairé à l'hospitalisation et aux soins. On considère que même si ses capacités mentales sont altérées, cela n'entrave pas son libre arbitre, ni sa capacité à comprendre les informations concernant sa maladie et les soins qu'il va recevoir.

2. L'hospitalisation à la demande d'un tiers.

La procédure normale est décrite dans l'article L 3212-1 du CSP :

« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur 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 »

Les différentes situations pouvant relever d'une hospitalisation sous contrainte sont les suivantes :

- Crise suicidaire d'urgence élevée
- Atteinte potentielle à autrui, si et seulement si elle est en lien avec le trouble mental
- Prise d'alcool ou de toxiques après prise en charge somatique de l'intoxication aiguë, à condition qu'elle soit associée :
 - A un trouble psychiatrique et/ou

- A des antécédents de passages à l'acte et/ou
- A un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui
- Délire ou hallucinations
- Trouble de l'humeur
- Incurie à condition qu'elle soit associée :
 - A des troubles cognitifs et/ou
 - A des troubles de l'humeur et/ou
 - A un délire et/ou
 - A des hallucinations

La demande de tiers obéit à deux dispositions :

1. L'intensité des troubles et la gravité de la maladie qui peut justifier une demande
2. L'état de santé du patient doit nécessiter une prise en charge thérapeutique immédiate et sous surveillance constante en milieu hospitalier.

Cette procédure dépend de la seule initiative d'un proche, d'un membre de la famille ou de personne pouvant prétendre vouloir agir dans le seul intérêt du patient. L'autorité publique n'intervient nullement dans cette procédure.

Deux certificats médicaux circonstanciés doivent être initialement rédigés. Le premier doit être fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, tandis que le deuxième peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil.

Par la suite, d'autres certificats sont nécessaires :

- Un Certificat médical établi à la 24ème heure après l'admission, afin de confirmer ou non le maintien de l'hospitalisation sous contrainte
- Un nouveau certificat de quinzaine, dans les trois jours précédent l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation
- Puis un certificat soit être établi mensuellement.

Tous ces certificats doivent être transmis à l'autorité préfectorale, à la CDHP, aux procureurs de la République concernés et au tiers qui a demandé l'hospitalisation.

La procédure d'urgence.

En cas de danger immédiat pour le patient, il existe une procédure dite d'urgence dans laquelle la procédure d'admission est simplifiée : cette procédure est décrite dans l'article L 3212-3 du CSP.

« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur d'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil ».

3. L'hospitalisation d'office.

Il s'agit de l'article L-3213-1 du CSP : « A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1, des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public ».

L'hospitalisation est une mesure utilisée en cas de :

- Trouble à l'ordre public
- ou si le patient menace la sécurité de personnes.

Cette mesure repose sur une décision du représentant de l'Etat, mais également sur un avis médical à travers un certificat décrivant les troubles présentés par l'individu. Le préfet doit détailler les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire : il doit en ressortir un lien entre les troubles présentés par l'individu et la sécurité publique ou la menace pour la sécurité des personnes.

Comme pour la procédure d'HDT, il existe une procédure d'urgence pour les HO prises par des autorités proches de l'administré (le maire et à Paris les commissaires de police) : cette procédure nécessite seulement un avis médical et non un certificat : cet avis nécessite un examen plus sommaire que le certificat, mais doit quand même être suffisant pour démontrer des troubles mentaux manifestes chez l'individu nécessitant l'hospitalisation.

L'auteur des mesures doit en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce s'il y a lieu un arrêté d'hospitalisation d'office

dans les formes prévues à l'article L 3213-1. Durant ces vingt-quatre premières heures, la mesure reste donc provisoire et le préfet doit être averti sans délai : c'est lui qui se prononcera alors sur le maintien ou non de la mesure.

Au total, la loi du 27 juin 1990 reprend donc les deux procédures d'hospitalisation sans consentement qui existaient déjà dans la loi de 1838.

IV. La loi du 4 mars 2002 [38].

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue un tournant dans la qualité des relations entre professionnels de santé et patients.

A. Le contexte de promulgation.

En 1991, une loi avait vu le jour avec pour objectif d'unifier les droits des personnes malades. Cette volonté est renforcée par la « charte du patient hospitalisé sous contrainte » publiée en annexe d'une circulaire du 6 mai 1995. Cette charte va rapidement être critiquée par les associations de patients en ce qui concerne notamment la protection des droits fondamentaux des personnes malades. Pour répondre aux attentes de ces associations, le Premier Ministre va annoncer en juin 1999 la présentation au Parlement d'un texte relatif aux droits des malades. C'est dans ce contexte que va être votée la loi du 4 mars 2002, qui va ordonner une unification des droits des personnes malades. Ces droits sont reconnus à toute personne suivie par un professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice ou son mode de prise en charge. La loi du 4 mars 2002 permet d'attribuer une valeur législative à des droits préexistants et permet de reconnaître les mêmes droits à toutes les personnes hospitalisées.

B. Le contenu.

Cette loi modifie de manière sensible le CSP en traitant plusieurs aspects de la pratique médicale :

Le titre I est intitulé « solidarité envers les personnes » : il concerne l'indemnisation du handicap congénital.

Le titre II, « démocratie sanitaire » redéfinit plusieurs concepts et leur modalité d'application, comme par exemple le secret professionnel, l'information donnée au patient, la règle du consentement...

Le titre II, « qualité du système de santé » traite les dispositions relatives à la formation médicale continue, la réforme des ordres professionnels, la prévention, les réseaux de santé, les coopérations en santé publique, l'évaluation des compétences professionnelles...

Le titre IV, « réparation des risques sanitaires », définit notamment les modalités d'indemnisation en cas d'aléa thérapeutique.

1. L'information délivrée au patient.

La loi du 4 mars 2002 établit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

La loi ordonne également qu'il appartient aux professionnels de santé ou aux établissements de santé « d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé ».

2. La nécessité du recueil du consentement.

« 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 » (art L 1111-4 CSP). Même dans le cas où le refus de la personne met sa santé en danger, le médecin « doit respecter sa volonté », mais il « doit tout mettre en oeuvre ou la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Dans le cas, assez fréquent en psychiatrie, où la personne n'est pas en

état d'exprimer sa volonté, « aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf urgence ou impossibilité sans que la personne de confiance prévue à l'article L 1111-6, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté ».

3. La désignation d'une personne de confiance.

Lorsque le recueil du consentement du patient n'est pas possible, il convient de recueillir celui d'un proche : c'est pour préciser la notion de proche portant intérêt au malade qu'a été définie la notion de « personne de confiance ». La personne de confiance doit être un parent, un proche ou encore le médecin traitant. Si le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté et/ou de recevoir l'information, l'avis de la « personne de confiance » est alors consulté. La personne de confiance peut également participer aux entretiens médicaux, à la demande du patient, afin de l'aider dans ses décisions et de participer aux démarches de soin.

4. Les précisions concernant le secret médical.

Le secret médical est un des fondements de la pratique médicale. La loi du 4 mars 2002 précise que tout membre du personnel d'un établissement de santé est tenu au secret : tous les agents, qu'ils soient soignant ou pas, sont soumis au secret médical.

La loi définit la notion de secret partagé : sauf opposition de la personne, qui doit être avertie au préalable, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à la prise en charge d'une personne afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible.

5. L'accès au dossier médical.

La loi du 4 mars 2002 revoit les modalités d'accès du patient à son dossier médical.

Avant la loi, le dossier médical n'était communiqué qu'à la demande du patient hospitalisé ou ayant été hospitalisé, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient. Dans la nouvelle loi, le patient bénéficie du choix entre une transmission par l'intermédiaire du praticien qu'il choisit, ou l'accès direct aux informations sur sa santé.

C. Les spécificités psychiatriques.

Concernant la psychiatrie, ce texte encadre de manière plus stricte les modalités d'hospitalisation sans consentement. Elle apporte un aspect limitatif à l'indication des mesures d'HO. Le critère de nécessité de soins devient indispensable et prioritaire. L'argument de sécurité publique, même s'il reste effectif, est restreint aux atteintes à l'ordre public présentant un critère de gravité.

Les sorties accompagnées sont désormais accordées par le directeur de l'établissement sur avis du psychiatre concernant les patients en HDT ; et par le préfet concernant les patients en HO.

Pour renforcer le droit des patients, la loi prévoit la possibilité pour chaque patient d'accéder aux informations médicales détenues dans son dossier médical. Les patients hospitalisés sous contrainte bénéficient également de ce droit, selon des dispositions spécifiques. Il est également instauré la désignation d'une personne de confiance.

Enfin les CDHP se voient attribuer un droit d'accès aux informations d'ordre médical, qui leur était jusqu'alors interdit. Ces commissions peuvent examiner les situations personnelles de chaque patient. Cet examen est obligatoire chez les patients dont les mesures d'HDT se prolongent plus de 3 mois.

V. La loi du 5 juillet 2011.

La loi du 27 juin 1990 a révisé la loi de 1838 en essayant de mettre en avant le respect des libertés individuelles, le consentement des patients et leur dignité. Il était initialement prévu qu'elle soit révisée tous les 5 ans, mais elle est restée sans modifications jusqu'en 2011. Elle s'est confrontée à divers avertissements et recommandations des hautes instances européennes et nationales, ainsi qu'à une évolution des mentalités : suite à cela a été entrepris la révision de la loi du 27 juin 1990.

A. Le contexte de promulgation.

Les années 1990 sont marquées par une évolution de la pratique psychiatrique. On assiste peu à peu au déclin de la psychanalyse et à la naissance de nouveaux types de psychothérapies, comme par exemple les thérapies cognitivo-comportementales. Les classifications nosographiques se développent, comme le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

En ce qui concerne l'offre de soins, elle est essentiellement dans le secteur public, mais est inégalement répartie selon les départements. La transition entre offre de soins en hospitalisation complète et offre de soins ambulatoire n'est pas bien définie dans certains départements.

Dans la société, l'image de la psychiatrie et des patients psychiatriques reste assez négative et ambivalente. L'équilibre entre le besoin de sécurité de la société et les soins psychiatriques est difficile à trouver. L'opinion publique considère souvent que maladie mentale est synonyme de dangerosité.

B. L'évolution législative jusqu'à la loi du 5 juillet 2011.

1. L'évolution en France.

Plusieurs lois sont votées entre 1990 et 2011 : certaines portées par le courant sécuritaire et d'autres par le courant libéral.

En ce qui concerne le courant sécuritaire, voici quelques lois :

- La loi du 22 juillet 1992 [36] : elle porte réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et des délits contre les personnes, elle modifie la définition sur l'irresponsabilité pénale datée du Code Pénal de 1810.
- La loi du 17 juin 1998 [37] : elle est relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Elle crée le soin socio judiciaire et procède à une redéfinition des mesures de prévention, ainsi qu'à un durcissement des moyens de répression. Cette loi marque une étape importante dans le travail collaboratif entre justice et médecine.

- La loi du 25 février 2008 [40] : elle est relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Elle est votée dans un contexte de médiatisation de crimes commis par des malades mentaux. Face à un sentiment d'insécurité croissant de la part de l'opinion publique vis-à-vis des malades mentaux, ainsi que dans le cadre d'une action politique sécuritaire, les pouvoirs publics votent cette loi afin d'apaiser ce sentiment, en durcissant les condamnations prévues par la loi pour les crimes. Cette loi reste une mesure importante avant la loi du 5 juillet 2011, puisqu'elle modifie le CP sur le sujet de la responsabilité pénale des malades mentaux.

La loi de 2008 prévoit également une nouvelle procédure concernant l'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Lorsqu'une irresponsabilité pénale est reconnue, deux décisions peuvent être prises :

- Soit une HO dans un établissement public : dans ce cas, la fin de l'hospitalisation n'est possible qu'après l'avis conforme de deux psychiatres.
 - Soit la mise en place de mesures de sécurité, qui ne sont pas incompatibles avec le soin, que le patient soit en HO ou non. Par exemple : communiquer avec la victime, paraître en certains lieux, détenir ou porter une arme...
-
- La loi du 4 mars 2002 [38] relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.
 - La loi du 15 juin 2000 sur la présomption d'innocence. Elle institue le Juge des Détention et des Libertés (JLD) et retire au Juge d'Instruction la compétence pour placer en détention provisoire ou pour refuser une demande de mise en liberté dans le cadre des procédures pénales. Le JLD est le garant des libertés individuelles.
 - La loi du 30 octobre 2007 [39] : elle institue un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le champ d'intervention de ce dernier couvre les établissements de santé accueillant les personnes hospitalisées sans leur consentement. L'objectif de cette loi est d'améliorer le respect des droits des patients hospitalisés sans consentement et d'en renforcer le contrôle.

2. Le discours d'Antony [43].

Le 2 décembre 2008, le Président de la République, après une visite dans l'hôpital psychiatrique d'Antony prononce un discours annonçant la réforme de la loi de 1990. Cette visite fait suite à un fait dramatique hautement médiatisé, et suscitant un émoi tout particulier, ainsi qu'une majoration du sentiment d'insécurité de l'opinion publique envers les malades mentaux. Un schizophrène de 56 ans, ayant déjà été jugé pénalement irresponsable pour des agressions à l'arme blanche, poignarde une étudiante de 26 ans dans les rues de Grenoble, dans un contexte de fugue de l'hôpital.

Lors de son discours, le Président de la République présente une réforme de la loi du 27 juin 1990 sur un versant sécuritaire. Ce discours est organisé autour de trois axes :

- La sécurisation des établissements
- La réforme sanitaire des procédures d'hospitalisation d'office
- L'instauration d'une obligation de soins.

3. Au niveau Européen.

Sur le plan européen, plusieurs facteurs vont précipiter la réforme de la loi du 27 juin 1990. Plusieurs condamnations sont prononcées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme à l'encontre de la France. Ces condamnations sont secondaires à la constatation de la violation des articles 5 et 6 de la CEDH (Convention Européenne des Droits de l'Homme).

La violation de l'article 5 : la CEDH condamne à plusieurs reprises la France concernant le respect de l'article 5. Elle constate que les procédures de référés ne permettent pas au juge administratif d'examiner la légalité de la décision d'hospitalisation sous contrainte, et met en avant le fait que les recours ne sont pas en accord avec l'article 5.4 relatif au droit de faire statuer à bref délai sur la légalité de la détention d'une personne privée de liberté.

La violation de l'article 6 : en ce qui concerne cet article, la CEDH condamne la France par rapport au délai jugé déraisonnable de la procédure en fonction des critères qu'elle a elle-même fixés

4. L'anti-constitutionnalité relative à la loi du 27 juin 1990.

C'est à la suite de la décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010 que le Conseil constitutionnel statue à propos du respect de la constitution par la loi du 27 juin 1990. Il déclare inconstitutionnel l'article L3212-7 du CSP qui prévoit qu'une HO peut être maintenue au-delà de 15 jours sans intervention d'une juridiction.

Le Conseil Constitutionnel rend par la suite sa décision n°2011-135/140 QPC du 09 juin 2011, en réponse à deux nouvelles QPC. Les articles L3213-1 et L3213-4 du CSP ne sont pas constitutionnels en ce sens qu'il n'existe pas de contrôle judiciaire suffisant concernant les HO. Cette décision fait suite à l'avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011.

C. Les mesures nouvelles pour les soins sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011 [41] [58].

1. Le contrôle du juge des libertés et de la détention se fait au quinzième jour et tous les 6 mois.

Comme le Conseil constitutionnel l'a établi, la loi introduit un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD). Le JLD se prononce sur la mesure de soins sans consentement, qu'elle qu'en soit la modalité au plus tard après 15 jours d'hospitalisation complète continue, puis tous les 6 mois pour un patient qui est l'objet d'une hospitalisation complète continue durable. Le JLD assure le contrôle de la régularité de la procédure (délai de saisine, conditions d'admission, demande du tiers...), mais surtout réalise un contrôle au fond en s'assurant, conformément à la décision du conseil constitutionnel, que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue le soin psychiatrique sans consentement sous le régime de l'hospitalisation complète est bien adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs poursuivis. Le JLD reçoit le patient à une audience qui peut se dérouler soit au tribunal de grande instance, soit dans une pièce spécialement aménagée à l'hôpital spécialisé, qui est affectée aux audiences du JLD. La loi précise que le JLD reçoit la personne malade à une audience publique, mais que le juge peut se prononcer en chambre du conseil, à huis clos sur

demande, s'il existe un risque d'atteinte à l'intimité. Le juge valide ou invalide la mesure d'hospitalisation continue sous contrainte, sans pouvoir la modifier par lui-même. S'il décide de lever l'hospitalisation complète, il peut décider que cette levée ne prenne effet qu'à l'issue d'un délai de 24h maximum, délai qui est donné à l'équipe soignante pour mettre en place un programme de soins ambulatoires sous contrainte (PDS) s'il est justifié.

2. La mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de 72h.

La loi du 5 juillet 2011 met en place une période initiale de soins et d'observation en hospitalisation continue de 72 heures. Il s'agit de mieux évaluer la pathologie psychiatrique du patient, de faire un examen médical ayant pour but d'éliminer une pathologie somatique (dans les 24 heures), et surtout de tout faire pour inciter le malade à accepter des soins libres. Cette période d'observation et de soins en hospitalisation complète peut se faire dans un service de l'hôpital général sur une période maximum de 48 heures avant un transfert sur l'hôpital spécialisé.

3. La création des soins ambulatoires sous contrainte.

La loi introduit la possibilité de soins ambulatoires sous contrainte permettant que les soins sur décision du directeur ou les soins à la demande du représentant de l'Etat soient réalisés hors hospitalisation complète. Ces soins ambulatoires sous contrainte peuvent être mis en place dès la fin des 72 heures d'hospitalisation continue. Cette nouvelle mesure se veut intermédiaire entre l'hospitalisation complète sous contrainte et la prise en charge ambulatoire libre. Dans le cas des soins ambulatoires sous contrainte, ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée, mais les soins dont les modalités doivent être déterminées par le programme de soins : hospitalisation de jour, hospitalisation à temps partiel, centre d'activité thérapeutique à temps partiel, consultations, visites à domicile (VAD), atelier thérapeutique... Toutes les formules de prises en charge ambulatoires peuvent être prévues dans le programme de soins. Celui-ci établit le type de soins, le lieu des soins et la périodicité des soins sans mentionner la nature des traitements et en restant suffisamment large pour ne pas imposer à un patient des modalités de prise en charge qui seraient impossibles à réaliser. Dans le cadre des soins ambulatoires sous contrainte, le JLD n'a pas à recevoir en audience la personne faisant l'objet

des soins, ni au 15^e jour, ni au 6^e mois.

4. Les soins pour péril imminent sans tiers.

Quand il est impossible de recueillir la demande du tiers et quand il existe un “péril imminent” pour le patient, le directeur de l'établissement de soins spécialisés peut prononcer une admission à des soins sous contrainte sans tiers, si tout a été fait pour rechercher un tiers.

5. L'avis du “collège” : les dispositions spécifiques pour certains patients en soins à la demande de l'autorité administrative (ex-HO).

Ces dispositions concernent les patients dont la mesure de soins fait suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal ou ceux qui ont bénéficié d'une hospitalisation d'office en unité pour malades difficiles (UMD) de plus d'un an sur les dix dernières années. Pour ces patients, lorsque le psychiatre envisage la fin de l'hospitalisation complète (sortie sèche ou programme de soins ambulatoires sous contrainte), le directeur convoque un collège comportant le psychiatre traitant du patient, un autre psychiatre de l'établissement qu'il nomme de sa propre autorité, et un membre de l'équipe de soins. De façon collégiale, ils rendent un avis motivé ayant pour objectif d'éclairer le préfet.

Des dispositions nouvelles en cas de désaccord entre le psychiatre traitant et le préfet (conséquence de la QCP du 9 juin 2011).

Si le préfet n'est pas d'accord quand le psychiatre traitant demande la fin de l'hospitalisation complète sur décision du représentant de l'Etat, le directeur demande immédiatement un deuxième avis de psychiatre qui doit être rendu dans un délai de 72 heures. Si ce deuxième avis est conforme au premier, le préfet doit suivre et prendre un arrêté de fin d'hospitalisation complète. Si le deuxième avis n'est pas conforme au premier, le directeur saisit immédiatement le JLD. Le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète, sauf si le JLD impose la sortie.

6. Le renforcement des droits des patients.

La loi met en place une obligation d'information des patients sur leurs droits et les voies de recours à chaque temps des soins et cela dans la mesure où leur état le permet. Elle impose le recueil des observations des patients sur les décisions les concernant. Les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP) deviennent les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP). Elles recentrent leur mission sur les situations les plus sensibles : soins en cas de péril imminent ou sans tiers et SDDE depuis plus d'un an. Les CDSP transmettent un rapport annuel au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

7. Une réponse aux urgences contractualisée par les agences régionales de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) organisent sur chaque territoire de santé un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, quel que soit le lieu de celles-ci. L'ARS organise les modalités de transport dans une coopération entre les établissements de santé, les Samu, les services de police et de gendarmerie, les transporteurs sanitaires et les groupements de psychiatres libéraux.

D.Le contenu et l'application de la loi.

A la notion d'hospitalisation sans consentement se substitue la notion de soins sans consentement.

Trois modalités de soins sans consentement sont prévues par la loi du 5 juillet 2011 :

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ex-HDT) qui peuvent être en mode “normal”, en mode “péril imminent” sans tiers, ou en procédure d'urgence.
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
- Les soins ambulatoires sous contrainte

1. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE, ex-HDT).

a. Procédure “normale” de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ex-HDT).

Cette procédure de soins sous contrainte est applicable devant la constatation de troubles mentaux nécessitant des soins assortis d'une surveillance constante justifiant l'hospitalisation complète et quand le patient ne peut pas consentir à ses soins en raison de ses troubles mentaux. Cette procédure n'est applicable que si figure au dossier une demande manuscrite d'un tiers n'appartenant pas au personnel du centre hospitalier spécialisé qui va accueillir le patient.

Six certificats médicaux circonstanciés sont exigés par la loi ; ils doivent démontrer l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins, l'impossibilité de consentir et la nécessité d'une surveillance constante :

- Deux certificats médicaux initiaux doivent être réalisés : l'un d'un médecin n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, l'autre d'un médecin pouvant exercer dans l'établissement d'accueil.
- Un certificat de 24h doit être réalisé par un psychiatre différent de celui qui a rédigé l'un des certificats initiaux. Il est joint à ce certificat une attestation confirmant qu'un examen somatique a été réalisé, cette attestation doit figurer au dossier médical du patient.
- Un certificat de 72h peut être réalisé par le psychiatre qui a signé celui des 24h
- Après le 5^e jour et avant le 8^e jour, un nouveau certificat circonstancié est rédigé par le psychiatre traitant et un avis conjoint de deux psychiatres est rédigé confirmant le maintien de la mesure ou la fin de l'hospitalisation sous contrainte. S'il y a maintien de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, cet avis est transmis au plus tard le douzième jour par le directeur au JLD pour planification d'une audience au quinzième jour. Le JLD reçoit le patient en audience au 15^e jour. Il rend aussitôt son ordonnance qui valide ou invalide la mesure en cours.
- Un certificat mensuel doit être réalisé quand la mesure est maintenue.

- Un certificat est réalisé huit jours avant le 6^e mois dans la perspective d'une audience du juge des libertés à la date anniversaire du sixième mois
- Lorsque la durée des soins excède 1 an, leur maintien est subordonné à l'avis du collège précité. (Article L 3212 – 7 du CSP).

b. Procédure de soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent.

La loi introduit une nouvelle procédure d'admission en soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent. Cette procédure est applicable quand les troubles mentaux nécessitent des soins, quand il est impossible de recueillir le consentement du patient et en cas de péril imminent pour ce dernier et si aucun tiers ne peut être sollicité. Le certificat initial ne peut être réalisé par un psychiatre de l'établissement. Les certificats des 24h et 72h doivent émaner de psychiatres distincts.

c. Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence.

Dans ce cas, un seul certificat initial est requis ; il peut émaner d'un médecin pouvant exercer dans l'établissement d'accueil et est joint à la demande manuscrite du tiers. Le certificat de 24h est impérativement rédigé par un psychiatre différent de celui qui a rédigé le certificat initial. Le certificat de 72h est rédigé par un psychiatre différent du 24h. Le reste de la procédure est identique avec audience du JLD au 15^e jour et au 6^e mois.

2. Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SDRE, ex-HO).

a. Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (procédure "normale")

Les préalables sont l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et un comportement compromettant la sûreté des personnes ou pouvant porter atteinte de façon grave à l'ordre public.

Un certificat médical initial n'émanant pas d'un psychiatre de l'établissement d'accueil décrit

les troubles et argumente le fait qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Un arrêté préfectoral motivé est à l'origine de la mesure.

Les certificats des 24 heures et 72 heures sont rédigés par le psychiatre assurant la prise en charge du patient.

Entre le 5^e et le 8^e jour, un certificat confirme la mesure en vue de l'audience du JLD au quinzième jour. Par la suite, les certificats sont mensuels et au bout de 3 mois.

Au 6^e mois, un certificat confirme la mesure avant audience du JLD.

b. Soins psychiatriques sur décision du maire en cas de danger immédiat.

Dans ce cas, la mesure est initiée par un arrêté du maire ordonnant les mesures provisoires de placement. Il est requis un certificat circonstancié d'un médecin qui doit justifier l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et le fait que les troubles sont de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte de façon grave à l'ordre public ; s'il n'est pas possible d'examiner le patient : cas de forcenés pour lesquels le Samu ou les généralistes sont sollicités mais ne peuvent examiner le patient car ne peuvent l'approcher, un avis suffit. Le certificat médical implique un examen médical, alors que l'avis ne nécessite pas d'examen.

3. Soins ambulatoires sous contrainte.

La loi du 5 juillet introduit une possibilité de soins ambulatoires sous contrainte après proposition par le psychiatre traitant d'un programme de soins comportant les modalités de soins (hôpital de jour, centre d'activité thérapeutique à temps partiel CATTP, consultations au centre médico-psychologique CMP, VAD...), leur rythme et la modalité du traitement. Ce programme doit être rédigé sans détails et surtout sans engagement non tenable par l'équipe d'accueil prenant la responsabilité de la prise en charge du patient.

**Partie 2. LE PROGRAMME DE SOINS
AMBULATOIRE.**

Le programme de soins ambulatoire (PDSa) est une modalité de soin qui a été introduite par la loi du 5 juillet 2011 (Article L 3211-2-1 du Code de Santé publique et Article R3211-1 du décret n°2011-847 du 18 juillet 2011) [41].

I. Modalités du programme de soins ambulatoire.

Ce PDSa définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Il indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

- Une hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou hôpital de nuit par exemple)
- Des soins ambulatoires (se rendre à l'hôpital, se rendre chez un psychiatre à des rendez-vous réguliers)
- Des soins à domicile (visite à domicile d'un membre de l'équipe soignante)
- L'existence de traitements médicamenteux

Il précise s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle ou la fréquence des consultations ou des visites ambulatoires ou à domicile, et si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés.

Le PDS ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Lorsque le PDS inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature, ni le détail de ces traitements, notamment le dosage, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

Le programme de soin est établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil.

L'élaboration du PDS doit être précédé par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient afin de lui permettre de faire valoir ses observations. La mention de cet entretien doit être portée sur le programme de soins et sur le dossier médical du patient.

Le PDS ne peut être modifié que par un psychiatre participant à la prise en charge du patient.

La modification doit être précédée par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient afin de lui permettre de faire valoir ses observations. La mention de cet entretien est également portée sur le programme de soins et au dossier du patient.

En cas de non respect du programme de soins (article L3211-11), la loi prévoit que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmette immédiatement au directeur d'établissement un certificat médical proposant une hospitalisation complète « lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être précédé à l'examen du patient, il transmet un avis médical établi sur la base du dossier médical de la personne ».

En cas d'inobservance du PDS, le patient peut donc se retrouver hospitalisé à temps complet. Le psychiatre doit informer le patient de cette éventualité lors de l'entretien préalable à l'élaboration du PDS ou à sa modification.

Un point important à noter est que le PDS ne permet pas d'imposer des soins au patient ou bien un transfert en unité d'hospitalisation. Il faut tout d'abord transformer le PDS en hospitalisation complète avant de pouvoir imposer de tels soins au patient (L3211-1-2-III du CSP).

Selon l'article L3211-1-2-II, le psychiatre doit informer le patient lors de l'entretien préalable qu'à tout moment il peut transformer le PDS pour tenir compte de son état de santé et qu'en cas de dégradation de celui-ci, il peut proposer à nouveau une hospitalisation complète.

II. Etude de littérature sur le programme de soins ambulatoire en France.

La littérature est peu abondante concernant le programme de soins ambulatoire en France. Cela est sûrement dû au fait que le PDS est une disposition assez récente mise en place par la loi du 5 juillet 2011.

A. Données concernant l'historique du programme de soins et sur les débats qu'il suscite.

En 2010, juste avant la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, S Théron publie un article [68] sur l'évolution de la prise en charge de la maladie mentale et sur l'instauration des soins ambulatoires sans consentement.

Elle souligne tout d'abord un point important : le programme de soins permet d'éviter un enfermement systématique du patient, mais méconnaît tout de même son autonomie. Elle se questionne pour savoir s'il s'agit d'un dispositif libéral ou sécuritaire ?

L'introduction de soins psychiatriques ambulatoires sans consentement sera-t-elle bénéfique pour les patients ? Constituera-t-elle un acte de libération des murs de l'hôpital ou une instrumentalisation des soins dans un but de contrôle social ?

Cette modalité de prise en charge apparaît d'emblée ambiguë. Elle peut être conçue pour protéger les malades atteints de troubles mentaux en leur évitant un enfermement systématique ; mais elle peut aussi être perçue comme une mesure de sanction à l'encontre de personnes malades potentiellement dangereuses, à l'égard desquelles il est nécessaire d'imposer des soins indépendamment d'une hospitalisation. Ainsi le malade se trouve dans une situation a priori nouvelle et hybride, à mi-chemin entre méconnaissance de son autonomie et liberté relative.

L'instauration des soins ambulatoires sans consentement est une mesure équivoque : s'agit-il d'un dispositif libéral ou sécuritaire ? Ses conséquences s'avèrent indéterminées : quel sera le statut du malade ainsi soigné ?

L'hospitalisation sans consentement relève d'une logique sécuritaire. L'alternative ambulatoire

peut donc apparaître comme un tempérament libéral : certes la personne est toujours contrainte de se traiter mais elle n'est pas enfermée de manière permanente.

Mais la contrainte dans les soins constitue une atteinte à l'autonomie du malade. La frontière avec l'obligation de soins semble ténue. L'individu risque de considérer cette modalité de traitement comme une sanction.

Les soins ambulatoires sans consentement ne constituent en fait que la continuité d'une mesure d'enfermement.

La mise en place de soins ambulatoires sans consentement instaure un cadre différent de celui de l'hospitalisation : le cadre est plus propice à l'instauration d'un rapport de confiance, la relation équipe médicale/patient est moins traumatisante qu'entre les murs de l'hôpital ; de plus les troubles du patient seront susceptibles d'évoluer plus favorablement que lors d'une hospitalisation. De plus il est reconnu que le soin et la guérison des troubles mentaux débutent avec l'acceptation d'un traitement.

Le fait qu'un malade mental soigné sans son consentement ne soit pas hospitalisé apparaît comme une situation inédite et pose question quant au régime juridique qui pourra lui être appliqué, ainsi que la place de l'individu dans la société.

La difficulté de déterminer les droits des personnes soignées en ambulatoire sans leur consentement tient à plusieurs éléments. D'une part de par la situation de l'individu : il est malade et donc particulièrement vulnérable, ce qui engendre une dépendance à l'égard des soignants : l'individu a donc des droits spécifiques à son état, mais également des droits communs à tous. D'autre part, les modalités de traitement induisent une certaine complexité puisque l'individu est libre, du moins n'est pas enfermé à temps plein. Le nouveau statut devrait ainsi se situer à mi-chemin entre celui des malades mentaux hospitalisés de force et celui des malades mentaux pour une autre cause.

Certains droits des malades sont universels, tels le droit au respect de la dignité du malade et celui de la protection de la santé. En second lieu, le caractère forcé du traitement entraîne lui-même d'autres droits : le droit à l'information du patient (droit de connaître ses droits et les raisons pour lesquelles il est ainsi soigné), le droit au secret médical, le droit à l'accès à son dossier médical.

Enfin, le malade relevant de soins forcés doit pouvoir exercer ses droits de la défense et communiquer avec les autorités à l'origine de la décision de contrainte, être assisté d'un médecin ou d'un avocat de son choix. Dans le cadre d'une hospitalisation, il dispose également du droit de saisir la commission chargée de veiller à la situation des personnes au regard de

leurs libertés individuelles et de la dignité.

La personne bénéficie également de droits collectifs, tels que participer à des associations d'usagers.

La place de l'individu dans la société doit également être précisée : l'individu doit notamment pouvoir aller et venir librement. Les soins doivent être les moins contraignant possible : l'évolution doit se prolonger soit vers une liberté totale, soit vers une nouvelle hospitalisation. La situation de l'individu peut donc être comparée à celle d'un détenu en liberté conditionnelle, voire à une liberté surveillée.

Si la société a le devoir de soigner les individus, elle a aussi celui de les intégrer en son sein sans discriminations : il convient alors de faire accepter la maladie mentale par tous les citoyens.

Un article de Bellahsen et al [2] est assez critique concernant le PDS. Il met en avant le fait que la loi du 5 juillet 2011 a été le théâtre d'affrontements entre les différents acteurs de la psychiatrie : usagers, soignants, familles...

Cette loi a également marqué le monde de la justice avec l'introduction du recours au Juge des libertés et de la détention (JLD) sur une décision du Conseil Constitutionnel.

Cette loi apparaît dans un contexte de politique sécuritaire suite au discours d'Antony prononcé par le président de la République le 2 décembre 2008.

Selon les auteurs, un amalgame entre folie et dangerosité s'est répandu dans l'opinion publique suite à l'affaire du « schizophrène dangereux » et la loi du 5 juillet 2011 met en oeuvre la politique sécuritaire du gouvernement. En janvier 2009, le gouvernement a d'ailleurs débloqué 70 millions d'euros pour construire des chambres d'isolement, des unités pour malades difficiles (UMD) et pour « sécuriser » les hôpitaux psychiatriques.

En novembre 2010, saisi par une association d'usagers, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), le Conseil constitutionnel prend une décision concernant la nécessité d'une intervention systématique du JLD avant le 15^e jour d'hospitalisation sans consentement du fait de la privation de liberté (dans la loi de 1990, l'intervention du juge est possible mais non systématique). Le parlement a alors jusqu'au 1^{er} août 2011 pour modifier la loi.

Dans les faits, la loi sera donc prise entre deux logiques distinctes : d'une part le pan sécuritaire avec un renforcement de la contrainte et du contrôle social des patients susceptibles d'être « dangereux » et d'autre part, celui de la protection de la liberté des

personnes hospitalisées grâce à l'intervention systématique du JLD.

La loi du 5 juillet 2011 introduit la notion de « soins sans consentement en ambulatoires ». Ces soins ambulatoires sans consentement sont considérés par les auteurs comme un moyen de prévenir les « récurrences » des patients présumés dangereux.

Les auteurs parlent également « d'internement au domicile » permettant de désengorger les lits d'hôpitaux et de lutter contre la pénurie de lits. « Les patients n'ont plus besoin d'être hospitalisés longtemps puisqu'ils peuvent désormais être contraints à se soigner en dehors du lieu d'hospitalisation », le système asilaire pourra désormais s'inviter jusque dans l'intimité des personnes. Il est désormais possible de contraindre un citoyen à se soigner n'importe où dans la cité, y compris à son domicile, la contrainte se déplace d'un lieu (l'hôpital dans la loi de 1990) à un état (celui de personne en programme de soins).

Les auteurs s'interrogent sur le fait que cet état de contrainte aux soins n'est pas jugé privatif de liberté, puisque le Conseil Constitutionnel ne l'a pas prévu. Or le Conseil constitutionnel ne pouvait pas le prévoir puisque lors de sa saisie, la modalité de programme de soins ambulatoires n'existait pas. De fait, la mise en place d'un PDS ne donne pas lieu à l'intervention du JLD, seuls les patients hospitalisés à temps plein passent devant le JLD. Il s'agit là d'un important précédent, remettant en cause l'un des fondements du droit français, l'inviolabilité du domicile sans commission du juge.

Toute personne passant en hospitalisation psychiatrique sans consentement peut donc se voir imposer un programme de soin et revenir à l'hôpital si ce dernier n'est pas respecté. A une contrainte subjective pouvant exister entre un psychiatre, une équipe et un patient, se substitue une contrainte protocolisée et désincarnée du substrat relationnel nécessaire à une psychiatrie faisant hospitalité à la folie.

Cette loi fait apparaître une nouvelle classe de patients: les patients réputés dangereux.

Pour les auteurs, l'arrivée des soins ambulatoires sans consentement reconstruit un système asilaire qui sera non plus limité à l'hôpital mais s'étendra au domicile, donnant ainsi l'illusion à la cité de se protéger de ses membres les plus en marge.

Il s'agit d'une sorte de grand renfermement à domicile, une solution sécuritaire pour pallier à la baisse du nombre de lits psychiatriques et des moyens alloués au développement de structures ambulatoires.

Dans un autre article, Guibet-Lafaye et al, [20] mettent en avant le débat soulevé par les soins sans consentement en ambulatoire.

Les soins sans consentement en ambulatoire posent en premier lieu des difficultés pratiques, ainsi qu'une question de droit, éthique et normative.

Une des questions posée par le PDS est « qui et comment fait-on la réintégration du patient en hospitalisation complète ? »

Les décisions qu'implique la réintégration mettent en présence des normes et des principes apparemment irréconciliables, tels le respect de la liberté individuelle, le principe de précaution et la responsabilité pénale du médecin. La mise en oeuvre pratique de la réhospitalisation soulève des questions éthiques.

Un des problèmes est que le médecin prenant la décision de la réintégration en hospitalisation complète est également celui qui suit le patient et avec lequel le patient se trouve dans une forme d'alliance thérapeutique.

La réintégration du patient en hospitalisation complète soulève également des questions éthiques liées au respect des droits des personnes et à certains principes comme le respect de la vie privée, le principe de bienfaisance, le principe de la non nuisance.

Le PDS ambulatoire pose également le problème du respect des libertés individuelles. Cette question est soulevée par le Conseil Constitutionnel dans une décision du 20 avril 2012, où les juges constitutionnels ont estimé que les patients traités en ambulatoires « ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduits ou maintenus de force » pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soin. Ceci soulève la question de savoir si la contrainte psychiatrique peut être imposée hors des murs de l'hôpital, et soulève la question des limites du pouvoir médical.

Plusieurs autres questions sont soulevées par le PDS : l'extension du champ de la contrainte, les limites du pouvoir de la psychiatrie, le sens de la liberté et de l'autonomie des patients en psychiatrie.

L'article met en avant certains arguments qui sont en faveur du PDS :

- Le programme de soin impose des soins par la contrainte mais peut viser à faire accepter

les soins par le patient si ce dernier souhaite voir la contrainte diminuer

- Les soins sans consentement en ambulatoire sont considérés par certains comme une forme de liberté, par rapport notamment à la contrainte de l'hospitalisation qui réduit la liberté de circulation. Le PDS permet au maximum d'éviter que les patients ne soient enfermés.

Certains arguments sont quant à eux en défaveur du PDS : les critiques autour des soins sans consentement en ambulatoire s'organisent autour de quatre axes :

- La question des principes et du respect des droits (notamment de la privation de liberté)
- Le sens du soin et sa nature : posant la question de savoir ce qu'est le soin et ce qu'il devient lorsqu'il passe par la contrainte
- La nature de la relation thérapeutique au patient : repose-t-elle sur des formes de négociation asymétrique, sur un contrat, sur une relation de confiance ?
- La représentation de la personne malade en psychiatrie.

Le programme de soins et la contrainte qui en résulte ne remplacera jamais le consentement du patient et l'alliance thérapeutique. Signifier au patient l'obligation d'aller se soigner à l'extérieur ne sert strictement à rien dans la mesure où la police n'ira jamais leur imposer le traitement.

Pour certains, la contrainte ne peut s'exercer que dans un lieu de soin.

La contrainte ne doit pas être une contrainte en soi mais une contrainte dans un but de pouvoir accéder à un travail relationnel par un traitement.

Certains médecins verbalisent le fait qu'un patient n'est pas patient tout le temps : il est également un être humain. Avec les soins ambulatoires sous contrainte, on contraint le patient à ne jamais avoir cette espèce de dignité, on nie sa capacité d'être humain et de se prendre en charge lui-même.

Certains avis s'opposent totalement au PDS.

Le PDS s'oppose pour certains au respect des droits individuels et à certains droits constitutionnels.

Certains critiquent le fait que lorsqu'un PDS est mis en place, il n'y a plus de contrôle par le

Juge des détentions et des libertés.

Pour certains, le PDS signifie également la possibilité de surveiller, d'enfermer, de traiter les gens de force chez eux : ceci attente à la liberté fondamentale, à l'intégrité du domicile, à l'intégrité du corps humain.

Le PDS est considéré par certains comme un droit à la liberté pour les psychotiques.

C'est surtout sur la question du sens de l'autonomie et de la liberté individuelle pour des patients gravement malades que se partagent les médecins. Les représentations de la maladie mentale et des capacités qu'on y associe jouent un rôle déterminant dans l'imposition de la contrainte ainsi que sur les attitudes et les jugements que l'on formule à son égard.

D'un point de vue légal de la citoyenneté, se trouvent mis en question le statut du malade psychiatrique dans la société et la possibilité qu'il puisse être reconnu comme un concitoyen.

D'un point de vue philosophique se pose la question de la liberté individuelle pour ces patients que l'on a longtemps considérés comme aliénés par leur maladie.

Certains médecins considèrent le psychotique comme un aliéné et ne peuvent envisager qu'il ait une liberté individuelle. Aliéné, au sens a -privatif – avec le lien derrière, donc que le psychotique est prisonnier de sa maladie et donc qu'il n'est pas libre. Certains pensent qu'il faut travailler sur l'absence de liberté du psychotique liée à sa maladie.

En 2013, JM Panfili publie un article sur l'insécurité juridique qui entoure le programme de soins ambulatoire [48]. Il soulève en particulier le fait qu'il n'y ait aucun contrôle systématique par le juge des programmes de soins ambulatoires sans consentement.

Le Conseil constitutionnel a apporté une précision importante sur la notion de soins contraints en ambulatoire : il a établi que les personnes en PDS ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le PDS. De plus « aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L-3211-2-1 (programme de soins) ne peut être mise en oeuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète : ceci suggère que même si un patient est en soins sans consentement ambulatoires, il ne doit pas pour autant subir de soins contraints.

En ce qui concerne l'intervention du juge, même si celle-ci n'est pas systématique, le Conseil Constitutionnel a souligné que le Juge des libertés et de la détention peut être saisi à tout moment. Bien que l'intervention du Juge des libertés et de la détention ne soit pas systématique dans les PDS ambulatoires sans consentement, l'article L-3211-2-1 du CSP a quand même été déclaré conforme à la constitution.

Les soins ambulatoires sans consentement sont donc une notion assez ambiguë puisque les patients « ne sauraient être contraints aux soins, cette contrainte ne pouvant s'entendre que dans le cadre d'une hospitalisation complète ». Le juge constitutionnel considère donc « qu'il n'y a pas de restriction des libertés individuelles dans un programme de soins ambulatoires sans consentement justifiant un contrôle systématique du juge ».

Les soins ambulatoires sans consentement permettent une « obligation de soins mais pas une administration de soins par la contrainte ». L'obligation de soin n'est pas considérée comme une privation de la liberté individuelle, mais seulement comme une restriction apportée à la liberté personnelle.

B. Questionnement éthique autour du programme de soins : notion de contrainte, consentement, autonomie.

Un autre article de Bourelle et al [4], se pose la question de la finalité du PDS ambulatoire : est-ce la recherche du consentement ?

Le PDS est considéré par les auteurs comme une continuité dans le soin à la suite d'une hospitalisation sous contrainte d'une période minimale de 72h. Le PDS est mis en place sans le consentement du patient mais après avis de celui-ci : cela permet de solliciter au moins la participation du patient à défaut de son autonomie au sens plein du terme.

Plusieurs questions sont soulevées par le PDS :

- Peut-on contraindre, peut-on contenir la folie jusque dans les interstices de la vie privée ?
- Jusqu'où considérer la protection d'une personne vulnérable ?

- La contrainte en soins ambulatoires porte-t-elle atteinte aux libertés individuelles ?
- Un PDS ambulatoire met-il en place une dépendance ou vise-t'il à terme l'autonomie du patient ?
- Le PDS ambulatoire permet-il de construire une alliance thérapeutique avec le patient ?

Les auteurs reviennent sur l'évolution des soins sous contrainte depuis la loi du 30 juin 1838 dite « loi Esquirol ». Ils soulignent que parallèlement à l'évolution des soins sous contrainte, la psychiatrie a également évolué, poussée par divers courants psychothérapeutiques, philosophiques, et politiques. Il y a eu peu à peu un phénomène de désaliénation asilaire et depuis est apparue la notion du dedans et du dehors (c'est-à-dire hors des murs de l'hôpital). S'est alors posée la question de l'intérêt de proposer des soins psychiques à des patients vivant à leur domicile : c'est ce que propose la notion de PDS ambulatoires sans consentement. Le Conseil constitutionnel souligne tout de même le fait que « la loi ne permet pas de prendre des mesures coercitives et qu'il est donc impossible d'imposer des soins sans consentement » sauf à réhospitaliser le patient contre son gré. A ce jour, on peut donc dire que l'obligation de soins ambulatoires existe mais sans la contrainte.

Depuis la promulgation de la loi Kouchner, le principe du respect du consentement éclairé doit être au coeur de la relation de soins, mais qu'en est-il en psychiatrie ? En psychiatrie la question de l'incapacité à consentir demeure un problème. Le paradoxe dans les soins psychiques réside dans le fait qu'une hospitalisation non consentie ne présage pas de soins consentis sur le moment et dans le futur.

Les soins sans consentement peuvent avoir pour but de protéger la vulnérabilité de la personne malade. La maladie amenuise les capacités de discernement de l'individu, et l'obliger à des soins psychiatriques permet de le protéger. Un PDS sans consentement peut souligner l'impérieuse nécessité de protéger une personne souffrant de troubles psychiques. Mais peut-on considérer le PDS comme une étape ou comme une fin en soi ?

L'un des marqueurs indéniable de l'autonomie est la capacité à consentir aux soins : ceci permet à l'individu de s'autodéterminer, d'avoir un choix libre et éclairé.

Le manque de discernement souvent constaté dans les troubles psychiques dénote-t'il une

absence d'autonomie ou une altération de celle-ci ? Le programme de soins sans consentement, s'il entame dans un premier temps la liberté individuelle de l'individu, ne constitue-t'il pas la pierre angulaire de l'autonomie à recouvrer et de l'alliance thérapeutique à construire ?

De part son caractère contraignant, quelle que soit l'information délivrée par le médecin, le PDS porte en lui la tendance à renforcer l'asymétrie de la relation de soin. L'absence de temporalité déterminée – dans sa durée et son contrôle -, son aspect protocolaire pourraient-ils compromettre l'objectif d'accompagner un retour vers l'autonomie ?

Se pose alors la question suivante : dans le cadre des soins psychiatriques ambulatoires, quelle alternative durable et ajustée peut-on proposer entre la nécessité du consentement et la nécessité de la protection ?

Cet article fait une revue de littérature sur le PDS ambulatoire, il dégage quatre points forts :

- La responsabilité collective à protéger la vulnérabilité de personnes souffrant de troubles psychiques.
- Le soin sans consentement à ne pas considérer comme une finalité thérapeutique
- La relation de soin essentielle au traitement des troubles psychiques
- L'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique.

Concernant la protection de la vulnérabilité : le PDS peut être considéré comme un cadre thérapeutique contenant et protecteur. Il doit chercher à respecter le plus possible les droits des patients et à rechercher l'autonomie par le consentement. Sur le plan médical, la protection de la vulnérabilité - par des soins sans consentement – des personnes souffrant de troubles psychiques ne peut s'appuyer que sur des faits cliniques en lien avec une situation forcément singulière. Penser cette protection comme temporaire et transitoire sonne alors comme une exigence éthique.

Concernant la relation de soin et l'autonomie du patient, le PDS doit viser la recherche du consentement. La discussion portant sur la recherche d'un consentement dans tous les actes de soin, certes parfois fragile et inconstante, tend à reconnaître l'Autre dans ses capacités à vivre

avec et malgré sa maladie. Le PDS doit être considéré comme une possibilité de construire une alliance thérapeutique. Les soins ambulatoires sans consentement doivent s'élaborer en ayant comme objectif de restaurer ou instaurer un dialogue avec le patient.

Le PDS soulève les notions de transition, de temporalité et d'alliance thérapeutique.

Le PDS doit être pensé d'emblée comme transitoire dans l'esprit du soignant et du patient. Il permet de susciter un travail psychique portant non pas sur le strict respect des modalités de prise en charge mais aussi sur le développement de l'alliance thérapeutique.

Le PDS ambulatoire, négocié dès que possible, dans un engagement réciproque, peut apparaître comme une étape thérapeutique, acceptant l'idée que le patient puisse éprouver, à un moment donné et en dehors des mesures de contraintes, ses capacités d'autonomie et ses fragilités.

Le PDS peut apparaître comme une étape dans un travail portant sur la capacité à consentir aux soins.

Le respect de la souffrance psychique, la reconnaissance de la vulnérabilité et de l'autonomie par le soignant servent de base à la construction d'une alliance thérapeutique. La relation de soin favorise l'intériorisation et la compréhension par le patient de sa propre vulnérabilité et de ses capacités existantes ou potentielles. C'est par cette approche centrée sur le patient qu'une alliance thérapeutique basée sur « la relation de confiance » peut voir durablement le jour. Une des perspectives doit être de restaurer les capacités d'autonomie du patient.

Le Conseil Constitutionnel souligne que « l'obligation de soins a été conçue non pour briser par la force l'éventuel refus du malade de se soumettre à un protocole de soins mais pour passer outre son incapacité à consentir ».

La légitimité du PDS réside essentiellement dans son objectif qui est d'obtenir sa « capacité à consentir ».

Il faut comprendre l'alliance thérapeutique comme une « notion multidimensionnelle incluant des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation ». Cette posture éthique, orientée vers la recherche du consentement apparaît comme une réponse proportionnée à la nécessité de protection de la vulnérabilité et au respect de l'autonomie auquel tout être humain aspire. Cela passe par la reconnaissance de citoyen au malade mental, dusse-t'il nécessiter quelque temps des soins sans consentement.

Enfin, la temporalité du PDS doit également faire l'objet d'une réflexion collective : à quelle

durée limiter le PDS ? 1 mois, 1 an, 10 ans ?

C. Premières données statistiques concernant le programme de soins.

En 2015, Coldefy et al [10] font une synthèse des premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, avec une part important portée sur le programme de soins.

On retrouve des données statistiques sur les soins sous contrainte en général : en 2012, plus de 77 000 patients (contre 74000 en 2010) ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie, soit une augmentation de 4,5% par rapport à 2010. Mais cette augmentation est conforme à l'augmentation de la file active totale suivie en psychiatrie en établissement de santé : les patients ayant reçu des soins sans consentement représentent toujours environ 5% de la file active en 2010 comme en 2012.

L'introduction des programmes de soins est un aspect majeur de la loi du 5 juillet 2011. Auparavant, il existait les sorties d'essai qui concernaient environ 25% des patients pris en charge sans leur consentement pour des durées souvent longues de plusieurs mois voire plusieurs années. Le programme de soins vient en quelque sorte clarifier cette pratique.

Ainsi, en 2012, les prises en charge en hospitalisation à temps plein, consenties ou non, reculent pour les patients ayant à un moment de leur parcours eu besoin d'être suivis sans leur consentement. Sur la même période, davantage de patients pris en charge sans leur consentement ont eu accès à des modalités de soins alternatives à l'hospitalisation temps plein (sous la forme de soins libres ou de programmes de soins). Cette tendance à la diversification des prises en charge se vérifie dans le suivi des patients après un épisode hospitalier sans consentement. Au total, près de la moitié des patients aura une prise en charge ambulatoire à la suite de cet épisode (en soins libres pour 27% d'entre eux et en soins sans consentement pour 19%).

Cet accès plus important à des modalités de prise en charge va également impacter les durées annuelles moyennes d'hospitalisation sans consentement. En 2010, les personnes hospitalisées sans leur consentement l'ont été en moyenne 53 jours dans l'année, et cette durée annuelle diminue pour atteindre 46 jours en 2012. Alors qu'en 2010, 72% des patients hospitalisés sans leur consentement suivaient aussi des soins libres au cours de l'année, ce taux descend à 66% pour l'année 2012. Cette baisse pourrait s'expliquer du fait que le programme de soins permet

les soins ambulatoires avec pour effet potentiel de maximiser les chances de compliance de la part du patient. Une des conséquences discutées parmi les chercheurs et professionnels en science sociales pourrait être un allongement de la durée totale de la contrainte malgré un abaissement des durées d'hospitalisation.

Les programmes de soins semblent davantage prescrits à des patients nécessitant une prise en charge variée, intense et durable. Les patients souffrant de troubles schizophrénique et d'autres troubles psychotiques sont surreprésentés en programme de soins (respectivement 38% et 26% des patients en programmes de soins, contre 23% et 22% des personnes exclusivement hospitalisées sans leur consentement). En revanche, les programmes de soins sont moins fréquemment utilisés dans le cas de troubles dépressifs (11% des patients en programme de soins contre 16% des patients exclusivement hospitalisées sans leur consentement), la prise en charge de ces patients se limitant le plus souvent à l'épisode hospitalier.

Quelles que soient les modalités de prise en charge, les patients intégrés à une programme de soins y ont eu davantage accès. Ainsi, trois quart des patients en programme de soins ont eu au moins une consultation médicale (en Centre médico-psychologique pour la plupart) dans l'année, contre seulement 39% des patients hospitalisés sans leur consentement sans programme de soins.

Cet accès plus important des patients en programme de soins aux différentes modalités de soins est associé à un plus grand nombre d'actes ambulatoires et à des hospitalisations plus nombreuses et plus longues que pour les patients hospitalisés sans consentement. Les patients en programme de soins ont suivi 1,5 fois plus d'actes ambulatoires (soit plus de vingt actes libres et sans consentement par patient dans l'année) que les patients non pris en charge en programme de soins qui ont pu suivre des actes libres en amont ou en aval de leur hospitalisation sans consentement (une quinzaine en moyenne).

En moyenne, les patients en programme de soins sont hospitalisés plus longtemps que les autres patients non consentants : 64 jours en moyenne pour les patients en programme de soins, 42 jours en moyenne pour les autres patients en soins sans consentement, et 53 jours en moyenne pour la file active totale (hospitalisations sans consentement et libres confondues). Cela est en partie du au fait que, contrairement au groupe majoritaire des patents uniquement hospitalisés à temps plein, souvent hospitalisés une seule fois dans l'année, les patients en programme de soins connaissent des épisodes d'hospitalisation pluriels au cours de l'année. Pour une partie d'entre eux, ces épisodes font l'objet d'une stratégie thérapeutique au cours d'un programme de soins : lorsqu'ils sont répétés et programmés on parle d'hospitalisation séquentielle, pour les autres, cela correspond souvent à une rechute ou à une non compliance

au programme de soins, nécessitant une réhospitalisation de la personne.

L'utilisation des programmes de soins est variable selon les territoires.

Dès la première année de mise en oeuvre, les programmes de soins ont été utilisés par la plupart des établissements de santé : 91% des établissements accueillant des patients en soins sans consentement ont mis en place au moins un programme de soins en 2012. A l'échelle nationale, 34% des patients pris en charge sans leur consentement ont été suivis en programme de soins en 2012. Cependant le recours au programme de soins est très variable selon les territoires.

Dans les départements de l'Aude, de la Haute-Corse, de l'Eure, des Landes, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire, moins de 10% des patients pris en charge sans leur consentement ont été intégrés dans un programme de soins. A l'inverse, dans l'Ain, la Manche, la Mayenne, la Meuse, l'Oise et les Hautes-Pyrénées, plus de 60% des patients ont eu accès à ce type de programme. Par ailleurs, 25% des programmes de soins sont effectués par cinq établissements seulement, chacun dans des départements différents indiquant une diffusion variable de ces pratiques auprès des professionnels et des établissements.

L'augmentation de la durée de la contrainte, avec les programmes de soins qui représentent des modalités thérapeutiques sur le long terme, devrait mécaniquement faire augmenter le nombre de patients pris en charge sans leur consentement sur les années suivantes. Cette évolution pose à la fois des questions éthiques en termes de droits, de respect des libertés individuelles et de réalité pratique de mise en oeuvre.

III. Etude de la littérature sur les programmes de soins en Europe.

A. Introduction.

Les soins ambulatoires sous contraintes existent dans plusieurs pays tels que les Etats-Unis, le Canada, la Grande-Bretagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Allemagne, Israël... Divers termes sont utilisés pour les évoquer : community treatment order, involuntary outpatient treatment, involuntary outpatient commitment, supervised community treatment, extended leave, extended release or supervised discharge. Certains termes sont plus employés dans certains pays que d'autres.

Ces soins ambulatoires sous contrainte constituent une forme de traitement psychiatrique qui se déroule en dehors de l'hôpital et dont un des objectif principal est d'assurer la compliance au traitement chez des sujets souffrant d'une pathologie mentale sévère chez qui la mauvaise observance thérapeutique peut avoir pour conséquence un fort risque de rechute, associé à des comportements violents, des hospitalisations répétées et des consultations fréquentes aux urgences.

Les études canadiennes et australiennes indiquent un taux de prévalence de ce type de soins d'environ 5-15 pour 100 000 habitants. Aux Etats-Unis ce taux est de 3/100 000 habitants.

Deux types d'études sont retrouvés dans la littérature :

- Des études observationnelles qui retrouvent une diminution des consultations aux urgences, une diminution des hospitalisations et une diminution du nombre de jours d'hospitalisation après l'introduction des soins ambulatoires sous contrainte. Cependant, ce type d'étude présente souvent des biais importants et les résultats sont donc peu fiables.
- Des essais randomisés, où les patients en soins ambulatoires sous contrainte sont comparés à un groupe contrôle. Il existe très peu d'études de ce type à l'heure actuelle. Les deux principales sont celle de Steadman et al à New York et celle de Swartz et al en Caroline du Nord.

La plupart des études retrouvées concernent les pays anglo-saxons. Il existe donc peu de données disponibles concernant les soins ambulatoires sous contrainte en Europe et dans le monde.

B. La situation aux Etats-Unis.

Aux Etats-Unis, il existe des tribunaux de santé mentale (« Mental Health Court ») depuis plusieurs années qui peuvent imposer des soins ambulatoires sous contrainte (« involuntary outpatient commitment »).

On retrouve des articles datant des années 1995, s'intéressant à l'efficacité de ces soins ambulatoires.

En 1995, Swartz et al [63] expliquent que les soins ambulatoires sous contrainte ont été mis en place pour améliorer l'observance. Ils effectuent une revue de littérature et trouvent comme résultat que les soins sous contraintes semblent apporter des bénéfices concernant les taux d'hospitalisation et les durées de séjour à l'hôpital. Par contre aucune étude n'a encore été menée pour évaluer dans quelle mesure ces soins sous contrainte affectent la compliance aux soins et la prise du traitement médicamenteux.

Smith et al, (1995) [61] écrivent que les soins ambulatoires sous contrainte (SSC) ont été adoptés par tous les états des Etats-Unis comme une alternative à l'hospitalisation sous contrainte. Les modalités des SSC varient selon les états. Les SSC réduiraient les taux d'admission à l'hôpital mais leur efficacité n'a pas été clairement prouvée. Les auteurs concluent que des recherches supplémentaires sont encore nécessaires pour valider l'efficacité de ces SSC.

Geller et al (1998) [17] retrouvent également que les soins ambulatoires sous contrainte diminuent les taux d'admission à l'hôpital et la durée des séjours hospitaliers dans l'état du Massachusset. Ils soulignent que des études supplémentaires seraient nécessaires pour évaluer l'impact de ces soins sur l'insight et sur la qualité de vie des patients.

Swartz et al (1999) [64] ont quant à eux réalisé un essai contrôlé randomisé dont le but était d'évaluer l'efficacité des soins ambulatoires sous contrainte dans la réduction des hospitalisations chez les individus présentant une maladie mentale sévère. Ils comparent deux groupes de patients qui ont été hospitalisés sous contrainte qu'ils suivent pendant un an : un groupe de patient est contraint à des soins ambulatoires à sa sortie et le deuxième groupe ne bénéficie pas de suivi ambulatoire. Les résultats de l'étude montrent que les sujets ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire avaient 57% de fois moins d'admissions à l'hôpital et 20% de jours d'hospitalisation en moins. Ces périodes de soins ambulatoires sous contrainte sont particulièrement efficaces pour les sujets ayant un diagnostic de trouble psychotique non

affectif (réduction de 72% des admissions à l'hôpital, et de 28% du nombre de jour d'hospitalisation). Ces admissions à l'hôpital sont particulièrement réduites lorsque les soins ambulatoires se font avec des prises en charge intensives.

Swartz et al (2001) [65] publient une étude qui montre que les patients qui ont bénéficié de soins ambulatoires sous contrainte de façon prolongée (6 mois et plus) ont significativement une meilleure adhérence au traitement et aux soins en général que ceux qui n'ont pas de suivi ambulatoire sous contrainte ou ceux qui en ont sur de plus courtes périodes (moins de 6 mois). Ils concluent que cette meilleure adhésion au traitement peut permettre d'améliorer la symptomatologie clinique du patient.

Une étude de Compton et al de 2003 [12] s'intéresse à la relation entre les soins ambulatoires sous contrainte et le risque d'être sans-abri pour le patient. L'étude compare deux groupes de patients après leur sortie de l'hôpital : un groupe assigné à des soins ambulatoires sous contrainte et l'autre non. Les résultats retrouvent que les soins ambulatoires sous contrainte sont associés à une réduction du risque de sans-abrisme durant les quatre mois suivant la sortie de l'hôpital chez les patients présentant une déficience mentale sévère, mais pas chez les patients présentant une déficience mentale modérée.

En 2003, Swanson et al [62] font une étude sur l'association entre soins ambulatoires sous contrainte et qualité de vie chez les personnes ayant des maladies mentales sévères. Ils reprennent les travaux suggérant que les soins ambulatoires sous contrainte lorsqu'ils sont correctement appliqués peuvent améliorer l'adhérence au traitement psychiatrique, réduire le nombre de réhospitalisations et diminuer le risque de comportements violents. : Ils supposent que ce sont des améliorations qui peuvent améliorer la qualité de vie des patients, mais ils soulignent également que les soins ambulatoires sous contrainte sont une mesure de coercition qui peut avoir un effet négatif sur la qualité de vie. Ils réalisent une étude dans laquelle ils prennent des sujets ayant été hospitalisés : ces sujets sont répartis dans deux groupes : un poursuivant des soins ambulatoires sous contrainte à leur sortie, l'autre non. Ils suivent ces individus sur une période de un an. Les résultats de l'étude montrent que les sujets ayant bénéficiés de soins ambulatoires voient leur qualité de vie augmentée du fait d'une meilleure adhérence au traitement et d'une plus faible symptomatologie. Mais cette amélioration de la qualité de vie est un peu modérée du fait de la sensation de coercition perçue.

En 2005, Pollack et al réalisent une étude [53] sur les soins sous contrainte en ambulatoire de faible intensité et de courte durée. Ils comparent deux groupes de patients : un nombre N = 150 patients bénéficient de soins ambulatoires sous contrainte pendant une durée maximum de 6 mois, et l'autre groupe (N = 140) ne bénéficie pas de soins sous contrainte.

Après ajustement des données, les résultats montrent que les patients en soins sous contrainte ont une plus grande utilisation des services de santé et une meilleure observance thérapeutique. Aucune différence significative n'est retrouvée entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre d'hospitalisations en urgence.

Une autre étude de Swartz et al, 2003 [66], s'intéresse quant à elle au ressenti des patients expérimentant des soins ambulatoires sous contrainte. Il ressort de cette étude que les sujets ayant expérimenté une période de soins ambulatoires sous contrainte ne ressentent pas les bénéfices de ces soins soit car ils trouvent que ces soins sous contrainte n'augmentent pas l'adhérence au traitement, soit car ils ne perçoivent leur propre besoin de continuer ces traitements. A la fin de l'étude, il est retrouvé que les sujets ayant tiré des effets positifs de leur traitement ont une évaluation positive des soins ambulatoires sous contrainte.

En 2007, Kisely et al [29] font une revue de littérature et une méta-analyse sur les soins ambulatoires sous contrainte. Ils relèvent qu'il existe peu d'essais contrôlés randomisés sur les soins ambulatoires sous contrainte et que d'autres études plus poussées sont nécessaires pour clarifier l'efficacité de ces soins. Les études existant jusque là rapportent une diminution du nombre de jours passés à l'hôpital suite à la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, ainsi qu'une diminution du nombre d'admissions à l'hôpital dans les 100 jours suivant la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte. Les études ne montrent pas de différence en ce qui concerne l'adhérence au traitement. Une étude montre une augmentation des visites dans les centres de santé suite à la mise en place des soins sous contrainte.

Les auteurs concluent que des études supplémentaires sont nécessaires pour montrer l'efficacité des soins ambulatoires sous contrainte dans la réduction des admissions à l'hôpital et dans la réduction des durées de séjour.

En 2006, Segal et al [57] publient un article sur l'utilité des soins ambulatoires prolongés. Ils comparent deux groupes de patients : l'un bénéficiant de soins ambulatoires prolongés (> ou = 180 jours) sous contrainte, l'autre bénéficiant également de soins ambulatoires prolongés mais de façon volontaire. Les résultats montrent que pour les deux groupes, les soins prolongés

sont associés à une réduction du taux d'hospitalisation. En moyenne, une durée de 6 jours de traitement ambulatoire est nécessaire pour diminuer de une journée la durée de l'hospitalisation. Les auteurs concluent que les soins ambulatoires sous contrainte de façon prolongée peuvent constituer une alternative à l'hospitalisation.

En 2007, Zanni et al [72] comparent les taux d'hospitalisation pour des patients en soins ambulatoires sous contrainte par rapport à un groupe de patient qui n'est pas sous contrainte. Les patients en soins sous contrainte avaient plus d'hospitalisations avant la mise en place des soins sous contrainte par rapport à ceux qui ne bénéficient pas de soins sous contrainte. Suite à la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte, les patients avaient moins d'hospitalisations, des durées de séjour plus courtes et moins de périodes d'isolement.

Swartz et al, réalisent une étude en 2010 [67] sur le « New York's assisted outpatient treatment program ». Ils récupèrent les données concernant les patients ayant bénéficié de ce programme entre 1999 et 2007. Les résultats retrouvent que les patients ayant bénéficié d'un programme de soins ambulatoires sous contrainte ont des améliorations dans divers domaines : réduction des hospitalisations et de leur durée, meilleure observance thérapeutique concernant les traitements psychotropes et meilleur engagement dans les soins.

En 2014, Kisely et al publient un article dans la cochrane library [31]. Ils font une revue de littérature sur les soins ambulatoires sous contrainte, afin d'essayer de déterminer si les soins ambulatoires sous contrainte sont efficaces pour réduire l'utilisation des services de santé hospitaliers, pour améliorer le fonctionnement social des patients, pour améliorer la qualité de vie des patients, la satisfaction dans les soins et pour diminuer le risque de victimisation.

Dans leur revue de littérature, il se dégage que la plupart des études montrant quelques bénéfices aux soins ambulatoires sous contrainte en terme de réadmission à l'hôpital et de durée de séjour présentent souvent de nombreux biais et la plupart n'incluent pas de groupe contrôle. Leurs résultats ne sont donc pas très fiables. Même lorsque les études utilisaient un groupe contrôle, il était difficile de savoir si les bénéfices obtenus étaient liés à la nature contraignante des soins ou seulement au fait que les patients avaient plus de contacts avec les professionnels de santé. Et il est difficile de savoir si les patients du groupe contrôle étaient aussi sévèrement atteints que ceux du groupe en soins sous contrainte.

Les études considérées étaient tous les essais contrôlés randomisés comparant des patients en soins ambulatoires sous contrainte avec un groupe de patients en soins classiques. Dans la

plupart des études relevées, les patients inclus présentaient une maladie mentale sévère : essentiellement des schizophrénie, ou des troubles de type schizophrénique, des troubles bipolaires ou des dépressions avec caractéristiques psychotiques).

Les mots clés utilisés pour les recherches étaient les suivants : community treatment order, involuntary outpatient treatment, involuntary outpatient commitment, supervised community treatment, extended leave, extended release or supervised discharge. Extended leave ou supervised discharge sont les termes préférentiellement employés au Canada, en Grande Bretagne ou dans le New Hampshire aux USA. Community treatment order en Australie et au Canada, et involuntary outpatient treatment ou commitment aux États-Unis.

Les résultats principaux étudiés dans l'étude sont les suivants :

- Les contacts et l'utilisation des services de santé : admission à l'hôpital, nombre de jours passés à l'hôpital
- Le fonctionnement social, en particulier : les emprisonnements, les contacts avec la police et les arrestations.

Les résultats secondaires étudiés :

- Les contacts avec les services de santé
- Le fonctionnement social : général, l'emploi, le logement
- L'état mental : général et psychopathologique
- La qualité de vie : générale et estime de soi
- La satisfaction
- Les événements indésirables : décès
- Les résultats économiques.

Les résultats de la recherche bibliographique ont relevé 71 articles potentiellement intéressants, mais 61 ne présentaient pas les critères d'inclusions. Il restait 10 articles faisant référence à 2 études. Au total 2 études ont été incluses, qui décrivaient des suivis de patients sur 12 mois. Ces 2 essais contrôlés randomisés totalisaient un nombre total de 416 patients. La plupart étaient psychotiques, âgés de plus de 18 ans et 40% étaient des femmes. Les deux études sélectionnées sont celle de Swartz 1999 basée en Caroline du Nord et celle de

Steadman 2001 à New York. Bien que le nombre d'études inclus soit faible, les deux études portaient sur un large échantillon de patients (150 par étude). Les deux études utilisaient le « American OPC » une forme de soins ambulatoires sous contrainte aux Etats-Unis. Les résultats concernaient : les réadmissions à l'hôpital, la compliance aux traitements, les contacts avec la police, le sans-abrisme et la victimisation.

En ce qui concerne les réadmissions à l'hôpital, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Pas de différence non plus en ce qui concerne la compliance au traitement, les contacts avec la police, le sans-abrisme et la satisfaction avec les soins. Seule le risque de victimisation des patients diminue avec les soins ambulatoires sous contrainte.

Des analyses supplémentaires concernant les soins ambulatoires d'une durée supérieure à 180 jours a montré qu'une durée prolongée (> 180 jours) permet de diminuer les taux d'admission, la compliance au traitement, le sans-abrisme et les problèmes judiciaires.

Dans leur discussion, les auteurs soulignent qu'il existe un nombre limité d'études portant sur les soins ambulatoires sous contrainte, malgré tous les problèmes de controverse que ce type de soins soulève. La revue de littérature ne met pas en évidence une grande efficacité de ce type de soins, mais les données collectées proviennent seulement de 2 études. Mais ces études proviennent toutes les deux des Etats-Unis sur des « court-ordered treatment » et ne sont peut-être pas applicables partout.

Cette étude entraîne des implications pour la pratique et la recherche. En ce qui concerne la pratique, les soignants devraient se questionner sur des alternatives aux soins ambulatoires sous contrainte. En ce qui concerne la recherche, il serait nécessaire de faire d'autres études afin de confirmer ou infirmer ces résultats et de voir si les résultats sont généralisables à tous les types de soins ambulatoires sous contrainte.

Un autre résultat intéressant est l'absence de travail de recherche sur les soins ambulatoires sous contrainte en dehors du monde anglophone, alors que la revue de littérature ne se limitait pas aux articles en langue anglaise.

D'autres recherches devraient s'appliquer à voir si les soins ambulatoires peuvent s'appliquer à un type particulier de patients psychiatriques. Il faudrait également s'intéresser à déterminer si les bénéfices de ces soins ambulatoires sont dus à l'intensité du traitement, à sa nature contraignante, ou à son caractère judiciaire.

C. La situation à New York : la « Kendra Law ». (Corbobbese, 2001) [14].

Suite à l'assassinat de Kendra Webdale le 4 janvier 1999, une nouvelle loi d'obligation de soins ambulatoires destinés aux malades mentaux de l'Etat a vu le jour le 4 août 1999.

Jusqu'alors, l'état de New York disposait de deux types de mesures de placement à peu de chose près superposables à nos mesures d'Hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office.

Cette nouvelle loi permet désormais d'engager une procédure afin d'obtenir un ordre judiciaire pour que des personnes atteintes de troubles mentaux reçoivent et acceptent un traitement ambulatoire.

Le traitement médicamenteux s'inscrit au sein d'un projet thérapeutique global clairement explicité par le médecin ayant effectué l'examen du patient. La procédure inclut une audience au cours de laquelle seront examinés les preuves et témoignages du médecin ainsi que, s'il le désire, celui du patient. La Cour évalue alors si le cas présente ou non les critères requis pour la mise en place de l'obligation de soins ambulatoires, auquel cas un ordre de la cour est délivré au directeur de l'hôpital (si le patient est hospitalisé) ou aux responsables des services de santé mentale communautaires. L'ordre initial est effectif pour six mois et renouvelable pour des périodes pouvant durer jusqu'à un an.

En plus du traitement médicamenteux, la loi laisse la place à une psychothérapie de groupe ou individuelle et autorise des contrôles urinaires et sanguins de médicaments afin de déterminer la compliance aux soins, mais aussi de toxiques pour les patients présentant des troubles addictifs à l'alcool ou aux drogues.

Enfin, en cas de refus, la Cour peut faire intervenir des officiers de l'ordre dans le but de conduire le patient à l'hôpital pour une période d'observation d'au moins 72h.

D. La situation au Royaume Uni (Pascal 2014) [50].

Les soins sous contrainte en ambulatoire existent et sont appelés community treatment orders ou involuntary outpatient treatments.

E. La situation en Australie.

Les soins ambulatoires sous contrainte existent et sont régis par le « New mental Health Act of Western Australia » datant de 1997 pour la Western Australia. Ils existent également dans les autres parties de l'Australie et en Nouvelle-Zélande.

Les soins ambulatoires sont ordonnés par un « Mental Health Specialist » qui doit préciser quel est le psychiatre qui s'occupera du patient, où le patient recevra ses soins, la fréquence à laquelle le praticien doit référer l'évolution au spécialiste et la durée de la mesure qui ne peut excéder trois mois à la première mise en place. Le « Mental Health Review Board » doit analyser la situation entre quatre et six mois après la mise en place de la mesure.

Une étude a été réalisée en 2002 par Preston et al : elle avait pour but de comparer le taux d'admissions à l'hôpital, le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre de contacts avec les services ambulatoires un an avant et un an après la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte. L'étude compare un groupe de patients en soins ambulatoires sous contrainte avec un groupe de patients témoins. En ce qui concerne l'utilisation des services de santé avant la date index, les sujets et les témoins ne présentaient pas de différence significative. Cependant, le nombre de jour d'hospitalisation et les contacts avec les services ambulatoires étaient significativement plus élevés pour les sujets que pour le groupe contrôle. Les résultats montrent des réductions significatives pour les deux groupes concernant les taux d'admission à l'hôpital et le nombre de jours d'hospitalisation, et une augmentation significative des contacts ambulatoires pour les sujets seulement. Les facteurs prédictifs du nombre de jours d'hospitalisation après la date index étaient l'âge, le nombre d'admissions et le nombre de jours d'admission avant la date index. Les facteurs prédictifs du nombre d'hospitalisation après la date index étaient le nombre d'admission et le nombre de contacts avec les services ambulatoires avant la date index. Les facteurs prédictifs des contacts avec les services ambulatoires étaient le taux de contacts avec les services ambulatoires avant la date index.

Les auteurs concluent que les patients qui ont été placés en soins ambulatoires sous contrainte montraient des réductions en ce qui concerne le nombre d'hospitalisation et la durée des hospitalisations, mais ces améliorations sont les mêmes que celles retrouvées pour le groupe contrôle qui n'a pas été placé sous contrainte. Cela pose la question de l'efficacité des soins ambulatoires sous contrainte.

F. Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Allemagne. (Held T. 2005; Hofmann W 2012) [25]

En Allemagne, il existe trois régimes d'hospitalisation sous contrainte :

- La loi fédérale de protection des majeurs
- Les lois des Länder sur les malades mentaux constituant un danger pour eux-mêmes
- La loi fédérale sur le traitement des délinquants irresponsabilisés.

Aucun de ces trois régimes d'hospitalisation sous contrainte ne comporte d'instruments pour réaliser les soins ambulatoires sous contrainte.

Le débat concernant l'introduction des soins ambulatoires sous contrainte a eu lieu, mais a déclenché une vague d'opposition de la part de nombreux psychiatres. Les arguments avancés sont de deux ordres :

- La possibilité d'un recours à la contrainte hypothèquerait tout dialogue avec le patient et annulerait, de ce fait, les avancées de la psychiatrie sociale.
- Il est également soutenu que les situations de crise justifient le recours à la contrainte et qu'un instrument de plus présenterait plus d'inconvénients que d'avantages.

G. Les soins sous contrainte au Danemark (Parnas, 2006) [49].

Depuis 2010 et après des années de discussion, les traitements ambulatoires médicamenteux sans consentement sont autorisés sous certaines conditions. La personne doit avoir été hospitalisée sous contrainte au moins trois fois au courant des trois dernières années, et un suivi par une équipe ambulatoire se rendant à domicile (psychosis team) doit avoir échoué. L'administration du médicament ne peut se faire que dans le cadre du service public de psychiatrie, soit en ambulatoire si le patient s'y rend lui-même ou à l'hôpital. Dans ce cas, la personne y est conduite par la police qui vient la chercher à son domicile. En 2012, environ 15 personnes dans tout le Danemark ont subi cette forme de traitement. Cette mesure peut au

maximum durer une année, après quoi il faut recommencer toute la procédures.

Les partisans des traitements ambulatoires sous contrainte les jugent moins invasifs puisqu'ils ne privent pas la personne de liberté, et économiquement favorables puisqu'ils limitent les coûts hospitaliers. Ses opposants les trouvent au contraire plus invasifs puisqu'ils nécessitent une pénétration de la sphère privée. Ces mesures traduiraient sur le plan éthique un abandon du patient, qui reste seul face à son traitement, et une fuite de responsabilité de la psychiatrie vis-à-vis des patients les plus sévèrement atteints. D'autres y voient une possibilité supplémentaire de choix : être hospitalisé contre sa volonté et traité durant une hospitalisation ou rester chez soi et être traité contre son gré. Il est à noter que cette dernière solution est souvent préférable pour des raisons éthiques, puisqu'elle laisse justement au patient une certaine forme de choix malgré la contrainte.

Hansen et al (2014) [23] rapportent le cas d'un patient schizophrène ayant bénéficié de soins ambulatoires sous contrainte au Danemark. Il s'agissait d'un patient présentant une schizophrénie paranoïde ayant plusieurs fois rechuté suite à des mauvaises observances des traitements médicamenteux. Après une année de soins ambulatoires sous contrainte, le patient n'avait pas été réadmis à l'hôpital et ses symptômes cliniques s'étaient amenuisés. A la fin de la mesure de contrainte, le patient a rapidement rechuté.

H. Les soins sous contrainte en Norvège (Parnas 2006) [49].

Il est possible de traiter en ambulatoire sous contrainte certains patients sévèrement malades, et dont on a l'expérience qu'ils répondent au médicament proposé.

En 2014, Riley et al [55] se questionnent sur le vécu des patients en soins ambulatoires sous contrainte en Norvège. Ils retrouvent que les patients se plient en général aux soins sous contrainte du fait du cadre clair et sécurisant qu'ils procurent et aussi car ils pensent que l'alternative à ces soins serait une hospitalisation complète. Mais la contrainte est également vécue comme une réduction de liberté.

I. Les soins sous contrainte en Suède (Parnas 2006) [49].

La loi suédoise ne reconnaît pas les traitements ambulatoires, mais un médecin-chef hospitalier peut donner « une permission » hors de l'hôpital, parfois de plusieurs semaines, à un patient hospitalisé d'office et qui reçoit un traitement sous contrainte, à condition qu'il le suive pendant son congé.

J. La situation en Suisse (Peter 2006) [51].

La psychiatrie Suisse est régie par un Code Civil et un Code Pénal.

L'article 43 du Code pénal reconnaît la possibilité pour un thérapeute de conduire un traitement ambulatoire. Le thérapeute, même s'il se situe dans une perspective de soins et non dans une perspective de peine, doit accepter qu'il ne jouisse pas de la même autonomie que dans une thérapie classique. Il est en effet tenu de signaler les ruptures de traitement et les éventuelles récidives à l'autorité de surveillance et doit lui rendre un rapport d'évolution tous les six mois en signalant les ruptures de traitement. L'autorité judiciaire désigne le thérapeute. Le service pénitentiaire vérifie que les thérapies ambulatoires sont effectivement appliquées, et en cas d'échec, décide de la révocation de sursis.

En général, le tribunal s'appuie sur l'expertise psychiatrique pour prononcer une obligation de traitement selon l'article 43, mais il conserve une marge d'appréciation et n'est pas tenu de suivre l'avis de l'expert.

Depuis la révision du Code pénal en 2007, on compte environ 600 à 700 mesures de soins sous contrainte prononcées par année. Plus de la moitié sont des mesures ambulatoires.

En Suisse, le juge peut encourager le patient à prendre un traitement médicamenteux, mais il ne peut pas l'y contraindre, car en Suisse le droit à disposer de soi-même prévaut. Aucun traitement ne peut être administré au patient contre son gré.

Le Code civil a été modifié en 2013 : il a introduit des mesures de soins ambulatoires sous contrainte qui peuvent astreindre un individu à un traitement sans forcément le faire hospitaliser. L'article 347 mentionne que « le droit cantonal règle la prise en charge de la personne à sa sortie de l'institution » et que « les cantons peuvent prévoir des mesures ambulatoires ». C'est donc aux cantons d'organiser la mise en place des mesures ambulatoires. Ces mesures doivent avoir une durée maximum. Certaines justices cantonales sont maintenant

en droit d'imposer légalement un traitement médicamenteux à une personne souffrant de troubles mentaux.

Morandi et al (2013) [44] passent en revue les différentes mesures prises dans chaque canton Suisse pour mettre en place les soins ambulatoires sous contrainte et soulignent les différences entre eux. Ils soulignent la grande variabilité des mesures prises entre les différents cantons. La mesure est souvent peu détaillée notamment concernant l'utilisation des traitements médicamenteux. La durée maximum des soins ambulatoires sous contrainte n'est pas présente pour douze des cantons.

K. La situation en Hongrie (Tringer 2006) [60].

Dans la législation hongroise, le traitement obligatoire en ambulatoire n'existe que dans un cadre très limité : le juge peut prendre une telle décision à l'encontre de personnes toxicomanes (dans des cas de forte dépendance) ou alcooliques (avec délinquances mineures). Avant 1972 (la loi sur la santé), le juge pouvait obliger le patient délinquant à se faire traiter en ambulatoire, mais la loi de 1972 a supprimé cette possibilité. Aujourd'hui, le juge ne peut que proposer un tel traitement, auquel le patient délinquant se soumet ou non (dans un établissement, bien sûr civil).

Le traitement obligatoire ne peut être effectué qu'après le verdict judiciaire.

Une discussion est en cours pour réintroduire le traitement ambulatoire sous contrainte, mais dans des conditions différentes de celles d'avant 1972.

L. Situation en Espagne. (Inchauspe J.A. 2005 [28]; Ventura Mas S, 2011 [71]; Garcia-Ribera C, 2012 [16]).

Il existe un modèle de soins ambulatoires.

Le code pénal prévoit des mesures avec « privation de liberté » et d'autres mesures de sûreté sans « privation de liberté », y compris les soins ambulatoires (pour une durée ne pouvant pas dépasser 5 années). Pendant l'exécution de la sentence, le juge peut remplacer une mesure de sûreté par une autre plus appropriée.

Le code civil espagnol ne prévoit pas les soins ambulatoires sous contrainte. Ceux-ci ne seraient possibles que pour les patients sous tutelle.

Il n'y a pas d'instrument juridique pour obliger le malade à se soigner en ambulatoire contre sa volonté, sauf s'il a commis un délit.

Parfois le juge prononce des mesures d'incapacité et de tutelle pour des malades psychotiques, car cela permet les soins ambulatoires sous contrainte.

Le débat est entamé en Espagne depuis quelques années sur la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte. L'organisation des familles de malades mentaux (la Feafes) a proposé de modifier l'article 763 du Code civil, celui qui considère le placement involontaire, dans les termes suivants :

« Le juge pourra également autoriser des soins involontaires pour cause de maladie mentale ou une période d'observation diagnostique, lorsque l'état de santé du patient l'exige, d'après les rapports d'un spécialiste, audience de l'intéressé, rapport d'un médecin expert auprès des tribunaux et du ministère public. La décision devra comporter le plan de traitement, les mécanismes de contrôle et le dispositif de soins responsable qui devra émettre des rapports de l'évolution et suivi, au moins tous les trois mois, et proposer la continuité, des changements ou l'arrêt des mesures adoptées. Le délai maximum d'application de ces mesures sera de dix-huit mois ».

Certains s'opposent à cette proposition, notamment l'Associacion Espanola de Neuropsiquiatria (AEN), devant les arguments suivants :

- L'absence d'évidence scientifique suffisante pour les soins ambulatoires sous contrainte
- L'absence de consensus suffisant au niveau européen
- La limitation des soins involontaires à la pharmacothérapie, sans adhésion à un projet plus global, psychothérapeutique et de réhabilitation
- Les obstacles à la participation du patient dans la prise de décision et donc du projet thérapeutique
- L'imprécision du projet.

En 2010, Hernandez et al [26] publient une étude sur l'efficacité des soins ambulatoires sous

contrainte concernant la réduction des hospitalisations en psychiatrie. L'objectif de cette étude est de montrer l'efficacité de ce type de mesure sur le nombre d'urgences, le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation. Cette étude rétrospective se déroule dans la ville de Valence où les soins ambulatoires sous contrainte existent. Le groupe contrôle est constitué de patients ayant été hospitalisés sous contrainte à Valence. Dans l'étude les auteurs comparent sur une durée de 6 mois le nombre d'urgences, le nombre d'hospitalisation entre les deux groupes. Pour chaque patient sont collectées les données suivantes : âge, sexe, diagnostic psychiatrique, le motif de l'admission à l'hôpital ayant conduit à la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte, le nombre d'admissions à l'hôpital, le nombre d'urgences psychiatriques, le nombre de jours d'hospitalisation.

Les résultats retrouvent les données suivantes : l'âge moyen était de 41,5 +/- 11,6 pour le groupe témoin et 41,4 +/- 10,2 dans le groupe contrôle. Les deux groupes sont constitués environ de 2/3 d'hommes. Plus des 2/3 des patients ont un diagnostic de schizophrénie. Les raisons les plus fréquentes d'admission sous contrainte à l'hôpital étaient la non compliance thérapeutique pour le groupe témoin et les symptômes positifs pour le groupe contrôle.

Après les 6 mois de l'étude, les auteurs ne trouvent pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre d'urgences et la durée moyenne de séjour à l'hôpital.

En 2012, Canete et al [6] publient un article sur la situation en Espagne concernant les soins ambulatoires sous contrainte.

Ils reprennent la législation concernant les soins ambulatoires sous contrainte comme expliquée ci-dessus. Ils présentent les différentes expériences de soins ambulatoires sous contrainte dans plusieurs villes espagnoles.

Dans la ville de San Sebastian, entre 1997 et 2003, les soins sous contrainte ambulatoires ont été expérimentés sur 45 patients. La conclusion de cette expérience est que ces soins sont utiles pour les patients avec un diagnostic de psychose et qu'ils permettent d'introduire les thérapies utiles pour le patient, qu'il refusait auparavant. Cette modalité de soins semble donc utile pour une minorité de patients.

A Barcelone, il existe deux cours spécialisée dans les soins sous contrainte. La cours n°59 utilise les soins ambulatoires sous contrainte depuis 1999 comme une mesure alternative à des procédures plus coercitives telles qu'une hospitalisation complète.

Dans la ville de Valence, les soins ambulatoires sous contrainte existent depuis 2003 : il y a 140 patients bénéficiant de cette mesure. 66% sont des hommes et la plupart sont âgés

d'environ 40 ans. Les raisons les plus fréquentes ayant conduit à la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte sont les ruptures thérapeutiques (63%), les intentions de ne pas suivre le traitement (24%) et un comportement agressif (13%). Les psychiatres rapportent que pour 72% des patients cela a permis une évolution positive.

Pour l'instant, il n'existe pas de cadre légal pour les soins ambulatoires sous contrainte en Espagne, mais leur utilisation est possible dans certaines villes.

En 2014, Lera-Catalayud et al [33] publient une étude rétrospective observationnelle conduite sur tous les patients (n = 140) recevant des soins ambulatoires sans consentement dans la ville de Valence en Espagne. Ils comparent l'utilisation des services hospitaliers (soins d'urgence, services d'admission et séjours) durant les 12 mois précédents et suivant l'introduction des soins ambulatoires sous contrainte. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité des soins ambulatoires sous contrainte dans la prévention des rechutes chez les patients ayant une maladie mentale sévère. Les résultats retrouvent une forte diminution du nombre d'admissions en soins psychiatriques et du nombre de jours passés dans les services psychiatriques chez les patients schizophrènes ou schizo-affectifs. Il existe également une réduction des consultations aux urgences chez les patients schizophrènes.

M. La situation en Italie (Ballerini, 2005) [1].

La loi 180 prévoit deux dispositifs pour les soins sous contrainte : le traitement médical obligatoire (trattamento sanitario obbligatorio ou TSO) et le contrôle médical obligatoire (accertamento sanitario obbligatorio ou ASO). Le TSO s'effectue par hospitalisation dans un service psychiatrique, alors que l'ASO assez peu employé, et ayant pour seul but le diagnostic d'une éventuelle maladie mentale, s'effectue dans une structure ambulatoire.

L'hypothèse des soins ambulatoires sous contrainte a déjà été débattue en Italie, mais n'a jamais recueilli l'assentiment ni des hommes politiques, ni des psychiatres.

N. La situation aux Pays-Bas (Pascal 2014) [50].

En 2004, la loi BOPZ qui régit les soins sous contrainte aux Pays-bas a introduit la notion d'un « placement conditionnel », qui permet de traiter quelqu'un sous contrainte en milieu extra-hospitalier. Tant que le patient respecte les conditions de son contrat et qu'il n'y a donc pas de « danger », il n'y a pas d'hospitalisation sous contrainte.

O. La situation en Israël [].

Les soins ambulatoires sous contrainte existent en Israël depuis 1991.

Une étude de Greenberg et al, de 2003 [19] compare deux groupes de patients ayant été hospitalisés sous contrainte. Un groupe bénéficie de soins ambulatoires sous contrainte à sa sortie, l'autre non. Les patients sont suivis sur une période de deux ans. En comparant la période de suivi avec les deux années précédant la contrainte, les résultats montrent que le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation ont été considérablement réduits après la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte.

En 2012, Oyffe et al [47] publient un article dans lequel ils expliquent que les soins ambulatoires sans consentement constituent une alternative à l'hospitalisation. Mais pour qu'ils soient efficaces il faut qu'ils soient bien organisés.

IV. Evaluation de la dangerosité psychiatrique [22].

A. Notion de dangerosité psychiatrique.

Le PDS ambulatoire soulève la notion d'évaluation de la dangerosité psychiatrique.

La HAS a émis un référentiel en mars 2011 sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques et des troubles de l'humeur.

La HAS reprend le concept de dangerosité aussi appelé risque de violence.

La dangerosité est une notion complexe qui s'est développée à la fin du XIX^e siècle et qui a

repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique. Le mot dangerosité renvoie au caractère dangereux, le terme dangereux étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose.

La dangerosité est une perception subjective.

Parler de dangerosité, fait évoquer la notion de violence. La violence étant l'acte par lequel s'exerce la force. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en donne une définition plus large : il s'agit de « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».

La violence doit être différenciée de l'agression et de l'agressivité, l'agression étant une attaque contre les personnes ou les biens, attaque violente, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales, et l'agressivité une « intention agressive sans acte agressif ».

Lors d'une audition publique organisée en janvier 2007 par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale, les recommandations ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte ».

Du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale, il existe une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Il n'en demeure pas moins que le risque existe et doit être pris en compte par le praticien qui se doit de réaliser une évaluation clinique rigoureuse du risque de violence. Il faut également séparer différents risques de violence :

- Violence hétéro-agressive
- Violence auto-agressive : automutilations, suicides
- Violences subies par les personnes souffrant de troubles mentaux.

L'HAS établi 2 tableaux de facteurs associés à la violence hétéro-agressive.

B. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les

patients ayant des troubles schizophréniques.

Facteurs généraux.	Facteurs spécifiques.
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Age jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénie de forma paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité anti-sociale comorbide (héboïdophrénie)
Antécédents.	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou l'adolescence - Antécédent de victimisation - retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Idées, fantasmes et propos de violence - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels.	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - être victime de violence dans l'année - divorce ou séparation dans l'année - sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'insight - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture de suivi psychiatrique - Non observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation.

Tableau 1 : facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant un trouble schizophrénique.

C. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les

patients ayant des troubles de l'humeur.

Facteurs généraux.	Facteurs spécifiques.
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> – Age jeune < 40 ans – Genre masculin – Statut économique précaire – Faible niveau d'éducation – Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> – Trouble bipolaire type 1 > type 2 – Episode dépressif caractérisé – Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide – Personnalité antisociale comorbide – Etat mixte – Episodes dépressifs récurrents brefs
Antécédents.	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> – antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération – Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool – Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou l'adolescence – Antécédent de victimisation – retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> – Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution – Impulsivité, hostilité – Symptomatologie mélancolique – Idées suicidaires – Péjoration de l'avenir, incurabilité.
Facteurs contextuels.	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> – être victime de violence dans l'année – divorce ou séparation dans l'année – sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> – Défaut d'accès aux soins – Incapacité à demander de l'aide – Dénier des troubles et faiblesse de l'insight – Longue durée de psychose non traitée – « Pseudo-alliance thérapeutique » – Rupture de suivi psychiatrique – Non observance médicamenteuse – Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation.

Tableau 2 : facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant un trouble de l'humeur.

D. Evaluation de la violence.

Il existe des signes d'alerte généraux comme pour toute violence : ces signes permettent une anticipation des moments de violence. Et il existe également des signes d'alerte spécifiques comprenant des signes ou des symptômes relevant de la clinique des états de décompensation.

Il faut différencier différents types de violence :

- Agression verbale
- Violence contre les objets
- Violence contre soi-même
- Violence contre autrui.

Il faut également anticiper et repérer le risque de violence à partir de plusieurs sources :

- Le patient lui-même
- Son entourage
- Le médecin traitant, le psychiatre
- Les aidants de proximité
- Les professionnels de santé et médico-sociaux : psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux...

Les signes d'alerte en cas de trouble schizophrénique :

- La nature du délire paranoïde : injonctions hallucinatoires, idées de persécution, d'influence ou de grandeur, notamment quand elles sont polarisées sur des tiers, délires passionnels, délires de filiation (risques intrafamiliaux ou envers les soignants)
- Une sémiologie médico-légale préoccupante : délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en voie de constitution
- Les antécédents personnels de trouble des conduites (personnalité antisociale, traits psychopathiques)
- La consommation de substance psycho-actives ou la majoration de cette consommation (alcool, psychostimulants, cannabis...)
- La symptomatologie négative serait moins associée à un comportement violent; elle est cependant à considérer notamment lors d'une aggravation des troubles du cours de la pensée, de modifications des fonctions cognitives ou de syndrome psycho comportemental des états catatoniques.

Les signes d'alerte en cas de trouble de l'humeur :

- Importance de la douleur morale, de la détresse exprimée et du désespoir
- Idées délirantes congruentes ou non à l'humeur
- Idées de ruine et d'indignité
- Anesthésie affective

Au décours d'un état dépressif, en particulier s'il est de nature mélancolique ou s'il existe des troubles de la personnalité de type narcissique, on peut craindre des passages à l'acte graves : infanticide, suicide, homicide altruiste, mise en danger de la collectivité (par exemple dans un suicide au gaz), ...

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents, mais généralement moins graves que dans la dépression.

Plus il y a des comorbidités et plus il y a de risques. L'abus de substances psycho-actives et l'association à une personnalité antisociale augmentent les risques également.

Mais question : la notion de dangerosité psychiatrique est-elle suffisante pour mettre en place un PDS ambulatoire ?

Quel est le but recherché en mettant en place un PDS ambulatoire ? Protéger le patient contre lui-même et contre autrui ? Protéger la société des comportements violents potentiels des malades mentaux ? Se protéger en tant que médecin des possibles passages à l'acte de son patient ?

V. Présentation du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

Il s'agit d'un établissement hospitalier public départemental de santé s'adressant à la population de la Haute-Garonne. Plus de 1200 agents assurent le suivi d'environ 13 000 patients dans des structures de soins réparties sur l'ensemble du département. Le site historique est situé au 134, route d'Espagne et accueille les patients hospitalisés à temps complet.

Gérard Marchant fut un médecin toulousain, élève de Jean-Baptiste Delaye, avec lequel il travaillera pour la construction de l' « Asile de Braqueville ». Gérard Marchant deviendra le premier directeur de l'asile. C'est en 1937, alors que les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques que l'asile de Braqueville sera rebaptisé « Centre hospitalier Gérard Marchant ».

L'hôpital ouvert en 1858, a été très gravement endommagé à deux reprises : lors de la seconde guerre mondiale dans la nuit du 2 mai 1944, et lors de l'explosion d'AZF le 21 septembre 2001.

A. Histoire du Centre hospitalier Gérard Marchant.

La création de l'établissement s'inscrit dans l'histoire de la psychiatrie française, depuis l'isolement comme fondement des pratiques asilaires jusqu'à la définition de la psychiatrie comme spécialité médicale, jusqu'au mouvement de désinstitutionalisation rendu possible par les progrès de la psychopharmacologie et le développement des soins ambulatoires sectorisés.

La conjonction d'une réponse hospitalière à l'accueil des malades mentaux, traduite par la loi du 30 juin 1838 d'inspiration humaniste sur les asiles départementaux et les internements, avec la considération par les aliénistes que la folie est une maladie, consacre le point de départ de psychiatrie moderne et le début de l'histoire du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

1. De Braqueville à Marchant : de l'asile au centre.

En 1822, à l'hôpital La Grave de Toulouse, la supérieure, la soeur Chagny, obtient de l'administration les fonds nécessaires pour faire construire des bâtiments appropriés pour les aliénés.

A l'instar de Pinel et du surveillant Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière, elle incarne à Toulouse celle qui a libéré les aliénés de leurs chaînes et leur a accordé des soins et de l'intérêt. Le lieu demande cependant de nombreuses réformes pour le transformer d'un lieu de détention à un lieu de traitement.

A la fin de l'année 1826, le Docteur Jean-Baptiste Delaye est nommé médecin chef du quartier des aliénés de La Grave sur proposition d'Esquirol. En 1835, La Grave compte 321 aliénés et le Docteur Delaye a considérablement contribué à améliorer leurs conditions de vie. Il participe à un projet de construction d'une maison privée pour les malades mentaux et c'est pour cette raison que la construction de l'asile public ne lui sera pas confiée. C'est donc à son élève et adjoint le Docteur Gérard Marchant que sera confiée la tâche.

En 1850, le conseil général vote la construction de l'asile de Haute-Garonne aux frais du département : l'endroit choisi est le lieu-dit « Braqueville » du domaine de Gironis.

2. Construction de 1852 à 1864.

L'architecte chargé de la construction des locaux de l'asile fut Jean-Jacques Esquié. L'avant-projet fut imaginé en 1850 et la construction commença en 1852 pour se terminer en 1864. En 1867, l'asile de Braqueville reçut le deuxième prix pour l'architecte et son chef-d'oeuvre, à l'exposition universelle de Paris. Débuté en 1852, le chantier de l'Asile de Braqueville est d'une rare ampleur. La main-d'oeuvre est abondante, et certains malades de La Grave sont mis à contribution pour certaines tâches. Les travaux s'achèvent 12 ans après leur commencement, en 1864. Cette longue durée de travaux est en partie imputable aux manques de moyens financiers. L'asile ouvre ses portes le 1er juillet 1858, même si les travaux ne sont pas encore terminés. Gérard Marchant est nommé médecin directeur : rapidement il investit l'établissement avec 260 aliénés de l'hôpital La Grave.

Ce modèle d'architecture hospitalière allie pour l'époque à la fois fonctionnalisme et esthétique. L'ensemble des 25 bâtiments s'organise dans une symétrie parfaite, séparant les

catégories de patients dans des pavillons distincts. A des fins d'économie, il privilégie l'emploi de matériaux régionaux, telle que la grande brique foraine toulousaine.

3. Le XX^e siècle.

Au cours du XX^e siècle, l'hôpital connaîtra plusieurs épreuves et transformations, par suite de l'implantation du site industriel voisin (l'Office National Industriel de l'Azote et la Poudrerie Nationale) qui provoquera l'exode de patients. En effet, voué à la production d'armement, le site est la cible de bombardements durant la Seconde Guerre Mondiale qui détruisent en 1944 deux quartiers entiers de l'hôpital. Vient ensuite l'époque de la reconstruction entre 1947 et 1961.

Vers 1950, l'arrivée des neuroleptiques va complètement modifier les méthodes de soins et le travail des soignants. A la fin des années 1960, le bloc technique comprenant pharmacie, laboratoire, électroencéphalographie, radiographie et consultations est ouvert. Il précède l'inauguration d'un centre social et des activités médiatisées et d'un service pour enfants, avant l'installation de lits d'urgences, d'admission et des places d'hôpitaux de jour.

La mise en place de la sectorisation en 1960, spécificité de la psychiatrie française impose une refondation majeure de l'hôpital. Avant guerre, l'Etablissement a compté jusqu'à 1500 patients, mais aucun n'était alors soigné en dehors de l'hôpital. Aujourd'hui, 360 patients sont hospitalisés et près de 10 000 soignés à l'extérieur du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

Le 19 octobre 1971, l'hôpital devient hôpital public départemental autonome. A partir de là, l'établissement sera dirigé par un directeur administratif nommé par le Ministre de la Santé.

4. D'AZF à nos jours.

Le vendredi 21 septembre 2001, à 10h17, l'usine AZF explose provoquant la mort de 30 personnes dont 22 dans l'usine et 8 à l'extérieur. On dénombre 2500 blessés. Toulouse est ravagée et l'hôpital Marchant voisin de l'usine AZF est dévasté. A la suite de l'explosion d'AZF, le centre hospitalier Gérard Marchant est entièrement évacué. Il comprend alors 350 patients et 1000 employés. On compte de nombreux blessés. Le traumatisme est profond et laissera des traces durables. Dans la soirée du 21 septembre, 350 patients ont trouvé un hébergement dans 44 structures différentes réparties sur toute la région. C'est le début d'un

long exil aussi bien pour les patients que pour les soignants : en effet les équipes continuent leurs prises en charge dans les hôpitaux d'accueil parfois à plus de 100 km de Marchant.

Suite à cette catastrophe, le Centre Hospitalier Gérard Marchant est contraint à restructurer différemment son offre de soins. Sa physionomie architecturale subit des transformations radicales. Depuis cette date, l'hospitalisation des patients ne se fait plus dans les pavillons pensés au XIX^e siècle mais dans de nouveaux locaux de plain-pied éparpillés dans le parc. En 2002, six pavillons accueillent de nouveau les patients sur le site et 120 lits d'hospitalisation sont installés à l'hôpital Larrey. Mais ce n'est qu'en 2005 avec l'ouverture de 7 pavillons d'admission que la page AZF se tourne. Les travaux s'achèveront en 2012, plus de dix ans plus tard.

B. L'organisation actuelle de la psychiatrie en Haute Garonne.

Actuellement, la psychiatrie adulte en Haute-garonne est divisée en 8 secteurs, divisant le département en 8 :

Les secteurs 1, 2 et 6 correspondent au Pôle Rive Gauche

Les secteurs 3 et 8 correspondent au Pôle Rive droit Nord-Est

Les secteurs 4 et 5 correspondent au Pôle Rive Droit Sud-Est.

Ces 7 secteurs sont rattachés à l'hôpital Gérard Marchant.

Le secteur 7, est quant à lui rattaché à l'hôpital universitaire de Purpan.

A ces 8 secteurs s'ajoute un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ce dernier dénommé Service Médico-Psychologique Régional est rattaché à l'hôpital Gérard Marchant. Il prend en charge les patients écroués à la maison d'arrêt de Seysses et au Centre de détention de Muret. En 2012 a ouvert une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, qui a pour vocation d'accueillir des patients incarcérés nécessitant des soins psychiatriques en milieu hospitalier.

**Partie 3 : Première étude: Avis des Praticiens
Hospitaliers concernant le Programme de Soins.**

I. Introduction.

Le programme de soins ambulatoire est une nouvelle modalité de soins introduite par la loi du 5 juillet 2011. Il n'existe aucune recommandation sur le type de patient pour lesquels ce type de soins pourrait être utile. La mise en place d'un programme de soin ambulatoire repose sur la décision du praticien qui prend en charge le patient. Dans le cadre de notre travail, nous avons voulu essayer de déterminer sur quels critères se basent les praticiens pour mettre en place de tels soins.

II. Construction du questionnaire.

Pour élaborer ce questionnaire, nous nous sommes basés sur les recommandations de l'HAS concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique (HAS, 2011) [22]. Ce référentiel reprend les différents critères à prendre en compte pour évaluer la dangerosité des patients atteints d'une maladie mentale :

- Les facteurs sociodémographiques
- Les antécédents du patient
- Les facteurs contextuels
- Le diagnostic actuel
- Les symptômes
- Les facteurs liés aux soins.

Nous avons essayé d'adapter un peu ces critères pour essayer de savoir lesquels sont pris en compte par les praticiens lorsqu'ils décident de mettre en place un PDS.

En nous inspirant de Bourelle nous avons également pensé que d'autres critères d'ordre plus éthique rentraient en compte dans la prise de décision de mettre en place un programme de soin, tels que construire une relation de soin avec le patient, tenter créer une alliance thérapeutique, faire accepter au patient sa maladie, la nécessité d'un traitement,

d'un suivi, créer un cadre contenant pour le patient...

III. Le questionnaire.

Cf. page suivante.

**CRITÈRES POUR METTRE EN PLACE UN PROGRAMME DE SOIN
AMBULATOIRE.**

Quels critères prenez-vous en compte pour mettre en place un programme de soin ambulatoire ?

	OUI	NON
Facteurs socio-démographiques.		
- Age jeune < 40 ans		
- Genre masculin		
- Statut économique précaire		
- Faible niveau d'éducation		
- Célibat		
Facteurs liés aux antécédents		
- Antécédents personnels de prise en charge par le SMPR ou l'UHSA au cours d'une incarcération		
- Antécédents d'auto-agressivité (automutilations...)		
- Antécédents de violence		
- Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool		
- Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou l'adolescence		
- Rechutes fréquentes en lien avec des ruptures de soin		
- Antécédent d'hospitalisation en ASDT (> 1 dans l'année)		
- Antécédents d'hospitalisation en ASDRE (> 1 dans l'année)		
Facteurs liés aux soins		
- Soins pénalement ordonnés (injonction ou obligation de soin)		
- Défaut d'accès aux soins (difficultés liés à l'éloignement du CMP, peu de transports...)		
- Incapacité à demander de l'aide		
- Dénier des troubles et faiblesse de l'insight		
- Longue durée de psychose non traitée		
- Mauvaise alliance thérapeutique		
- Mauvaise observance médicamenteuse		
- Insuffisance du suivi au décours immédiat de l'hospitalisation (défauts de moyen permettant un suivi régulier)		
- Existence d'une personne ressource		
- Si existence d'une personne ressource : fiabilité de celle-ci		
Diagnostic actuel		

<u>Trouble schizophrénique :</u>		
- Thème du délire		
- Antécédents de passage à l'acte grave (hétéro-agressivité, violence, homicide...)		
- Automatisation mentale		
- Association à un trouble du cours de la pensée		
- Trouble de l'humeur associé		
- Retentissement/conséquences sociales du délire		
- Anosognosie des troubles		
- Existence d'un trouble de personnalité sous-jacent (en particulier psychopathique)		
- Sémiologie du trouble : idées de persécution, de grandeur...		
<u>Trouble de l'humeur :</u>		
- Antécédent de tentative de suicide (dont au moins une TS grave)		
- Existence d'un délire associé		
- Anosognosie des troubles		
- Existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent.		
- Antécédent de symptomatologie mélancolique		
- Idées suicidaires « fluctuantes »		
<u>Autres troubles :</u>		
- Délire chronique persistant (paranoïa...)		
- Autre		
<u>Pour tous les troubles :</u>		
- Comorbidité addictive		
Processus décisionnel du thérapeute :		
- Pour permettre une sortie plus rapide d'hospitalisation ?		
- Pour garantir la prise du traitement médicamenteux ?		
- Pour essayer de faire accepter :		
- les soins ?		
- le traitement ?		
- la maladie ?		
- Pour protéger une personne malade et vulnérable ?		
- Pour donner un cadre contenant et protecteur au patient ?		
- Pour viser à terme l'autonomie du patient ?		
- Pour tenter de construire une relation de soin ? une alliance thérapeutique ?		

- Pour protéger l'entourage du patient ?		
Autres questions :		
Le patient est en rémission mais vous pensez que le cadre du programme de soin le sécurise et empêche la rechute : maintenez-vous le programme de soin ambulatoire ?		
Si vous maintenez le programme de soin : pourquoi ?		

Quels sont vos commentaires éventuels sur la mise en place d'un programme de soin ambulatoire ?

Tableau 3 : Questionnaire distribué aux praticiens hospitaliers.

IV. Recueil des données et résultats.

A. Recueil des données.

. Le questionnaire a été présenté à la CME de l'hôpital Gérard Marchant en janvier 2015.

Il a ensuite été distribué à l'ensemble des praticiens de l'hôpital Gérard Marchant, ainsi qu'aux praticiens du Nouvel Hôpital Psychiatrique du CHU de Purpan, correspondant au secteur 7.

Au total, 21 praticiens ont répondu au questionnaire.

B. Résultats.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	OUI	NON
Facteurs sociodémographiques.		
- Age jeune < 40 ans	2	18
- Genre masculin	4	16
- Statut économique précaire	3	17
- Faible niveau d'éducation	5	15
- Célibat	6	15
Facteurs liés aux antécédents		
- Antécédents personnels de prise en charge par le SMPR ou l'UHSA au cours d'une incarcération	9	11
- Antécédents d'auto-agressivité (automutilations...)	11	9
- Antécédents de violence	19	1
- Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool	9	11
- Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou l'adolescence	3	18
- Rechutes fréquentes en lien avec des ruptures de soin	20	

- Antécédent d'hospitalisation en ASDT (> 1 dans l'année)	14	6
- Antécédents d'hospitalisation en ASDRE (> 1 dans l'année)	16	4
Facteurs liés aux soins		
- Soins pénalement ordonnés (injonction ou obligation de soin)	4	15
- Défaut d'accès aux soins (difficultés liés à l'éloignement du CMP, peu de transports...)	6	14
- Incapacité à demander de l'aide	17	3
- Déni des troubles et faiblesse de l'insight	21	
- Longue durée de psychose non traitée	7	13
- Mauvaise alliance thérapeutique	18	3
- Mauvaise observance médicamenteuse	19	1
- Insuffisance du suivi au décours immédiat de l'hospitalisation (défauts de moyen permettant un suivi régulier)	10	10
- Existence d'une personne ressource	9	11
- Si existence d'une personne ressource : fiabilité de celle-ci	9	11
Diagnostic actuel		
<u>Trouble schizophrénique :</u>		
- Thème du délire	10	10
- Antécédents de passage à l'acte grave (hétéro-agressivité, violence, homicide...)	19	2
- Automatismes mentaux	8	12
- Association à un trouble du cours de la pensée	7	13
- Trouble de l'humeur associé	8	12
- Retentissement/conséquences sociales du délire	16	5
- Anosognosie des troubles	20	1
- Existence d'un trouble de personnalité sous-jacent (en particulier psychopathique)	13	8
- Sémiologie du trouble : idées de persécution, de grandeur...	11	9
<u>Trouble de l'humeur :</u>		
- Antécédent de tentative de suicide (dont au moins une TS grave)	12	8
- Existence d'un délire associé	9	10
- Anosognosie des troubles	18	3
- Existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent.	10	11
- Antécédent de symptomatologie mélancolique	7	13
- Idées suicidaires « fluctuantes »	6	14
<u>Autres troubles :</u>		

- Délire chronique persistant (paranoïa...)	15	5
- Autre	4	11
<u>Pour tous les troubles :</u> - Comorbidité addictive	11	9
Processus décisionnel du thérapeute :		
- Pour permettre une sortie plus rapide d'hospitalisation ?	10	10
- Pour garantir la prise du traitement médicamenteux ?	16	5
- Pour essayer de faire accepter :		
- les soins ?	18	3
- le traitement ?	18	3
- la maladie ?	15	6
- Pour protéger une personne malade et vulnérable ?	16	4
- Pour donner un cadre contenant et protecteur au patient ?	21	
- Pour viser à terme l'autonomie du patient ?	14	6
- Pour tenter de construire une relation de soin ? une alliance thérapeutique ?	20	1
- Pour protéger l'entourage du patient ?	14	6
Autres questions :		
Le patient est en rémission mais vous pensez que le cadre du programme de soin le sécurise et empêche la rechute : maintenez-vous le programme de soin ambulatoire ?	16	5
Si vous maintenez le programme de soin : pourquoi ?		

Tableau 4 : Résultats du questionnaire pour les praticiens hospitaliers.

Si vous maintenez le programme de soin : pourquoi ?

Dr A.

« Pour éviter les rechutes et ruptures de traitement chez des patients ayant eu de nombreuses hospitalisations dans ce contexte. Il arrive même (c'est le cas pour un de mes patients) que ce soit le patient qui demande son maintien pour éviter les rechutes. »

Dr B.

« Patient qui a déjà arrêté le traitement après 6 mois hors mesure et a présenté un trouble grave du comportement qui aurait pu entraîner de nombreuses victimes : la rémission c'est une chose mais l'adhésion au traitement prend souvent plus de temps. Donc maintien de la mesure le temps suffisant pour qu'il intègre la nécessité de prendre son traitement injectable une fois par mois, le temps qu'il faudra ».

« Demandes de réassurance de patient :

- Patient qui n'est qu'en rémission très partielle et reste délirant vis à vis du monde extérieur persécuteur : le cadre est protecteur, les soins des intermédiaires utiles
- Demande d'une autre patiente qui reste ambivalente quand à la poursuite des soins qu'elle reconnaît nécessaires et ne veut pas avoir à choisir de prendre ou non le traitement et d'avoir ou non un suivi sur une durée, a besoin d'une mesure tierce, autorité qui lui a fait défaut par le passé avec une souplesse nécessaire et un bon accrochage relationnel ».

« Pour les autres patients que j'ai en programme de soin ambulatoire (8-11 à ce jour), la rémission c'est l'objectif mais il n'y sont pas encore, avec des facteurs de risque (isolement, toxiques, symptomatologie importante) de rechute rapide si le cadre de soins n'était plus assuré et d'autres où la mesure s'allègent avant d'être levée prochainement. »

Dr C.

« Evaluation multidisciplinaire du rapport bénéfice-risque, notamment en cas d'antécédents de passage à l'acte grave »

Dr D.

« Pour prévenir l'interruption des soins ».

Dr E.

« Notion d'anosognosie totale ou partielle

Ambivalence psychotique importante

Importance du cadre symbolique

Importance de la stabilisation au long cours pour augmenter les chances de resocialisation, de reprise d'une activité professionnelle et les effets dévastateurs des rechutes multiples ».

Dr F.

« Pour éviter la rechute »

Dr G.

« Afin d'éviter une rechute, quand j'ai l'impression que certes le patient est en rémission, mais n'a pas pour autant reconnu sa pathologie et accepté les soins qui vont avec. Cette décision est de tout manière requestionnée lors des collègues médicaux. »

Dr H.

« La stabilité sur le plan thérapeutique est souvent le fruit d'un équilibre instable faisant intervenir de multiples composants.

Lorsque l'équilibre est complexe à obtenir, ce qui est généralement le cas des patients en programme de soins, le désir de le pérenniser est grand. ».

Dr I.

« Cadre de soin contenant

Risque de rechute fortement probable en cas de levée du programme de soin

Facilite la réintégration en hospitalisation complète pour un patient susceptible d'arrêter le suivi en raison de sa vulnérabilité (co-morbidité, peu d'insight) et donc de décompenser. »

Dr J.

« Oui, je maintien, car sinon perte de chance pour le patient. Le PDS permet de diminuer les rechutes ».

Dr K.

« Pour prévenir la rechute ».

Dr L.

« Le Programme de soins est régulièrement remis en question par la tenue d'un « collègue clinique » pour discuter de la mesure

Antécédents de TS graves

Antécédents de rechutes rapides +++ (« comme un coup de tonnerre... »).

Dr M.

« Rechute = imprévisible ».

Dr N.

« Non, Programme de soin juste le temps d'évaluer la stabilité et la compliance aux soins ».

Dr O.

« Permet de maintenir certains patients hors de l'hôpital ».

Commentaires éventuels des praticiens.

Dr A.

Question de l'alliance thérapeutique sous la contrainte... difficile à construire avec même certains patients qui s'opposent encore plus aux soins.

Question de la responsabilité essentiellement dans les cas de personnalité psychopathique sous-jacente ou en cas de passage à l'acte.

Je serais curieuse de connaître la durée moyenne d'un programme de soins qui pourrait éclairer sur les objectifs attendus.

L'anosognosie est pour moi un critère important dans la décision d'un programme de soin, ainsi que l'alliance thérapeutique. Pour ce qui est des autres patients, c'est le cumul qui est décisif (ex : pour les troubles de l'humeur, une tentative de suicide ou une mélancolie ne seront pris en compte qu'associés au déni, délire, trouble de la personnalité...).

Dr B.

PDS = Modalités de soins difficiles à mettre en place, contrainte pour le patient et pour les soignants.

Dr C.

« Cadre thérapeutique contenant pour le patient, possibilité accrue de travailler l'alliance thérapeutique et la prévention des ruptures thérapeutiques et ses conséquences sur l'évolution de la maladie.

Par contre lourdeur administrative et difficultés de planification au niveau des consultations dans des espaces dédiés.

Problématique d'organisation des réintégrations tant au niveau du personnel soignant que de la gestion des lits d'admission. ».

Dr D.

« Les PDS sont rares sur le secteur 8.

Flou juridique et flou sur les données scientifiques d'efficacité

Nécessité à mon sens d'être discuté en multidisciplinaire, car risque de distorsion du cadre de soins ».

Dr E.

« En répondant à ces questions, je passe en revue les 7 ou 8 personnes que j'ai en programme de soins et je me rends compte que pour être serein dans la conduite d'un programme de soins, il faut avoir la conviction d'une observance médicamenteuse (traitement retard, passage infirmier). Il me semble que l'un ne va pas sans l'autre. »

Dr F.

« Je pense que la seule et unique indication de la mise en place d'un programme de soins ambulatoire est le défaut de dispositif intrapsychique de protection vis-à-vis de la pulsion agressive. Et ce, que ce défaut soit installé de manière native ET en lien avec une psychopathologie, ou qu'il soit présent uniquement à l'occasion des décompensations. La loi externe venant se substituer à l'absence de « loi interne ». Tous les paramètres cités ne sont que des éléments d'appréciation de l'existence ou pas du dispositif intrapsychique protecteur. ».

Dr G.

« Je suis à la place du psychiatre, recevant le patient en programme de soins.

L'indication de programme de soins est posée par l'équipe médicale lors de l'hospitalisation complète sous contrainte.

Le programme de soins sous contrainte est un support, un cadre permettant de travailler l'alliance thérapeutique et l'observance thérapeutique.

Je n'ai aucune expérience clinique chez des patients présentant des épisodes dépressifs majeurs. »

Dr H.

« Visée psychothérapique

Peu fréquent

Formalisation indispensable par rapport à l'introjection, idée de cadre de soin, en fait donnée par l'image de sa fermeté et sa contenance que nous donnons par nous-même ».

Dr I.

« Peu d'expérience, j'ai seulement 1 programme de soin : indication = patient ayant eu plusieurs hospitalisations et difficultés de suivi

Impression que l'intérêt principal = faciliter et accélérer les démarches de réintégration, grâce au certificat de réintégration donc contrainte.

Redoute glissement vers responsabilité ».

Dr J.

« Contraignant de par :

- La date des rendez-vous en fonction des certificats mensuels
- La nécessité de les ré-hospitaliser en urgence si décompensation avec la difficulté de leur trouver un lit en pavillons d'admission toujours complets. Sans oublier qu'il faut détacher une équipe pour aller les chercher.

Bénéfique : certains de nos patients « tiennent » dehors grâce au programme de soins, patients qui auparavant étaient ré-hospitalisés sans cesse.

Intérêt de bien peser l'indication des programmes de soins ».

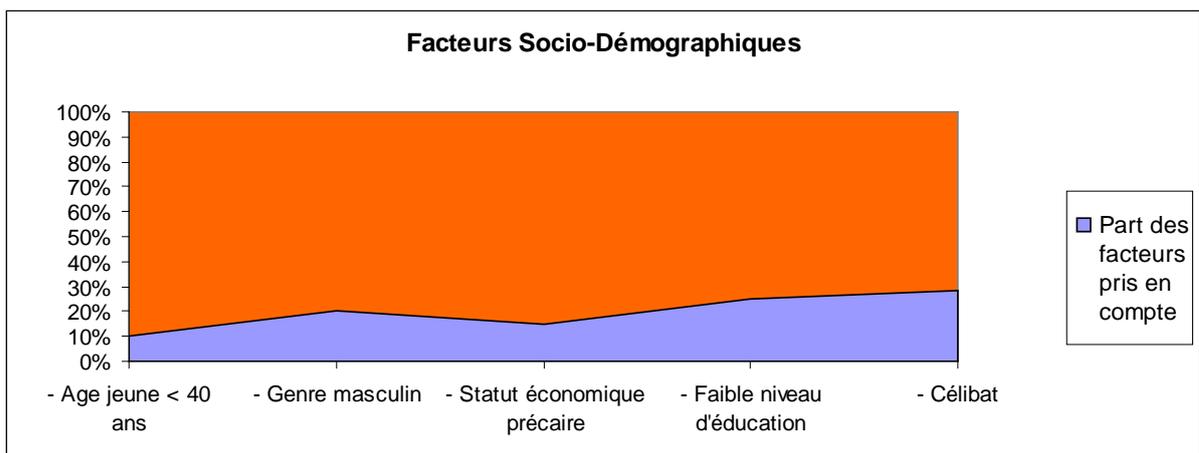
V. Analyse des résultats.

Au total, 21 praticiens ont répondu au questionnaire, mais nous n'avions pas calculé le nombre de sujets nécessaire préalablement.

A. Les facteurs sociodémographiques.

Nous pouvons observer que les facteurs sociodémographiques sont globalement peu pris en compte dans la décision du praticien de mettre en place un programme de soin ambulatoire pour un patient.

Moins de 30% des praticiens déclarent prendre ces facteurs en compte.



Graphique1 : facteurs socio-démographiques.

B. Les facteurs liés aux antécédents.

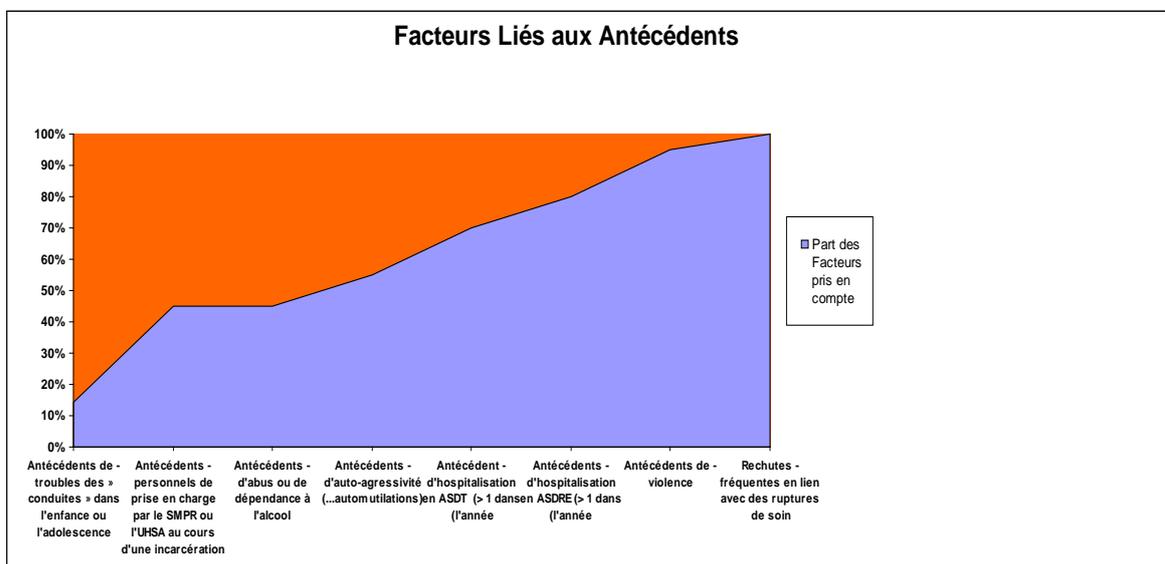
Concernant les facteurs liés aux antécédents du patient, nous pouvons observer des résultats variables selon les facteurs considérés.

Globalement les antécédents de trouble des conduites sont peu pris en compte : seulement 14% des praticiens déclarent les prendre en considération.

Pour ce qui est des antécédents de prise en charge par le SMPR ou l'UHSA, les antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool et les antécédents d'auto-agressivité, les médecins ayant répondu au questionnaire sont partagés : environ 50% des praticiens déclarent en tenir compte.

70% des praticiens prennent en compte les antécédents d'hospitalisation en ASDT, et 80% les hospitalisations en ASDRE.

En ce qui concerne les antécédents de violence et les rechutes fréquentes en lien avec des ruptures de traitement, les praticiens sont quasi unanimes sur la question, puis qu'ils déclarent en tenir compte à hauteur de 95% et 100%.



Graphiques 2 : facteurs liés aux antécédents du patient.

C. Les facteurs liés aux soins.

Concernant les facteurs liés aux soins, les réponses sont encore partagées selon les facteurs.

Globalement, les facteurs suivants sont peu pris en compte :

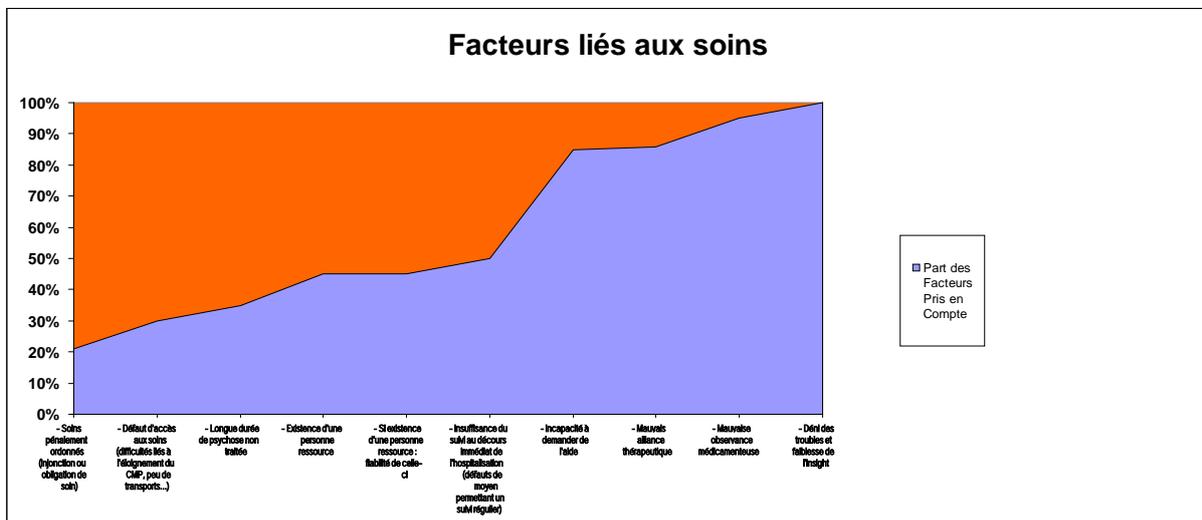
- Les soins pénalement ordonnés (injonction ou obligation de soins) : 21%
- Difficultés d'accès aux soins (éloignement du CMP...) : 30%
- Longue durée de psychose non traitée : 35%

Certains facteurs divisent les praticiens :

- Existence d'une personne ressource : 45%
- Insuffisance du suivi au décours immédiat de l'hospitalisation : 45%

Enfin certains facteurs semblent particulièrement rentrer en considération dans la décision :

1. Incapacité à demander de l'aide : 85%
2. Mauvaise alliance thérapeutique : 86%
3. Mauvaise observance médicamenteuse : 95%
4. Déni des troubles et faiblesse de l'insight : 100%



Graphiques 3 : facteurs liés aux soins.

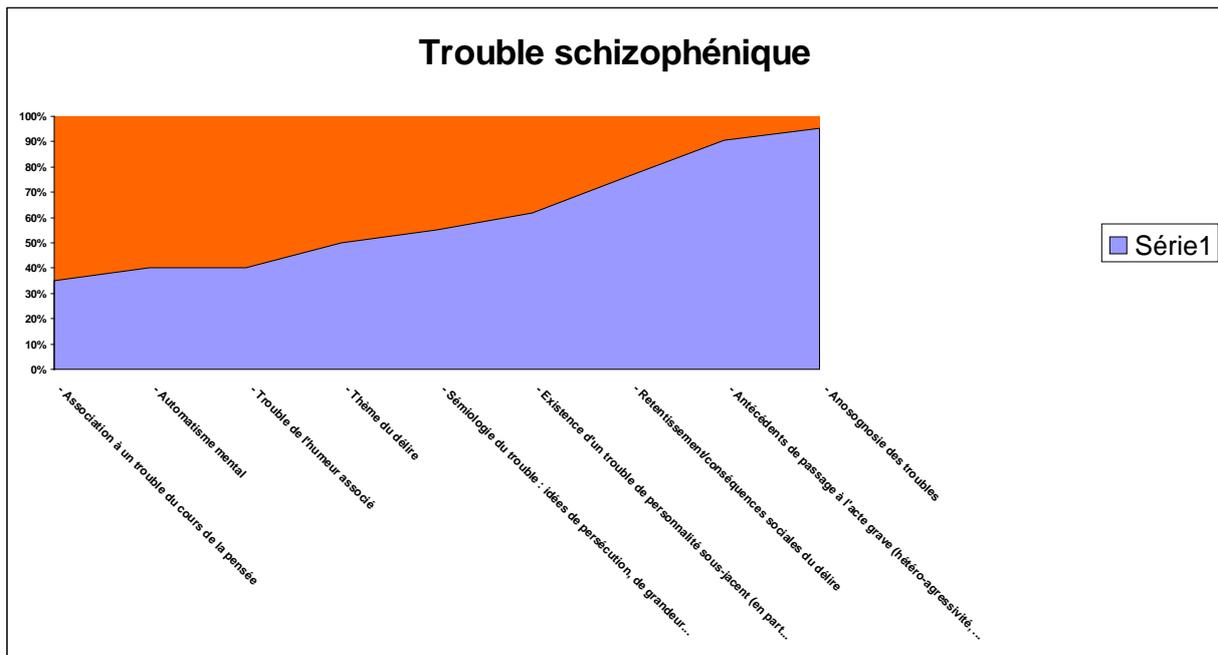
D. Facteurs liés au diagnostic actuel : en cas de trouble schizophrénique :

En cas de trouble schizophrénique, certains facteurs semblent plus impacter la décision du thérapeute que d'autres pour mettre en place un programme de soin : c'est le cas de :

- L'anosognosie du trouble : 95%
- Les antécédents de passage à l'acte grave : 90%
- Retentissement et conséquence sociales du délire : 76%
- L'existence d'un trouble de personnalité sous-jacent : 62%

Les autres facteurs semblent moins pris en compte :

1. Sémiologie du trouble (idées de persécution, de grandeur...) : 55%
2. Thème du délire : 50%
3. Trouble de l'humeur associé : 40%
4. Automatisme mental : 40%
5. Association à un trouble du cours de la pensée : 35%



Graphique 4 : facteurs pris en compte en cas de trouble schizophrénique.

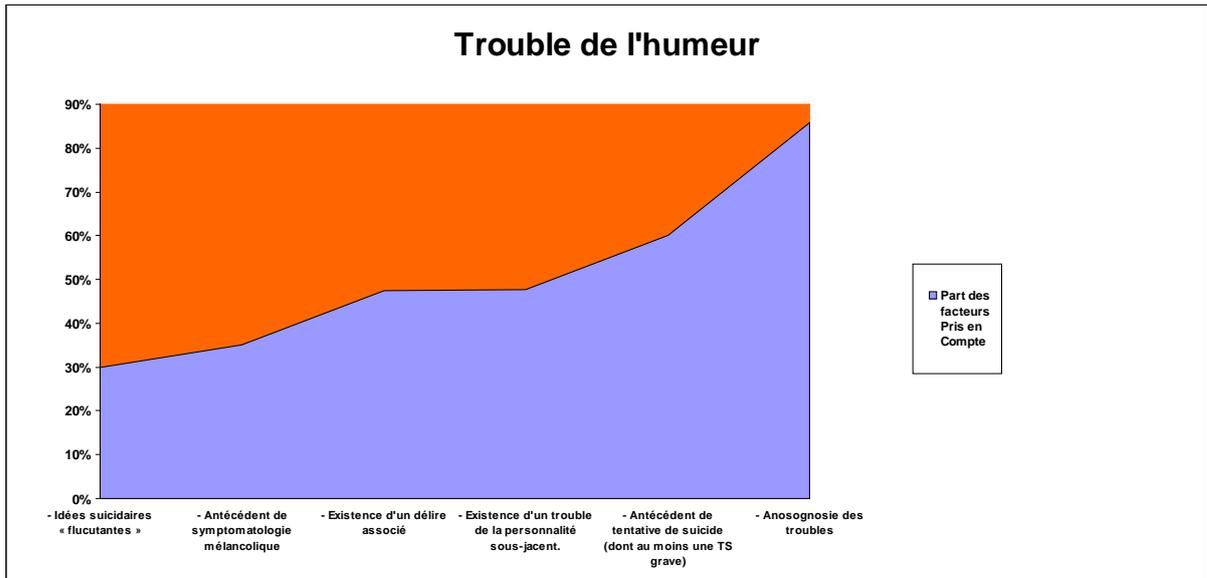
E. Facteurs liés au diagnostic actuel : en cas de trouble de l'humeur :

En cas de troubles de l'humeur, les facteurs les plus pris en compte sont :

- L'anosognosie des troubles : 86%
- Les antécédents de suicide (dont au moins une TS grave) : 60 %.

Viennent ensuite :

- L'existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent : 48%
- L'existence d'un délire associé : 47%
- Les antécédents de symptomatologie mélancolique : 35%
- Les idées suicidaires fluctuantes : 30%



Graphique 5 : facteurs pris en compte en cas de trouble de l'humeur.

F. Facteurs liés au processus décisionnel du thérapeute.

On remarque que de nombreux critères de cette catégorie influencent notablement la décision du thérapeute dans son choix de mettre en place un programme de soin.

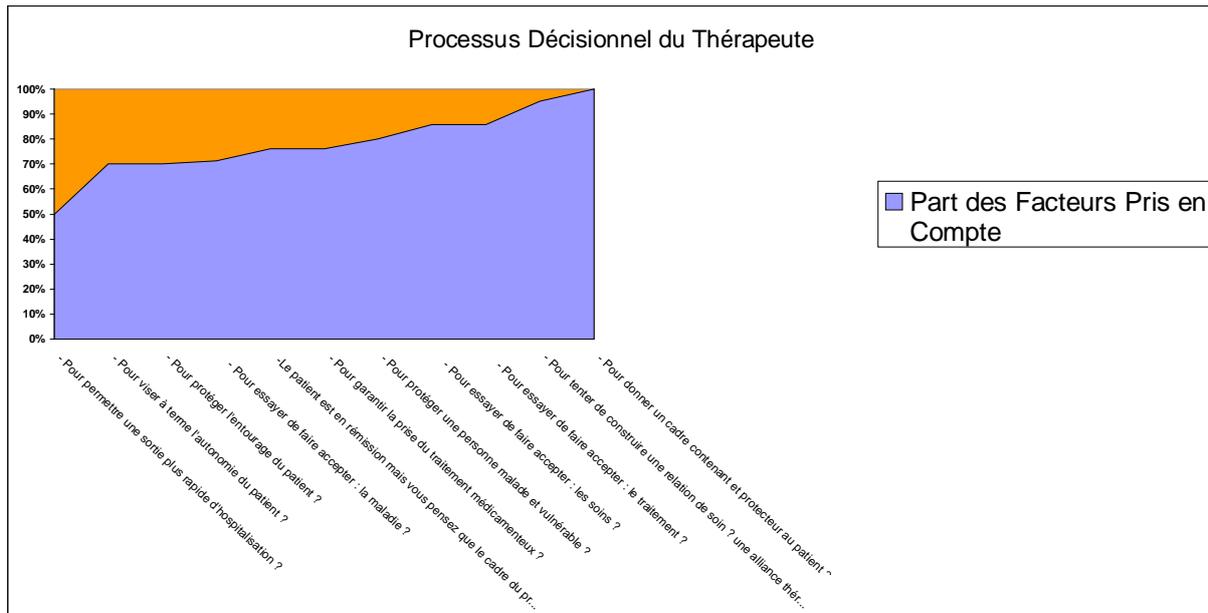
Le programme de soin ambulatoire semble avoir pour intérêt de :

- Viser l'autonomie du patient : 70%
- Protéger l'entourage du patient : 70%
- Essayer de faire accepter la maladie : 71%
- Essayer de faire accepter les soins : 86%
- Essayer de faire accepter le traitement : 86%
- Garantir la prise du traitement médicamenteux : 80%
- Protéger une personne malade et vulnérable : 80%
- Pour tenter de construire une relation de soin, une alliance thérapeutique : 95%.
- Pour donner un cadre contenant au patient : 100%.

Par contre le fait de faire sortir plus rapidement le patient d'hospitalisation grâce au programme de soin semble être un point qui divise les praticiens puisque 50%

répondent oui et 50% répondent non.

A la question, le patient est en rémission mais vous pensez que le programme de soin le sécurise et empêche la rechute, maintenez-vous le programme de soins, 76% des praticiens ayant répondu au questionnaire répondent oui.



Graphiques 6 : facteurs liés au processus décisionnel du thérapeute.

**Partie 4 : Etude des patients en programme
de soins ambulatoires du secteur 5 de
l'hôpital Gérard Marchant.**

I. Introduction.

Comme nous l'avons vu précédemment, la loi du 5 juillet 2011 a introduit une nouvelle modalité de soins : les soins ambulatoires sous contrainte, sous la forme du programme de soins.

La revue de littérature sur les soins ambulatoires sous contrainte nous a montré qu'il existe peu de preuve d'efficacité de ce type de soins sur la prévention des rechutes. La majorité des études observationnelles retrouvées montrent que les soins ambulatoires sous contrainte diminuent le nombre d'hospitalisation et s'il y a hospitalisation diminuent la durée de celle-ci. Mais les deux essais contrôlés randomisés quant à eux ne montrent pas de différence significative entre une population en soins sous contrainte et une population en soins ambulatoires libres.

Nous avons donc voulu réaliser une étude portant sur les patients en programme de soins ambulatoire du secteur 5 de l'hôpital Gérard Marchant. L'objectif principal de cette étude est de voir si la mise en place d'un programme de soin permet de diminuer le nombre d'hospitalisation et la durée des hospitalisations. Les objectifs secondaires sont de voir quelles sont les caractéristiques des populations en programme de soin.

II. Méthode de l'étude.

A. Type d'étude.

Cette étude est une étude descriptive, observationnelle, rétrospective cherchant à vérifier si le programme de soins ambulatoire permet de diminuer le nombre d'hospitalisations et la durée des hospitalisations.

B. Echantillon.

Le recrutement des patients a porté sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'un programme de soin ambulatoire entre le 5 juillet 2011 et le 1er janvier 2015.

C. Critères d'inclusion.

Patients ayant bénéficié d'un programme de soin ambulatoire, c'est-à-dire les patients en programme de soins vivant à l'extérieur de l'hôpital.

D. Critères d'exclusion.

Nous avons exclu tous les patients en programme de soins hospitalier.

E. Calcul de l'échantillon.

Nous n'avons pas réalisé de calcul de l'échantillon minimum quant à la représentativité de la population étudiée. Il s'agit donc d'une étude qualitative et non quantitative.

F. Démarche d'inclusion.

Nous avons demandé au DIM du Centre Hospitalier Gérard Marchant d'extraire du logiciel informatique de l'hôpital tous les patients du secteur 5 ayant bénéficié d'un programme de soin ambulatoire.

Chaque hospitalisation et chaque suivi ambulatoire de patient au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant sont référencés sur le logiciel Cortexte dédié au dossier médical. Les informations relatives à une hospitalisation antérieure dans l'établissement et les informations relatives au suivi ambulatoire du patient sont donc disponibles sur le réseau informatique de

l'établissement, et consultables par le personnel soignant ainsi que par le personnel administratif de l'hôpital.

Après avoir récupéré les noms des patients ayant bénéficié d'un programme de soin ambulatoire, nous avons donc pu étudier un par un les dossiers de chaque patient afin de recueillir les informations recherchées.

III. Résultats.

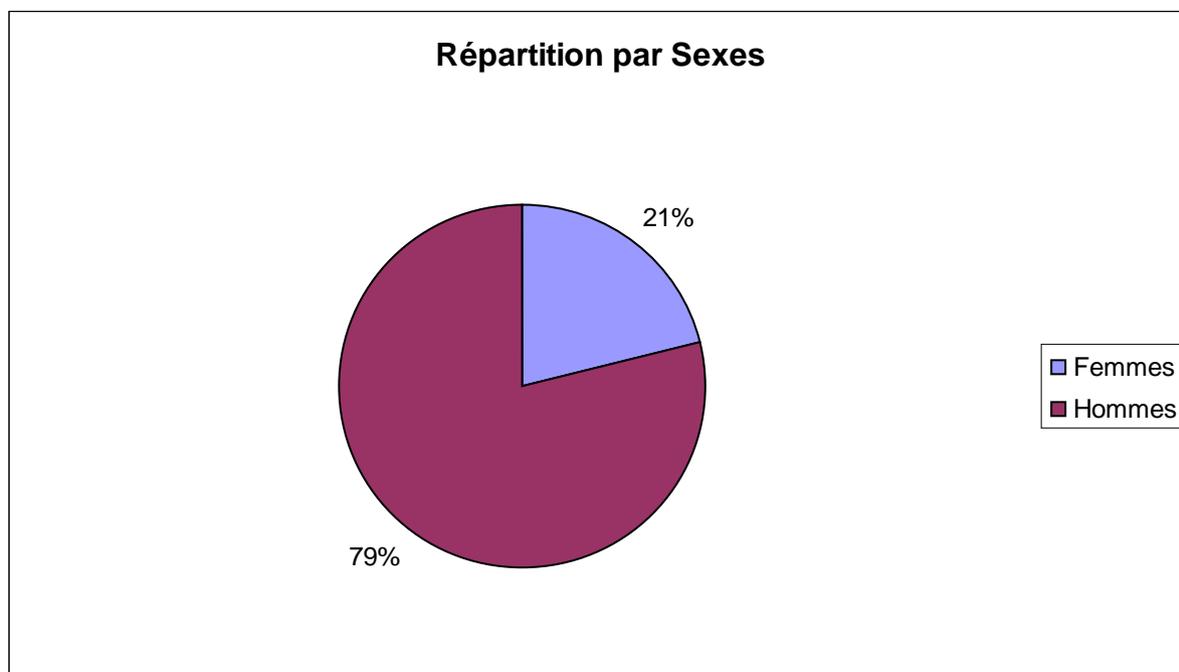
A. Données socio-démographiques.

1. Secteur d'appartenance.

Tous les patients étudiés appartenaient au secteur 5 de l'hôpital Gérard Marchant.

2. Sexe

Les hommes représentaient 79% des patients en programme de soin et les femmes 21%.

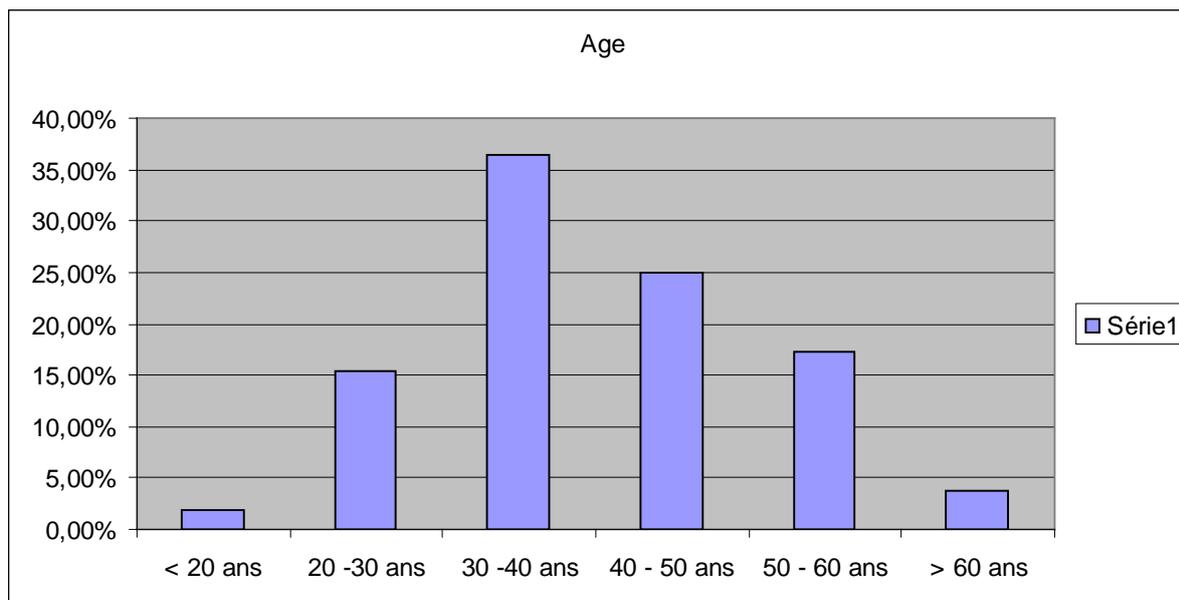


Graphique 7 : répartition des patients par sexe.

3. Âge.

L'âge moyen des patients était de 39,5 ans.

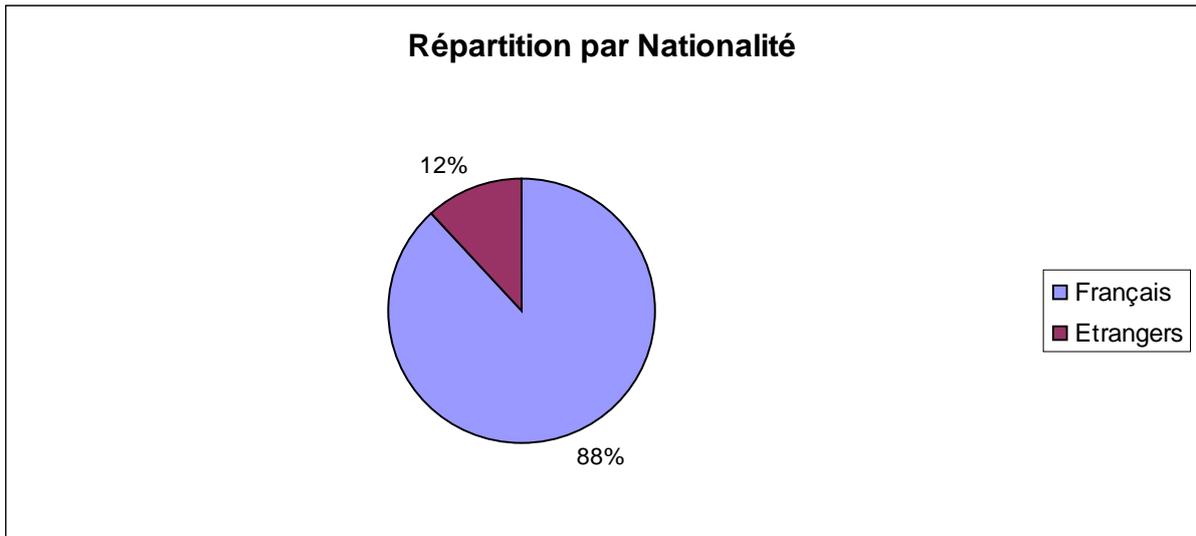
36,6% des patients des patients avaient un âge compris entre 30 et 40 ans, et 25% entre 40 et 50 ans.



Graphique 8 : répartition des patients par âge.

4. Nationalité.

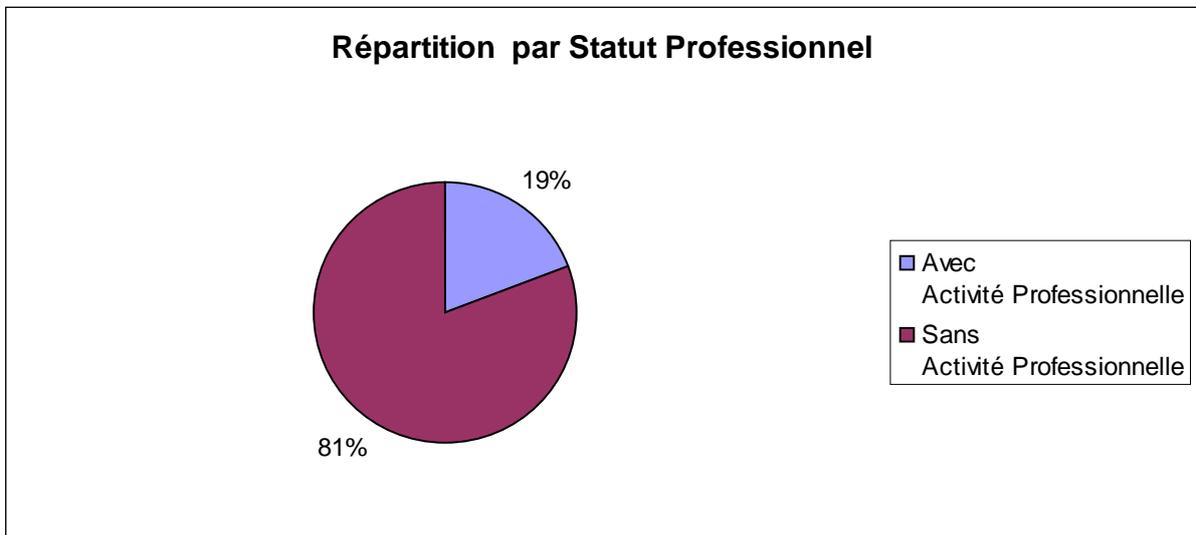
88% des patients inclus dans cette étude étaient de nationalité française.



Graphique 9 : répartition des patients par Nationalité.

5. Statut professionnel.

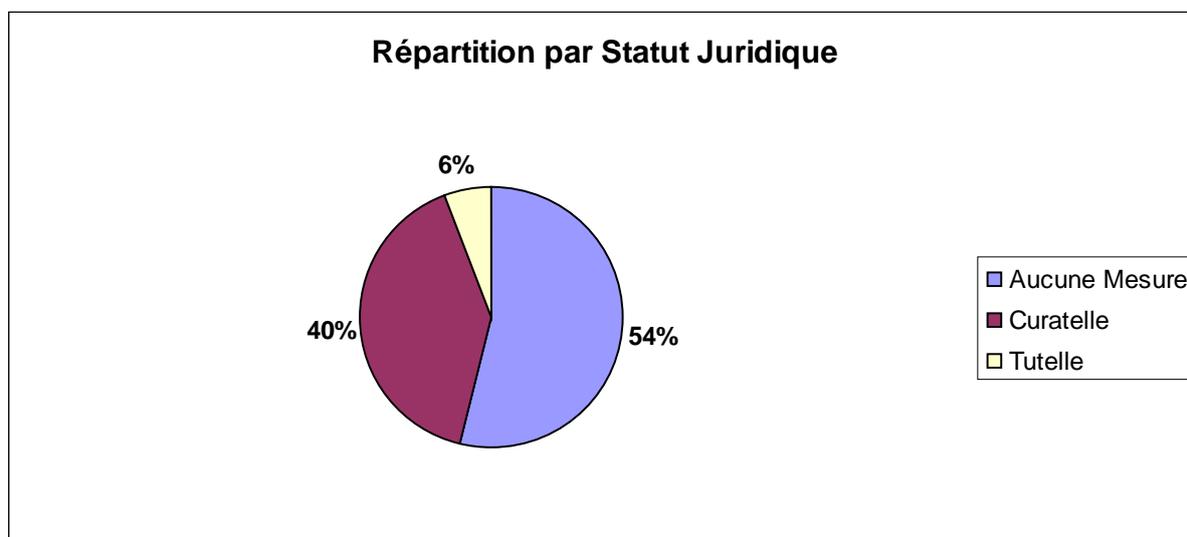
81% des patients étaient sans profession.



Graphique 10 : répartition des patients par statut professionnel.

6. Mesure de protection.

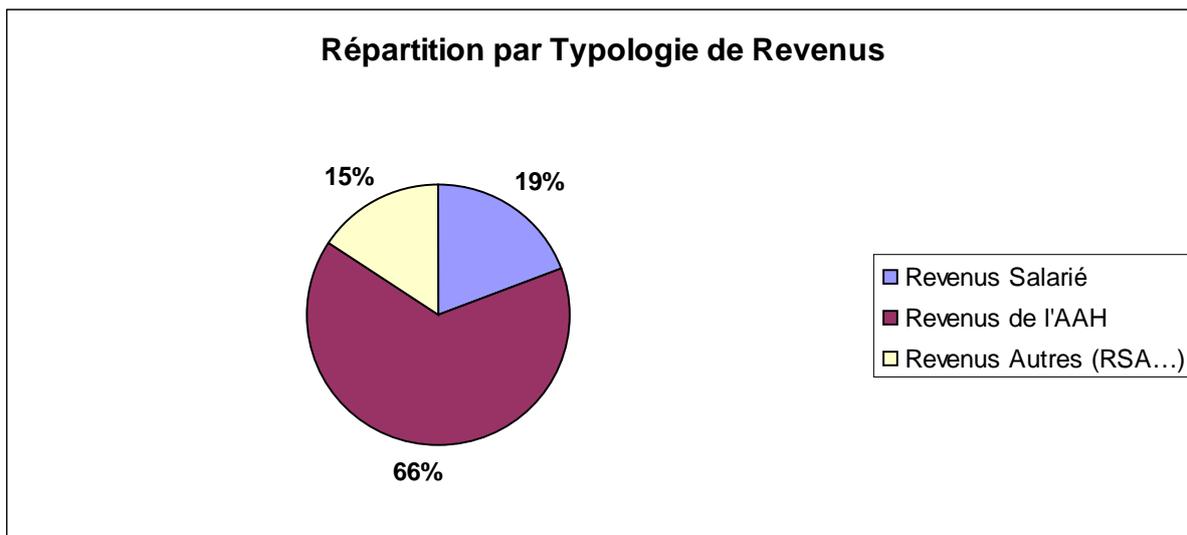
54% des patients n'avaient aucune mesure de protection. 40% étaient sous curatelle et 6% sous tutelle.



Graphique 11 : répartition des patients selon leur mesure de protection.

7.Revenus.

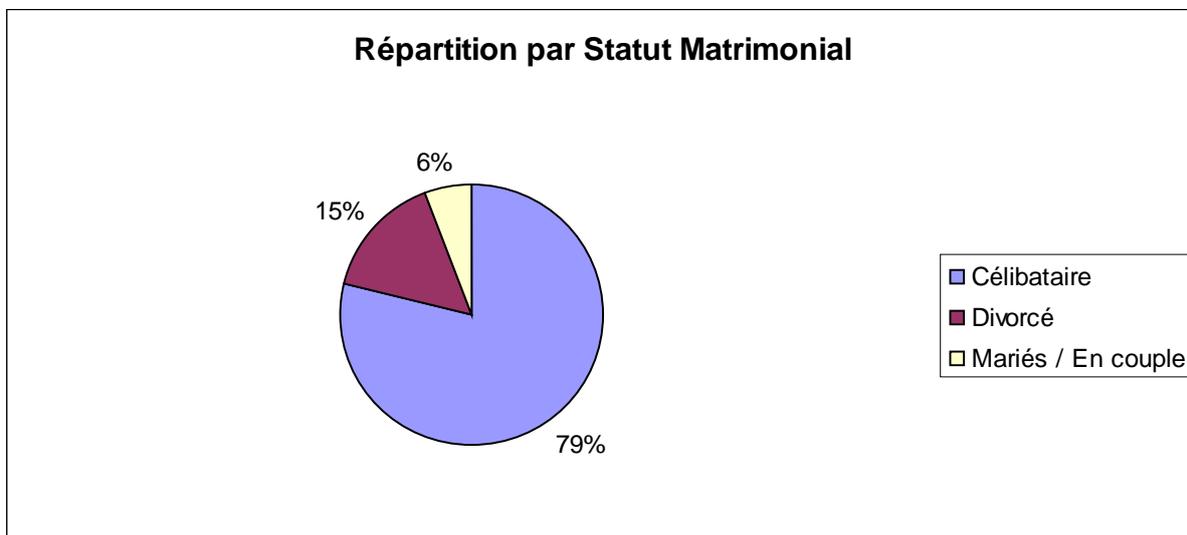
65% des patients percevaient comme source de revenus l'Allocation Adulte Handicapé. 19% étaient salariés et 15% avaient d'autres revenus (RSA, Chômage).



Graphique 12 : répartition des patients selon leur type de revenu.

8. Statut matrimonial.

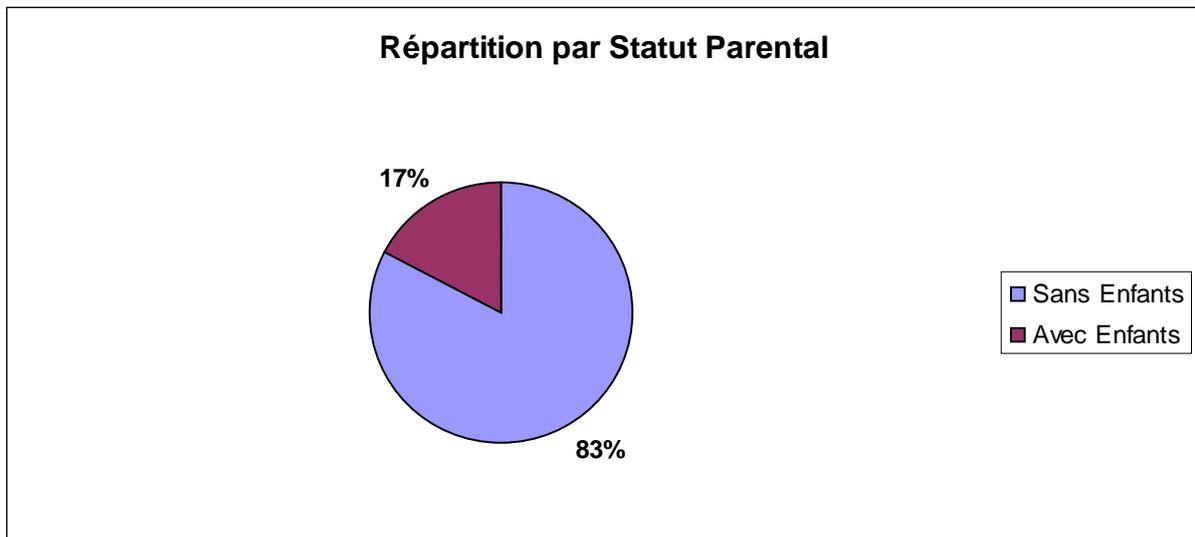
79% des patients étaient célibataires. 15% des patients étaient divorcés et 6% étaient mariés ou en couple.



Graphique 13 : répartition des patients selon leur statut matrimonial.

9. Enfants.

17% des patients de notre échantillon avaient des enfants.



Graphique 14 : répartition des patients selon leur statut parental.

Patient	Sexe	Age	Nationalité	Statut professionnel Etudes	Statut matrimonial	Enfants	Mesure de protection	Revenus
Patient 1	F	57	Française	Sans profession CAP mécanique	Divorcé	2	Curatelle	AAH
Patient 2	F	45	Française	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 3	M	54	Français	Sans profession Etudes de commerce	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 4	M	57	Algérien	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 5	M	50	Portugais	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 6	M	50	Français	Sans profession Formation en informatique	Célibataire	0	Aucune	AAH
Patient 7	M	49	Français	Sans profession Niveau 5ème	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 8	M	38	Français	Sans profession Bac logistique et transport N'a jamais travaillé	Célibataire	0	Tutelle	AAH
Patient 9	F	61	Française	Sans profession A travaillé dans l'aide à la personne	Divorcée	1	Curatelle	AAH
Patient 10	M	37	Français	Sans profession Scolarité jusqu'en 3è Travail par intérim et agent d'entretien	Célibataire	0	Aucune	AAH
Patient 11	M	38	Français	Sans profession	Célibataire	0	Tutelle	AAH

Patient 12	M	43	Français	Sans profession Bac, université	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 13	M	37	Algérien	Ouvrier du bâtiment.	Marié	4	Aucune	0
Patient 14	M	30	Français	Sans profession	Célibataire	0	Aucune	AAH
Patient 15	M	39	Français	Sans profession Ouvrier, artisan	Célibataire	0	Aucune	AAH
Patient 16	M	50	Marocain	Ouvrier	Célibataire	0	Aucune	0
Patient 17	M	35	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 18	F	44	Française	Sans profession	Célibataire	0	Aucune	AAH
Patient 19	M	42	Français	Sans profession Pas d'études	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 20	M	42	Français	Employé civil, agent fonction publique	Célibataire	0	Curatelle renforcée	0
Patient 21	M	22	Français	Ouvrier manutentionnaire. CAP mécanicien poids lourds	Célibataire	0	0	0
Patient 22	M	33	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	AAH
Patient 23	M	33	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 24	F	30	Française	Sans profession BEP élevage équin	Célibataire	0	0	AAH
Patient 25	M	36	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 26	M	44	Français	Sans profession Maîtrise de physique	Célibataire	0	0	AAH
Patient 27	M	40	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	AAH

Patient 28	M	33	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 29	F	47	Française	Sans profession Employé de commerce	Divorcée	3	0	AAH
Patient 30	M	38	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	AAH
Patient 31	M	40	Français	Sans profession	Divorcée	1	0	RSA
Patient 32	M	32	Français	Sans profession Bac STT commerce	Célibataire	1	Curatelle	AAH
Patient 33	M	49	Français	Peintre en bâtiment	Célibataire	0	0	0
Patient 34	M	25	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	AAH
Patient 35	M	33	Algérien	Employé administratif	Célibataire	0	Curatelle renforcée	0
Patient 36	F	39	Français	Sans profession Bac général	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 37	M	32	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle renforcée	AAH
Patient 38	M	20	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	0
Patient 39	F	24	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 40	M	64	Français	Agent fonction publique	Divorcé	1	0	0
Patient 41	F	21	Français	Etudiant	Célibataire	0	0	0
Patient 42	M	55	Français	Sans profession	Célibataire	0	Curatelle	AAH
Patient 43	M	28	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	0
Patient 44	F	22	Français	Sans profession	Célibataire	0	0	AAH
Patient 45	M	32	Français	Sans profession Charpentier	Séparé	2	0	0
Patient	F	57	Français	Sans	Couple	0	0	RSA

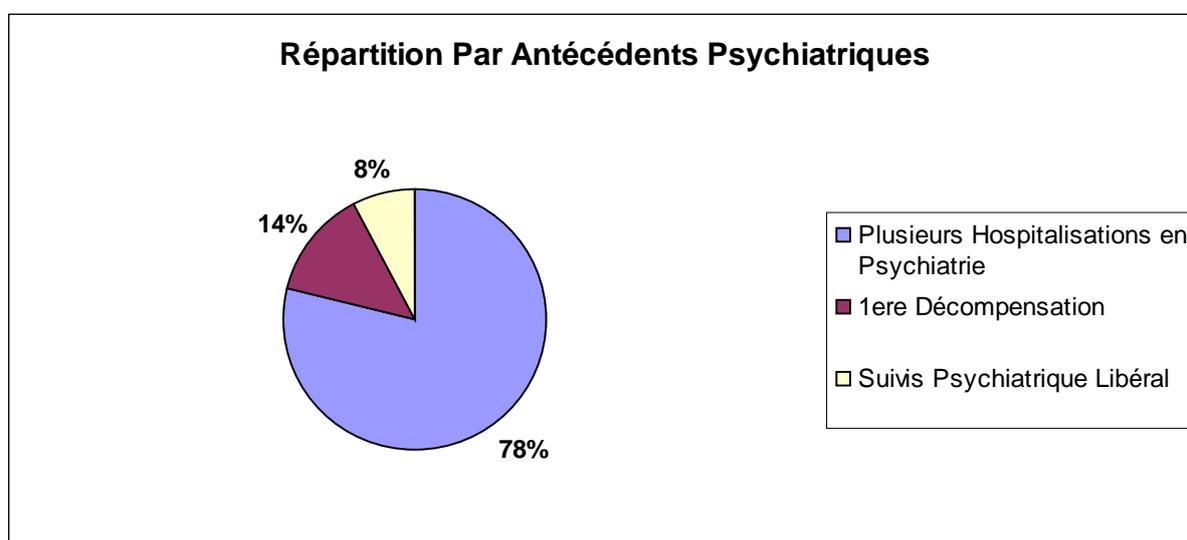
46				profession Coiffeuse				
Patient 47	M	23	Madagascar	Travail par intérim	Célibataire	0	0	0
Patient 48	M	45	Français	Travaillait dans la vente Sans emploi	Divorcé	2	Curatelle renforcée	AAH
Patient 49	M	49	Français	Employé administratif	Divorcé	0	0	0
Patient 50	M	54	Français	Retraité de la marine	Célibataire	0	Tutelle	0
Patient 51	M	34	Français	Sans profession	En couple	0	0	0
Patient 52	M	24	Sénégalais	Travail dans un CLAE	Célibataire	0	0	0

Tableau 5 : Données sociodémographiques des patients de notre échantillon.

B. Antécédents.

1. Antécédents psychiatriques.

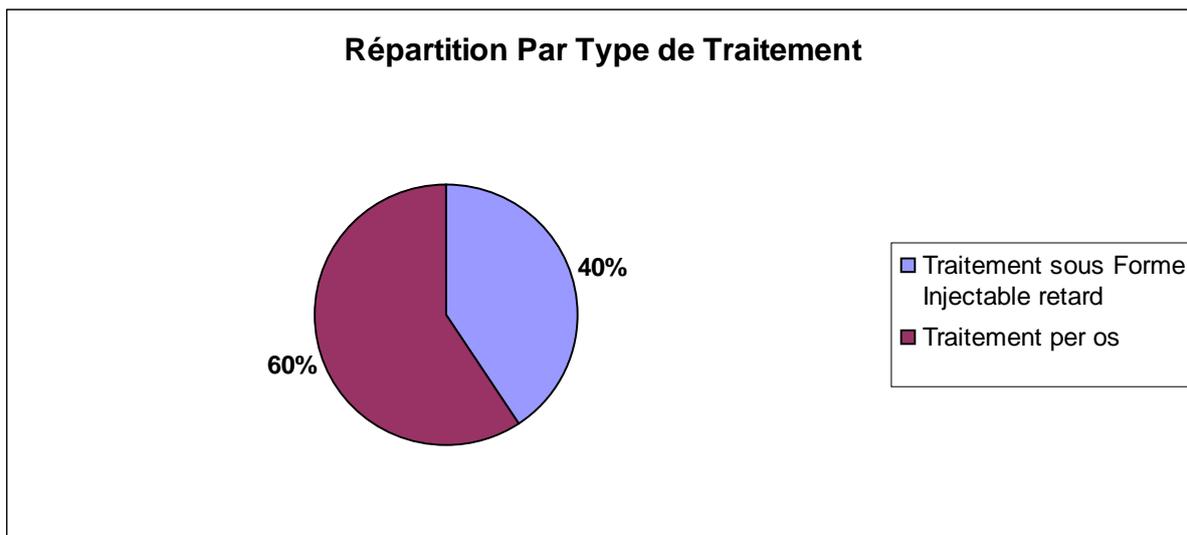
Sur le plan des antécédents psychiatriques, 79% des patients avaient déjà eu plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Pour 14%, il s'agissait de la première décompensation et de la première hospitalisation. Enfin 8% des patients avaient eu un suivi libéral sans avoir été hospitalisés.



Graphique 15 : répartition des patients selon leurs antécédents psychiatriques.

2. Traitement psychiatrique.

40% des patients avaient un traitement sous forme injectable retard à l'issue de l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du programme de soins. 60% avaient un traitement per os. 100% des patients bénéficiaient d'un traitement à leur sortie d'hospitalisation.



Graphique 16 : répartition des patients selon le type de traitement.

	Antécédents médicaux	Antécédents psychiatriques majeurs	Antécédents familiaux
Patient 1	HTA DID IDM stenté Hypercholestérolémie	1ère décompensation délirante en 1982	Aucun
Patient 2	Kyste ovarien opéré	1è décompensation en 1990	Aucun
Patient 3	Hypercholestérolémie	Psychose paranoïaque évoluant depuis environ 20 ans	Non documenté
Patient 4	Troubles de l'élocution liés à une fente palatine	Suivi depuis 1995 sur le CHGM	Non documentés
Patient 5	Non documentés	Non documentés	Non documentés
Patient 6	Non documentés	Trouble bipolaire évoluant depuis environ 30 ans Plusieurs PAA hétéro-agressif	Non documentés
Patient 7	Hépatite C Hépatite B guérie	Plusieurs hospitalisations en HO Plusieurs incarcérations	Un frère toxicomane
Patient 8	Sclérose en place diagnostiquée en 1998	1è hospitalisation en 1999 dans les suites de la 1è hospitalisation pour la SEP et décès du père Depuis, nombreuses hospitalisations pour	Un frère décédé en hôpital psychiatrique : notion de psychopathie et autisme.

		agitation/troubles des conduites à domicile Diagnostic de trouble psychotique en 2003	
Patient 9	Hypoacousie bilatérale de transmission par atteinte de l'oreille moyenne	Hospitalisation à l'hôpital Marchant et à la clinique Beaupuy depuis 1999	Non documentés
Patient 10	Psoriasis Varicocèle opéré à l'âge de 18 ans Végétation	Schizophrénie paranoïde évoluant depuis 2009 Multiples hospitalisations en lien avec ruptures de traitement	Père soigné pour dépression, a fait une TS en 2005
Patient 11	Amygdalectomie	Suivi sur le CHGM depuis 2000 suite à une BDA	Non documentés
Patient 12	Fractures coudes et jambes Chirurgie faciale suite à TS par arme à feu	Schizophrénie dysthymique avec BDA à l'âge de 20 ans Nombreuses hospitalisations TS par arme à feu en 2005	Père : alcoolisme Soeur : trouble bipolaire, alcoolisme
Patient 13	Non documentés	1 ^è décompensation en 2000 Suivi par le généraliste	Non documentés
Patient 14	Goitre nodulaire à TSH normale	Trouble bipolaire depuis 2007	Grand-mère maternelle probablement bipolaire
Patient 15	Appendicite Amygdalectomie Hypertriglycéridémie Méningite dans l'enfance	3 hospitalisations depuis 2001 pour décompensation maniaque	Mère bipolaire.
Patient 16	Non documentés	Plusieurs hospitalisations au CHGM depuis 2001	Non documentés
Patient 17	Gastrite	Multiples hospitalisations depuis 1998 Hospitalisation en UMD	Non documentés
Patient 18	Luxation congénitale de hanche PTH gauche	Non documentés	Non documentés
Patient 19	Appendicite	4 hospitalisations depuis 2002	Trouble psychiatrique de type dépressif chez la mère et la grand-mère maternelle
Patient 20	Allergie pollen	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie depuis 1998	Non documentés
Patient 21	Aucun	2 hospitalisations en ASDT depuis 2012	Tante maternelle bipolaire GPP : dépression Arrière GM : suicide
Patient 22	Aucun	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie en HO et HDT	Père : 2 H en psychiatrie Frère : polytoxicomane

			GMM : 2 H au CHGM
Patient 23	Non documentés	Nombreuses hospitalisations en psychiatrie	Non documentés
Patient 24	Non documentés	Plusieurs hospitalisations sous contrainte depuis 2002	Notion de dépression chez la mère
Patient 25	Aucun	Plusieurs hospitalisations en psy depuis 2003	Non documentés
Patient 26	DID et dyslipidémie sous Zyprexa Myopie Rachitisme à l'âge de 2 ans	Schizophrénie avec passage à l'acte hétéro-agressif grave en 1999 (meurtre d'une de ses connaissances)	Frère aîné avec schizophrénie déficitaire
Patient 27	Non documentés	Schizophrénie paranoïde avec multiples hospitalisations	Non documentés
Patient 28	Amygdalectomie	1 ^è hospitalisation en clinique en 2002 Puis environ 1 hospitalisation/an	Non documentés.
Patient 29	Chirurgie ligaments croisés genou Oedèmes des membres inférieurs origine veineuse Listhésis antérieur L4-L5	Plusieurs hospitalisations à Marchant et Casselardit	Non documentés
Patient 30	Non documentés	Nombreuses hospitalisations	Non documentés
Patient 31	Pas d'antécédents particuliers	1 hospitalisation en 2006 suite à BDA	Non documentés
Patient 32	Allergie pénicilline Chirurgie du frein	Début des troubles à l'âge de 20 ans Plusieurs hospitalisations en psychiatrie	Schizophrénie chez le père
Patient 33	Aucun particulier	1 ^è hospitalisation en 1997	Non documentés
Patient 34	Aucun particulier	Schizophrénie Plusieurs hospitalisations depuis l'adolescence	Non documentés
Patient 35	Syndrome de Brugada : contre-indication à de nombreux traitements	1 ^è décompensation maniaque en 2007 Plusieurs hospitalisations	Pas de pathologies psychiatriques dans la famille
Patient 36	Amygdalectomie Conisation	Psychose dysthymique : 1 ^è manifestations en 2001 par une BDA Plusieurs hospitalisations par la suite	Non documentés
Patient 37	Hernie ombilicale	Aucun	Frère schizophrène

	opérée dans l'enfance 1 épisode de paludisme Neutropénie physiologique d'origine ethnique		
Patient 38	Allergie aux cacahuètes Allergie aux pollens	1 ^è décompensation psychotique en 2011 : HO 2 ^è hospitalisation en 2013	Troubles bipolaires côté paternel Père hospitalisé au long cours en psychiatrie
Patient 39	Epilepsie diagnostiquée en 2011 Chirurgie tympan bilatérale	Trouble bipolaire type I évoluant depuis l'âge de 17 ans Multiples hospitalisations en psychiatrie	Non documentés
Patient 40	Asthme BPCO	Diagnostic de trouble bipolaire en 1991 Une hospitalisation en clinique en 2006	Mère décédée par pendaison
Patient 41	Apophysite de croissance	Suivi psychiatrique depuis l'enfance 1 ^è hospitalisation	Grand-mère maternelle : dépression
Patient 42	Aucun	Trouble bipolaire Plusieurs hospitalisations	Aucun
Patient 43	Thrombose veineuse profonde, Embolie pulmonaire en 2007 Déficit en protéine C : AVK au long cours	Différents suivis psychiatriques	Non documentés
Patient 44	Urticaire sous Tercian	1 ^è hospitalisation en 2012 Plusieurs hospitalisations par la suite	Non documentés
Patient 45	Aucun	Début du suivi en 2008 Plusieurs hospitalisations en psychiatrie Diagnostic de bipolarité	Bipolarité chez la mère
Patient 46	Hypoacousie Troubles cardiologiques	Non connus, présenterai des troubles du comportement depuis 11 ans.	Non documentés
Patient 47	Allergie pollen et laine de verre	Aucun	Aucun
Patient 48	Appendicite Canal carpien Brûlure étendue 2012 Cholangite sclérosante Chirurgie des amygdales	Suivi psychiatrique libéral	Non connus
Patient 49	Aucun	Suivi psy pendant 3 ans sans	Aucun

		traitement	
Patient 50	Chirurgie des ligaments croisés du genou gauche Rétention aiguë d'urine sur prostatite	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie	Non documentés
Patient 51	Aucun particulier	Aucun	Non documentés
Patient 52	Non documentés	1 ^è hospitalisation à Aix en Provence en 2013 Puis rupture thérapeutique et nouvelle décompensation en 2014	Aucun

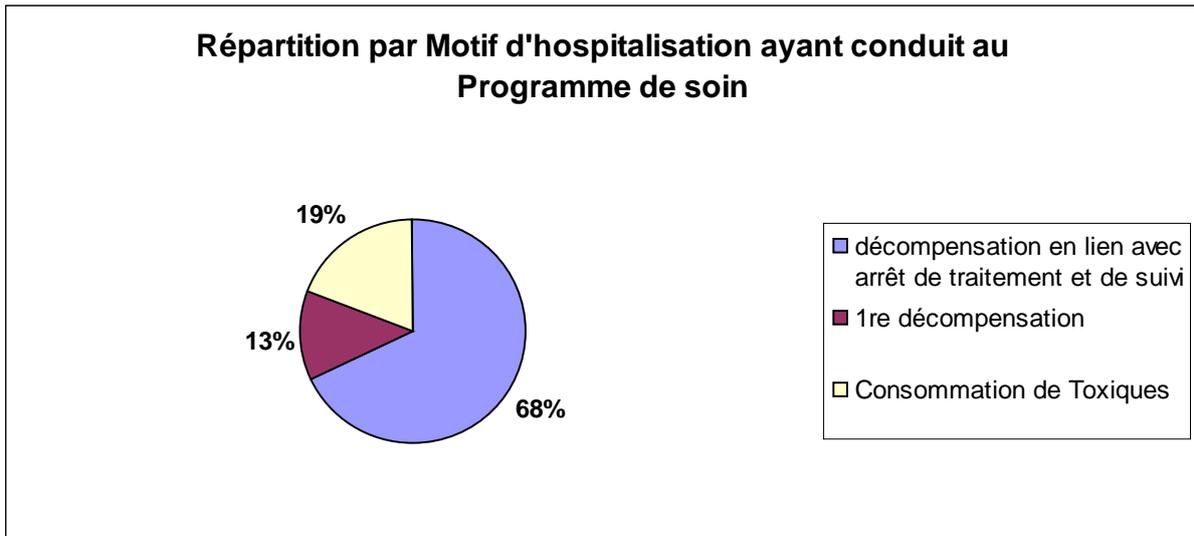
Tableau 6 : Antécédents psychiatriques des patients de notre échantillon.

C. Données concernant l'hospitalisation ayant conduit au Programme de soins.

1. Motif d'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du programme de soins

40,4% des patients ont été hospitalisés suite à une décompensation en lien avec une rupture de soins et de traitement. 11,5% des patients ont décompensés en lien avec une consommation de toxiques.

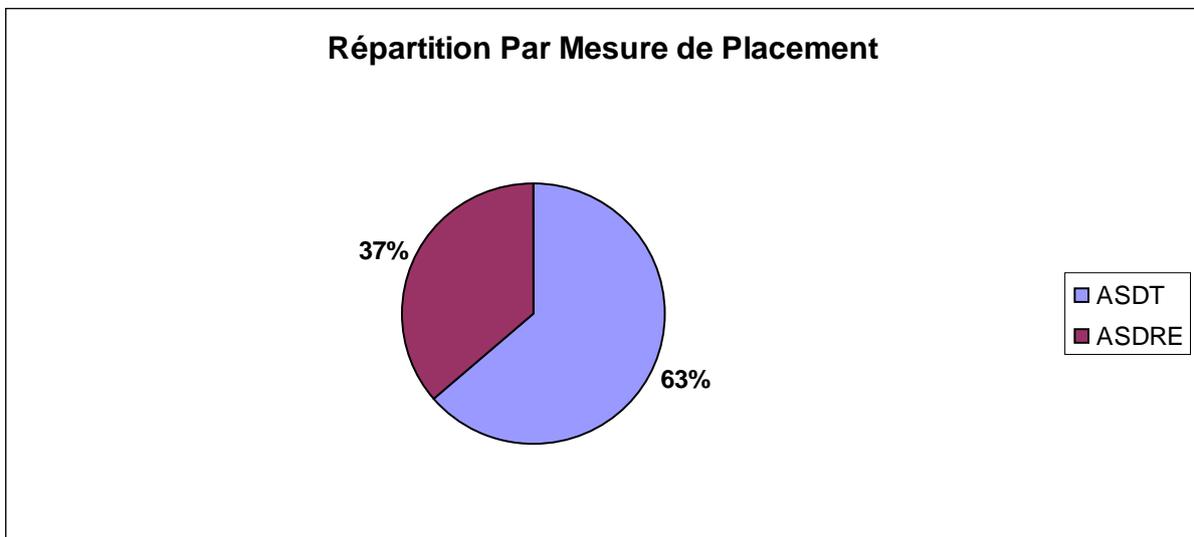
Pour 7,7% des patients il s'agissait d'une première décompensation.



Graphique 17 : répartition des patients selon le motif d'hospitalisation ayant conduit au programme de soin.

2. Type de mesure de soins sans consentement.

64% des patients étaient hospitalisés en ASDT et 37% en ASDRE.



Graphique 18 : répartition des patients par mesure de placement.

	Motif de l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du PDS	Type de mesure de soins sans consentement
Patient 1	Décompensation délirante dans un contexte d'alcoolisation	ASDT
Patient 2	Rupture de suivi et de traitement chez un patient présentant une schizophrénie paranoïde	ASDTu
Patient 3	Recrudescence du vécu persécutif et délire interprétatif chez un patient en rupture de suivi et de traitement depuis plusieurs mois	ASDRE
Patient 4	Errance sur la voie publique avec propos incohérent	ASDRE
Patient 5	Troubles du comportement sur la voie publique dans un contexte de décompensation délirante, mais sans rupture de traitement	ASDRE
Patient 6	PAA hétéro-agressif et idées délirantes dans un contexte de rupture thérapeutique	ASDRE
Patient 7	Décompensation délirante d'une psychose chronique suite à rupture des ECT d'entretien	ASDRE
Patient 8	Surdosage médicamenteux en Tercian	ASDT
Patient 9	Décompensation délirante d'une schizophrénie ancienne	ASDT
Patient 10	Décompensation psychotique avec déni des troubles et délire de persécution dans un contexte de rupture de traitement	ASDT
Patient 11	Décompensation de schizophrénie dans un contexte de rupture de traitement et de suivi	ASDT
Patient 12	Décompensation psychotique d'un trouble schizo-affectif	ASDT
Patient 13	Décompensation délirante	ASDT
Patient 14	Episode dépressif avec alcoolisation massive	ASDT
Patient 15	Trouble du comportement lors d'une garde à vue	ASDRE
Patient 16	Décompensation maniaque d'un trouble bipolaire sur arrêt de traitement et consommation cannabis	ASDT
Patient 17	Passage à l'acte hétéro-agressif	ASDRE
Patient 18	Décompensation psychotique	ASDTU
Patient 19	Décompensation psychotique d'une schizophrénie paranoïde sur rupture de traitement	ASDT
Patient 20	Décompensation maniaque avec caractéristiques psychotiques sur rupture de traitement	ASDRE

Patient 21	Tentative de pendaison, désorganisation de la pensée, idées délirantes	ASDTE
Patient 22	Troubles du comportement à type d'exhibitionnisme dans un contexte de décompensation d'un trouble bipolaire sans rupture de traitement	ASDTU
Patient 23	Troubles du comportement dans le cadre d'une décompensation d'un trouble schizo-affectif sur consommation de toxiques et rupture de traitement	ASDT
Patient 24	Décompensation psychotique suite à une rupture thérapeutique chez une patiente schizophrène	ASDT
Patient 25	Décompensation psychotique	ASDRE
Patient 26	Passage à l'acte hétéro-agressif dans le cadre d'un épisode délirant aigu	ASDRE
Patient 27	Décompensation délirante d'une schizophrénie paranoïde dans un contexte de rupture de traitement	ASDRE
Patient 28	Décompensation psychotique délirante avec syndrome dissociatif chez un patient ayant une psychose hallucinatoire chronique	ASDT
Patient 29	Décompensation maniaque avec idées délirantes	ASDT
Patient 30	Décompensation psychotique sur rupture de traitement et de suivi	ASDT
Patient 31	Conduite automobile dangereuse dans un jardin japonais dans un contexte de décompensation psychotique	ASDRE
Patient 32	Décompensation psychotique suite à arrêt de traitement	ASDT
Patient 33	Décompensation d'une schizophrénie paranoïde sur rupture thérapeutique	ASDT
Patient 34	Décompensation schizophrénique dans un contexte d'arrêt du traitement et d'addiction au cannabis	ASDT
Patient 35	Décompensation maniaque liée à une rupture de soins et de traitement	ASDT
Patient 36	Abus d'alcool et de subutex	ASDT
Patient 37	Première décompensation psychotique	ASDT
Patient 38	Décompensation psychotique aiguë sur rupture de traitement et de suivi	ASDRE
Patient 39	Episode maniaque avec caractéristiques psychotiques	ASDT

Patient 40	Troubles du comportement avec menace de PAA auto-agressif	ASDRE
Patient 41	IMV	ASDT
Patient 42	Trouble du comportement avec exaltation de l'humeur sur rupture de traitement	ASDRE
Patient 43	Passage à l'acte hétéro-agressif	ASDRE
Patient 44	Rupture de traitement chez une personnalité état limite	ASDT
Patient 45	Décompensation à type de manie délirante	ASDT
Patient 46	Décompensation d'un trouble psychotique ancien avec incurie majeure	ASDT
Patient 47	Bouffée délirante sur consommation de toxiques	ASDTu
Patient 48	Première décompensation Idées de persécution	ASDRE
Patient 49	Délire interprétatif et de persécution	ASDRE
Patient 50	Délire paranoïaque en réseau	ASDT
Patient 51	Première décompensation Délire persécutif paranoïaque interprétatif	ASDRE
Patient 52	Décompensation psychotique sur rupture de soins et de traitement	ASDTu

Tableau 7 : Données concernant l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du programme de soin.

3. Traitement à la sortie d'hospitalisation ayant conduit au programme de soins.

100% des patients avaient un traitement par antipsychotique à la sortie d'hospitalisation.

40,5% des patients avaient un traitement sous forme injectable retard.

Patients.	Traitement psychiatrique au début du programme de soin
Patient 1	Haldol decanoas : 3 Ampoules Loxapac 25mg : 4 cp par jour
Patient 2	Haldol decanoas : 4 ampoules Imovane : 1 cp au coucher Atarax cp si besoin
Patient 3	Haldol decanoas : 2,5 ampoules
Patient 4	Risperdaloro 4 mg/jour Valium 10 mg : 1 cp/jour
Patient 5	Haldol decanoas : 4 ampoules Loxapac 100 mg : 1/jour
Patient 6	Haldol decanoas 2 ampoules Depakote 250 mg : 2/j
Patient 7	Haldol cp : 20 mg/jour Risperdal cp : 6 mg/jour
Patient 8	Modecate 125 mg/5ml : 1 ampoule Teralithe LP 400 mg : 2 cp/jour
Patient 9	Risperdal consta 50 mg
Patient 10	Clozapine 100 mg : 2 cp/jour Loxapac : 175 mg/jour
Patient 11	Solian 600 mg/jour Loxapac
Patient 12	Clozapine 125 mg/jour Teralithe LP 400 : 1,5 cp/jour
Patient 13	Haldol decanoas : 3 ampoules Valium Tercian
Patient 14	Clomipramine 75 mg : 1/2cp/jour Seresta 50 : 2 cp/jour Aotal : 4 cp/jour Abilify 5 mg : 1 cp/jour Teralithe LP 400 : 2,5cp/jour
Patient 15	Abilify 5 mg/jour Tercian Valium
Patient 16	Risperdaloro 2 mg/jour Teralithe LP 400 mg : 2 cp/jour Depakote 500 mg : 2 cp/jour Théralène sol buv: 20 gouttes au coucher
Patient 17	Depakote 500 mg : 4 cp/jour Valium 5 mg : 2 cp/jour
Patient 18	Haldol decanoas : 0,5 amp Valium 10 mg : 3 cp/jour
Patient 19	Fluanxol LP : 2 ampoules

	Depakote 250 : 2 cp/jour
Patient 20	Fluanxol LP : 4 ampoules Temesta 1 mg : 2 cp/jour
Patient 21	Abilify 25 mg/jour Venlafaxine LP 75 mg/jour Temesta 2,5 mg : 1 cp/jour
Patient 22	Zyprexa 10 mg : 2 cp/jour Loxapac 25 mg : 1 cp/jour
Patient 23	Haldol decanoas : 3 ampoules Depamide 300 : 6 cp/jour Loxapac 50 mg : 4 cp/jour Valium 10 mg : 2 cp/jour Théralène sol buv: 25 gouttes au coucher
Patient 24	Depakote 500 : 2 cp/jour Xeroquel LP 400 : 2 cp/jour Lexomil 6 mg : 0,25 cp/jour Loxapac 25 mg : 2 cp/jour
Patient 25	Clozapine 100 mg : 3,5cp/jour Seresta 50 mg : 1,5 cp/jour Aotal : 6 cp/jour
Patient 26	Xeroquel LP : 550 mg/jour Depakote 500 : 2 cp/jour Haldol 5 mg : 1 cp/jour Noctamide 2 mg : 1 cp/jour
Patient 27	Haldol decanoas : 3 ampoules Loxapac 25 mg : 1 cp/jour
Patient 28	Risperdal consta LP 50 Loxapac 25 : 1 cp/jour
Patient 29	Depakote 500 mg : 2 cp/jour Haldol : 4 mg/jour
Patient 30	Risperdal consta LP 50 Valium 10 mg : 1 cp/j
Patient 31	Riseprdaloro 4 mg/jour
Patient 32	Risperdaloro 8 mg/jour Depakote 500 : 2 cp/jour Loxapac : 50 mg/jour
Patient 33	Abilify 15 mg/jour Temesta 1 mg : 4 cp/jour Tercian 25 mg : 1 cp/jour
Patient 34	Risperdal consta LP 50 mg
Patient 35	Depakote 500 mg : 3 cp/jour Imovane : 1 cp au coucher Solian 400 mg : 2 cp/jour
Patient 36	Haldol decanoas 50 mg : 3,5 ampoules Stilnox : 1 cp le soir

	Depakote 500 mg : 2 cp/jour
Patient 37	Abilify 15 mg/jour
Patient 38	Abilify 5 mg/jour
Patient 39	Depakote 500 mg : 4 cp/jour Solian 100 mg : 2 cp/jour Teralithe 250 LP : 2 cp/jour Tercian 100 : 0,5 cp/jour
Patient 40	Depamide 300 mg : 3cp/jour Teralithe LP 400 : 2 cp/jour Valium 10 : 2 cp/jour Théralène : 15 gttes au coucher Imovane : 1 cp au coucher
Patient 41	Zyprexa 5 mg/jour
Patient 42	Haldol decanoas : 2 ampoules Théralène : 20 gouttes au coucher Depakote 500 mg : 3 cp/jour Teralithe LP 400 : 2,5 cp/jour
Patient 43	Haldol 5 mg : 1 cp/jour
Patient 44	Abilify 10 mg/jour Mirtazapine : 15 mg/jour Venlafaxine : 112,5 mg/jour
Patient 45	Risperdaloro 4 mg/jour Teralithe LP 400 : 2cp/jour Seresta 50 mg : 1 cp/jour
Patient 46	Risperdaloro 6 mg/jour Depamide 300 mg : 3 cp/jour
Patient 47	Olanzapine 15 mg/jour
Patient 48	Lyrice 50 mg : 4 gel/jour Risperdaloro 3 mg/jour Théralène : 10 gouttes au coucher
Patient 49	Haldol 6 mg/jour
Patient 50	Risperdal consta 50 mg/15 jours Valium 5 mg : 1,5 cp/jours Imovane 7,5 mg le soir
Patient 51	Risperdal consta 50 mg
Patient 52	Risperdalconsta LP 50 mg Valium 10 mg/jour

Tableau 8 : Traitement à la sortie en programme de soin chez les patients de notre échantillon.

**D. Diagnostic psychiatrique des patients de notre échantillon selon la
CIM 10.**

	Code diagnostic CIM 10	Diagnostic
Patient 1	F317 F600 F101	Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission Personnalité paranoïaque Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
Patient 2	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 3	F220	Trouble délirant
Patient 4	F3211	Episode dépressif moyen avec syndrome somatique.
Patient 5	F317	Trouble affectif bipolaire actuellement en rémission
Patient 6	F302 F121	Manie avec symptômes psychotiques Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.
Patient 7	F2008	Schizophrénie paranoïde, autre évolution
Patient 8	F317	Trouble affectif bipolaire actuellement en rémission
Patient 9	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 10	F2002	Schizophrénie paranoïde épisodique avec déficit stable
Patient 11	F200 F1925	Schizophrénie paranoïde Syndrome de dépendance à des drogues multiples et à d'autres substances psychoactives
Patient 12	F259 F121	Trouble schizo-affectif, sans précision Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.
Patient 13	F200 F1224	Schizophrénie paranoïde Syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, utilisation actuelle
Patient 14	F313 F1022	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne Syndrome de dépendance à l'alcool, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale.
Patient 15	F319 F148 F172 F121	Trouble affectif bipolaire sans précision Autres troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
Patient 16	F310 F12240	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque Syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, utilisation actuelle, sans symptômes physiques

Patient 17	F209	Schizophrénie, sans précision
Patient 18	F206 F1122 F1325	Schizophrénie simple Syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale Syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue.
Patient 19	F2004	Schizophrénie paranoïde, rémission complète.
Patient 20	F220	Trouble délirant
Patient 21	F317 F607	Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission Personnalité dépendante
Patient 22	F317 F121 F172	Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance
Patient 23	F200 F172 F112 F122 F141	Schizophrénie paranoïde Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de dépendance Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis : syndrome de dépendance Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : utilisation nocive pour la santé
Patient 24	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 25	F200 F102	Schizophrénie paranoïde Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool : syndrome de dépendance
Patient 26	F315 F172 F600	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: syndrome de dépendance Personnalité paranoïaque
Patient 27	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 28	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 29	F311	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
Patient	F2014	Schizophrénie hébéphrénique, rémission incomplète.

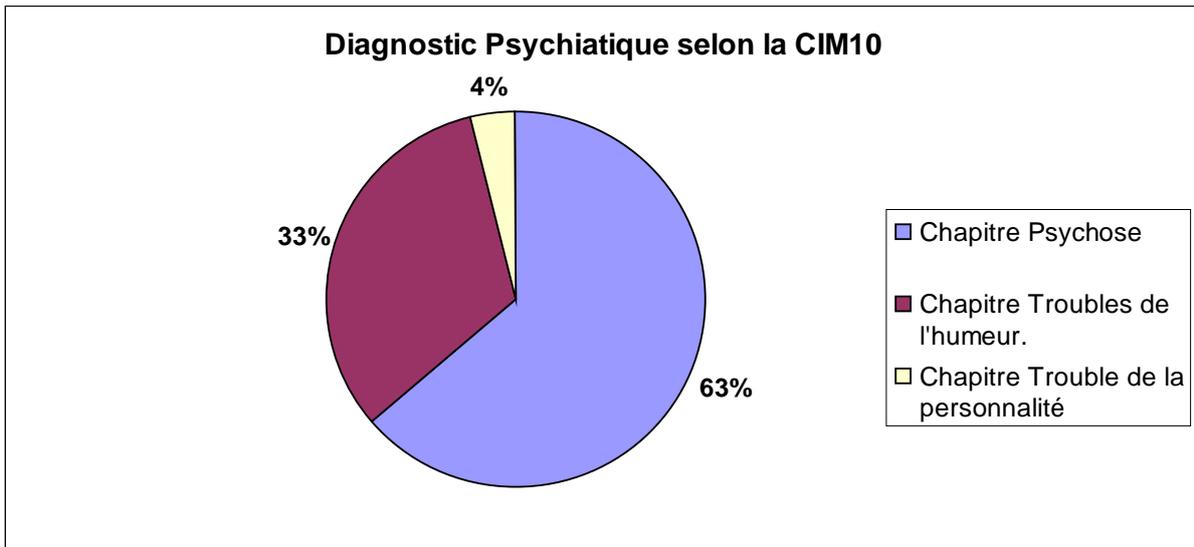
30		
Patient 31	F 2002 F121	Schizophrénie paranoïde épisodique avec déficit stable Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé.
Patient 32	F250	Trouble schizo-affectif type maniaque
Patient 33	F200 Z 720	Schizophrénie paranoïde Difficultés liées à l'usage de tabac
Patient 34	F2003 F121 F603	Schizophrénie paranoïde épisodique rémittente Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé Personnalité émotionnellement labile
Patient 35	F312 F121	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé
Patient 36	F252 F121 Z720	Trouble schizo-affectif, type mixte Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé Difficultés liées à l'usage de tabac
Patient 37	F203 F101	Schizophrénie indifférenciée Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé
Patient 38	F250 F120	Trouble schizo-affectif type maniaque Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë
Patient 39	F312 F604	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques Personnalité histrionique
Patient 40	F302	Manie avec symptômes psychotiques
Patient 41	F603	Personnalité émotionnellement labile
Patient 42	F302	Manie avec symptômes psychotiques
Patient 43	F239 F101	Trouble psychotique aigu et transitoire Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé
Patient 44	F603	Personnalité émotionnellement labile Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de dépendance Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance
Patient 45	F301	Manie sans symptômes psychotiques
Patient 46	F250	Trouble schizo-affectif type maniaque
Patient 47	F200	Schizophrénie paranoïde

	F121 F601	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé Personnalité schizoïde
Patient 48	F229 F172	Trouble délirant persistant, sans précision Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance.
Patient 49	F233 F 600	Autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant Personnalité paranoïaque
Patient 50	F200	Schizophrénie paranoïde
Patient 51	F220 F121 F172	Trouble délirant Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : utilisation nocive pour la santé Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance
Patient 52	F2009 F191	Schizophrénie paranoïde, évolution imprévisible, période d'observation trop brève Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : utilisation nocive pour la santé.

Tableau 9 : Diagnostics principaux et diagnostics associés de chaque patient de notre échantillon selon la CIM10.

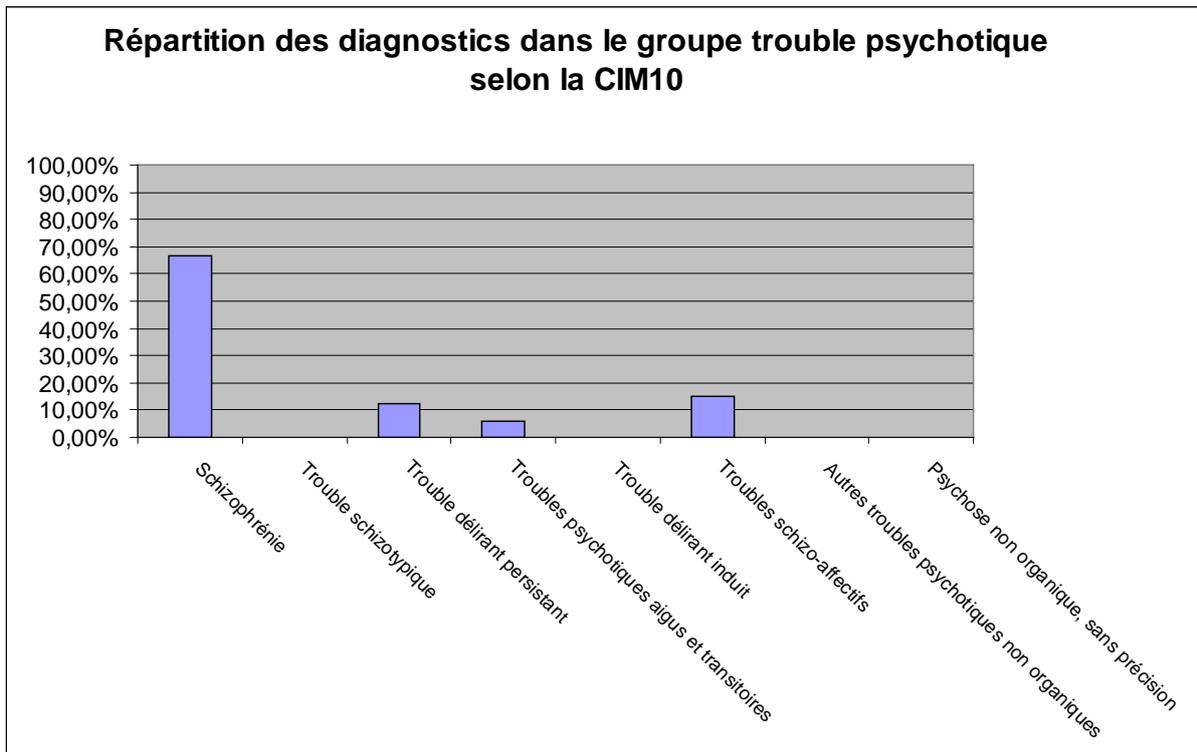
1. Diagnostic principal

64% des patients avaient un diagnostic principal du chapitre psychose (F20-F29 selon la CIM10). 32,7% avaient un diagnostic principal du chapitre troubles de l'humeur (F30-F39) et 3,8% un diagnostic du chapitre trouble de la personnalité (F60).



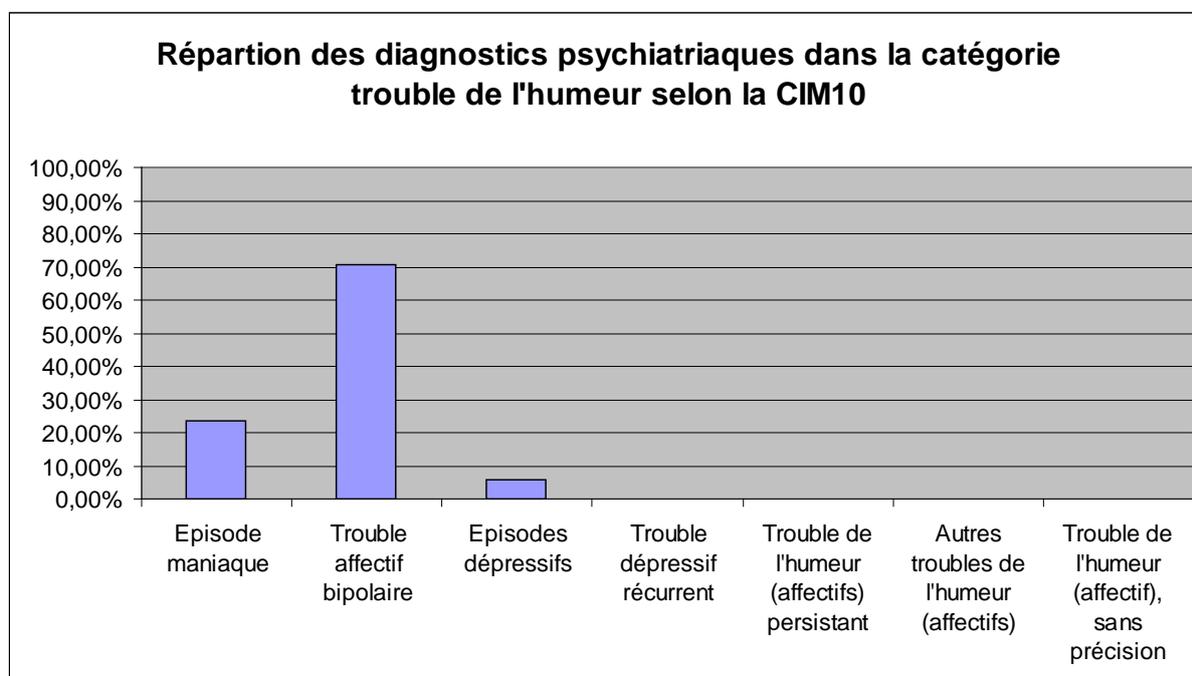
Graphique 19 : répartition des patients selon leur diagnostic principal.

Parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre psychose, 66,7% avaient un diagnostic de schizophrénie, 12,1% de trouble délirant persistant, 6% de trouble psychotique aigu et transitoire, et 15% de trouble schizo-affectif.



Graphique 20 : répartition des patients ayant un diagnostic principal de trouble psychotique selon la CIM 10.

Parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre trouble de l'humeur, 23,5% ont un diagnostic d'épisode maniaque, 70,6% de trouble affectif bipolaire et 5,9% d'épisode dépressif.



Graphique 21 : répartition des patients ayant un diagnostic principal de trouble de l'humeur selon la CIM 10.

Code diagnostic	Nom du chapitre	Pourcentage de l'échantillon (%)
F20 – F 29	Chapitre Psychose	63,50%
F30 - F39	Chapitre Troubles de l'humeur.	32,70%
F60	Chapitre Trouble de la personnalité	3,80%

Tableau 10 : Répartition des diagnostics principaux chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

Code CIM10	Nom du chapitre CIM 10	Pourcentage de l'échantillon (%)
F20	Schizophrénie	66,70%
F21	Trouble schizotypique	0,00%
F22	Trouble délirant persistant	12,10%
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	6,00%
F24	Trouble délirant induit	0,00%
F25	Troubles schizo-affectifs	15,10%
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	0,00%
F29	Psychose non organique, sans précision	0,00%

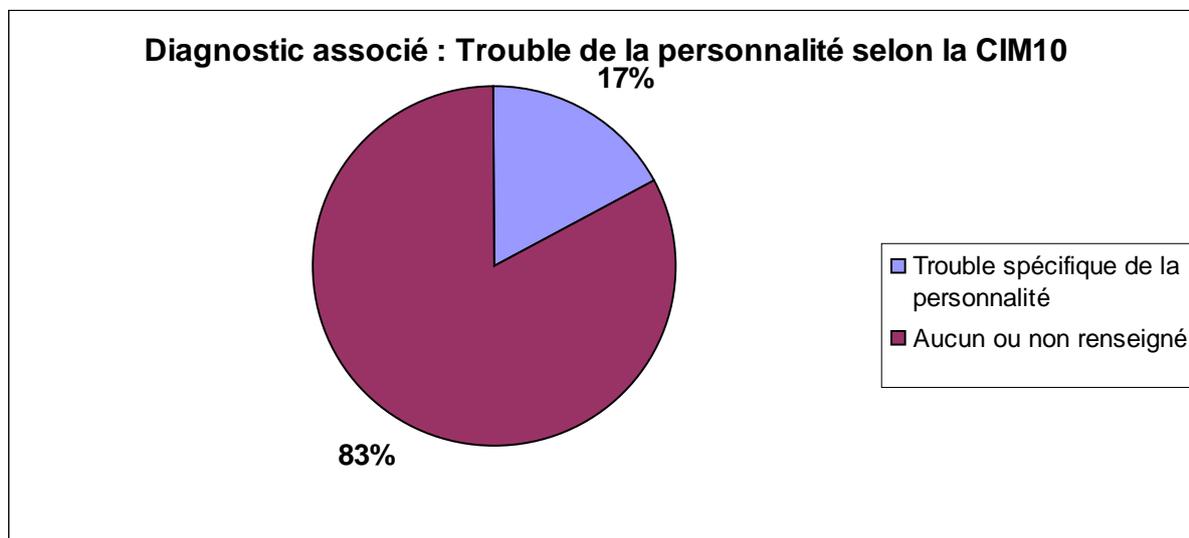
Tableau 11 : Répartition des diagnostics principaux parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre psychose selon la CIM 10 (F20-F29).

Code CIM 10	Nom du chapitre CIM 10	Pourcentage de l'échantillon (%)
F30	Episode maniaque	23,5
F31	Trouble affectif bipolaire	70,6
F32	Episodes dépressifs	5,9
F33	Trouble dépressif récurrent	0
F34	Trouble de l'humeur (affectifs) persistant	0
F38	Autres troubles de l'humeur (affectifs)	0
F39	Trouble de l'humeur (affectif), sans précision	0

Tableau 12 : Répartition des diagnostics principaux parmi les patients ayant un diagnostic du chapitre troubles de l'humeur.

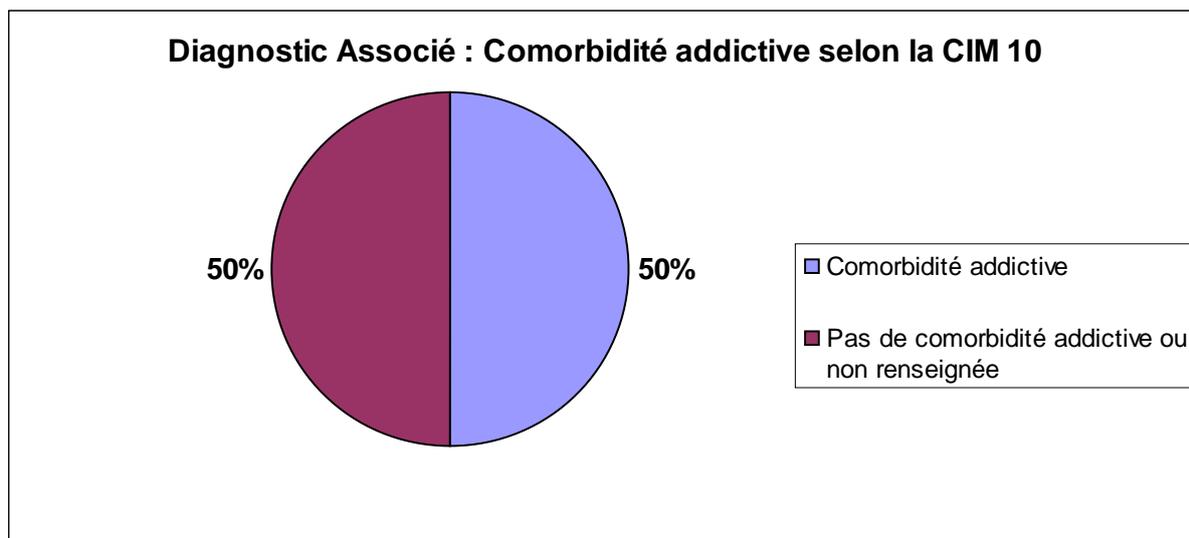
2. Diagnostics associés.

17,3% des patients ont un diagnostic de trouble de la personnalité associé.



Graphique 22 : diagnostic associé de trouble de la personnalité.

50% des patients ont une comorbidité addictive associée.



Graphique 23 : diagnostic associé de comorbidité addictive.

Code CIM 10	Nom du chapitre CIM 10	Pourcentage de l'échantillon (%)
F60	Trouble spécifique de la personnalité	17,3
Aucun ou non renseigné		82,7

Tableau 13 : Diagnostic associé de troubles de la personnalité chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

Comorbidité addictive	50,00%
Pas de comorbidité addictive ou non renseignée	50,00%

Tableau 14 : Présence d'une comorbidité addictive.

Code CIM 10	Nom du chapitre CIM 10	Pourcentage de l'échantillon (%)
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.	9,6
F11	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	3,8
F12	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	28,8
F13	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques	1,9
F14	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne	3,8
F15	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants y compris la caféine	0
F16	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes	0
F17	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac	17,3
F18	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils	0
F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples ou autres substances psycho-actives.	3,8

Tableau 15 : Diagnostic associé de comorbidité addictive chez les patients de notre échantillon selon la CIM 10.

E. Critère de jugement principal.

1. Durée moyenne du programme de soins.

La durée moyenne du programme de soin est de 458 jours.

32,6% des patients ont été en programme de soin pendant moins de 6 mois, 28,6% pendant 6 mois à 1 an, et 38,7% ont eu un programme de soin d'une durée supérieure à 1 an.

2. Nombre d'hospitalisations dans les trois ans avant programme de soin.

Le nombre moyen d'hospitalisations sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant dans les trois ans précédant la mise en place du programme de soin était de 1,97.

3. Nombre de jours d'hospitalisation dans les trois ans avant le programme de soin.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisations dans les 3 ans précédents le programme de soin était de 153,38 jours.

4. Nombre d'hospitalisations depuis la mise en place du programme de soin.

Le nombre moyen d'hospitalisations après la mise en place du programme de soin était de 1,04.

29 patients n'ont pas été réhospitalisés au Centre Hospitalier Gérard Marchant après la mise en place du programme de soin.

5. Nombre de jours d'hospitalisation depuis la mise en place du programme de soin.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation après la mise en place du programme de soin était de 51,9 jours.

6. Nombre de patients réhospitalisés pendant le programme de soin.

Le nombre de patients réhospitalisés pendant le programme de soin était de 15, soit 30%.

	Durée du PDS en jours	Nombre d'hospitalisation dans les 3 ans avant PDS	Nombre d'hospitalisation après PDS	Nombre de jours d'hospitalisation dans les 3 ans avant PDS	Nombre de jours d'hospitalisation après PDS
Patient 1	85	4	1	336	49
Patient 2	321	1	0	90	0
Patient 3	755	1	0	96	0
Patient 4	120	1	0	94	0
Patient 5	1313	1	0	0	57
Patient 6	780	2	2	188	127
Patient 7	160	0	2	0	200
Patient 8	1330	8	0	100	0
Patient 9	844	1	0	156	0
Patient 10	Patient en CPC				
Patient 11	1167	3	1	249	48
Patient 12	109	1	0	118	0
Patient 13	183	1	0	27	0
Patient 14	36	8	6	394	214
Patient 15	317	0			
Patient 16	85	1	1	15	25
Patient 17	257	5	0	441	0
Patient 18	305	1	0	19	0
Patient 19	1331	3	0	865	0
Patient 20	775	4	4	124	433

Patient 21	236	1	2	56	35
Patient 22	117	4	5	161	130
Patient 23	290	1	0	30	0
Patient 24	737	4	0	122	0
Patient 25	599	1	0	498	0
Patient 26	455	6	0	538	0
Patient 27	622	0	0	0	0
Patient 28	1068	0	2	0	122
Patient 29	303	5	1	59	11
Patient 30	307	2	0	167	0
Patient 31	19	2	0	396	0
Patient 32	149	1	3	82	12
Patient 33	438	1	0	44	0
Patient 34	1084	2	0	83	0
Patient 35	499	2	1	232	252
Patient 36	177	2	2	347	88
Patient 37	203	1	0	440	0
Patient 38	104	2	3	98	33
Patient 39	936	1	4	76	229
Patient 40	203	1	0	67	0
Patient 41	137	1	0	17	0
Patient 42	256	1	0	75	0
Patient 43	324	1	1	53	7
Patient 44	102	3	7	389	225
Patient 45	180	1	2	11	297
Patient 46	658	1	0	171	0
Patient 47	Patient en fugue	1	0	22	0
Patient 48	Patient en CPC				
Patient 49	29	1	0	12	0
Patient 50	596	1	0	26	0
Patient 51	69	1	1	48	8
Patient 52	207	1	0	37	0

Tableau 16 : Données concernant le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation.

**Partie 5. Recueil des avis des différents
partis impliqués dans le Programme de
Soins.**

I. Rencontre avec Mr MARCOVICI à l'ARS.

Quel est le nombre de programmes de soin en Haute-Garonne ?

Il n'est pas possible de connaître le nombre total de programmes de soins en Haute-Garonne.

Quel est le nombre de programmes de soin en ASDT par rapport au nombre total d'ASDT ?

Il n'est pas possible de connaître le nombre de programmes de soins en ASDT.

Quel est le nombre de programmes de soin d'ASDRE par rapport au nombre total d'ASDRE ?

Au premier décembre 2014, en Haute-Garonne, il y avait 81 programmes de soins d'ASDRE et 52 hospitalisations complètes.

Parmi les 52 hospitalisations complètes, 15 patients sont en UMD et une quinzaine à l'UHSA, ce qui ramène à une proportion d'environ 80 patients en PDS pour 20 patients hospitalisés.

Parmi les patients en PDS, environ la moitié est en PDS à domicile et les autres sont en PDS en hospitalisation.

Les 122.1 bénéficient-ils de programmes de soins ?

Oui, les patients 122.1 bénéficient de programmes de soins.

Ils en bénéficient même très régulièrement, car au-delà de l'état de santé de la personne, pour lever une mesure de contrainte de 122.1, la démarche est très longue, nécessite 2 expertises psychiatriques. Donc pour permettre un retour à domicile du patient, il est fréquent de mettre en place des PDS. Cela est loin de concerner tous les 122.1, cela impose l'avis du collège, mais pas nécessairement une expertise : l'expertise peut cependant être demandée par le préfet, en cas de doute sur l'opportunité.

Quelle est l'évolution des soins sous contrainte en Haute-Garonne depuis 10 ans ?

La tendance évolue vers une assez forte augmentation des soins sous contrainte en Haute-Garonne. En ce qui concerne les HDT ou ASDT, le chiffre le plus faible était de 211 en 1992 et a atteint 949 en 2012. Globalement on note un accroissement progressif année par année des chiffres d'ASDT.

En ce qui concerne les HO ou ASDRE, il en va de même : le chiffre minimal était de 19 en

1993 et a atteint jusqu'à 235 en 2008. Globalement, on note également une croissance progressive année par année du nombre total d'ASDRE.

Dans ce tableau, il ne faut pas trop s'attarder sur la case levées des mesures, car certaines mesure de soins sans consentement ont été mises en place dans d'autres départements que la Haute-Garonne, mais ont été levées en Haute-Garonne, d'où des chiffres de levée de mesure plus important que le nombre de mesures elles-mêmes. Cela concerne essentiellement l'UHSA : en effet toutes les admissions exceptées celles qui concernent Muret ou Seysses arrivent par transfert direct d'autres départements, donc les admissions ne sont pas comptabilisées en Haute-Garonne : par contre les levées sont effectuées en Haute-Garonne, d'où cet écart.

Autres remarques.

Dernièrement, une tendance assez lourde qui se dégage est que le nombre de patients ASDRE transférés en UMD augmente.

Un des avantages lorsqu'un patient est en programme de soin est que l'on n'est plus tenu par les échéances du JLD.

Sur la Haute-Garonne, 3 établissements sont habilités pour les soins sous contrainte : l'hôpital Marchant, Casselardit et la Clinique Beaupuy. La clinique Beaupuy ne fait que des ASDT, mais ne met jamais en place de PDS.

Pour les mesures d'ASDRE, environ 80% sont des admissions par le maire, donc des procédures d'urgence.

Le nombre de PDS est très variable selon les départements : par exemple dans le Tarn et Garonne il y a très peu de programmes de soins. Le nombre de programmes de soin est également variable en fonction des secteurs où sont suivis les patients.

II. Interview de Mr LACAN, Président de l'UNAFAM.

Présentation de l'UNAFAM.

L'UNAFAM s'occupe du vécu des patients et de leur famille.

Chaque année, elle organise la semaine d'information sur la santé mentale.

L'UNAFAM est née en 1963 au moment où l'on vidait les hôpitaux psychiatriques et où les familles ont du s'occuper de leurs proches à la maison.

L'UNAFAM exerce deux types d'actions : des missions dans le domaine sanitaire auprès de malades mentaux et des missions auprès des personnes handicapées.

L'UNAFAM a 3 grandes missions :

- L'ACCUEIL des familles de malades psychiques : une accueillante écoute les familles sans les juger, et peut proposer des soutiens : groupes de parole, ateliers, informations, conférences...
- REPRÉSENTER les usagers : dans le milieu sanitaire et dans le milieu du handicap.
- PROMOUVOIRE des STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT dans la ville avec 6 buts :
 - o Eviter la rupture de soin
 - o Permettre aux personnes malades d'accéder à des ressources (AAH...).
 - o Permettre aux personnes de bénéficier d'un accompagnement adapté
 - o Permettre aux personnes d'avoir un logement
 - o Permettre à la personne d'obtenir une protection juridique (tutelle, curatelle) si nécessaire
 - o Trouver des structures occupationnelles à la personne si elle est suffisamment stabilisée.

Il existe **4 groupes de parole** sur Toulouse : ils se réunissent une fois par mois pendant une année ou plus sur 4 lieux différents.

- Les groupes de paroles sont animés par un psychologue et coordonnés par un bénévole de l'UNAFAM. Ils permettent :

- De partager, échanger, avoir une écoute réciproque
- De mieux mobiliser les ressources personnelles
- De rompre l'isolement
- De trouver une position différente et probablement plus « aidante » vis-à-vis de ses proches.

Les ateliers d'entraide : permettent de faire face dans le temps.

Ces ateliers s'étalent sur 3 jours et se déroulent à raison de 10 séances de 2h.

Ils sont animés par deux animateurs bénévoles de l'UNAFAM et permettent par une pédagogie de pair à pair :

- De se réassurer sur la réalité de ce qu'on vit
- De mieux comprendre la souffrance de son proche
- D'apprendre des techniques pour faire face.

L'UNAFAM représente les usagers « famille » et les usagers « patients » pour défendre leurs droits et leurs intérêts dans :

Des structures administratives :

- Agence régionale de santé (ARS), conférence de territoire
- Commission départementale des Hospitalisations psychiatriques (CDHP)
- Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)
- Conseil de surveillance de l'Hôpital Gérard Marchant
- Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH)
- Cap emploi, ...
- Conseil Local de la Santé Mentale (CLSM) de la ville de Toulouse

Des structures de soins :

- Commissions des Relations des Usagers et de la Qualité de leur Prise en Charge (CRUQPC), dans les cliniques, au CHS Gérard Marchant et dans les Centres de Post Cure, ...

Des structures médico-sociales :

- Centre de post-cure
- ESAT

Des structures sociales :

- Union Départementale des Associations de Familles (UDAF)
- Mairie de Toulouse, commission accessibilité
- CCAS

L'UNAFAM s'efforce de promouvoir la création de différentes structures d'accompagnement.

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

Ces deux structures apportent une assistance dans la vie quotidienne, dans le maintien du lien social mais aussi dans la continuité des soins.

Logement et hébergement : différents types d'hébergements adaptés sont envisageables; en milieu ordinaire, appartements thérapeutiques, communautaires, appartements relais, résidences d'accueil, mais aussi en établissement (foyer de vie, de travailleur...).

Lieux pour rompre l'isolement, s'entraider : l'UNAFAM essaye de promouvoir la création de Groupes d'Entraide Mutuelle – GEM – en s'appuyant du des « parrains » gestionnaires. Il existe à ce jour plusieurs GEM sur le département.

Travail en milieu ordinaire ou protégé : il existe des structures en milieu adapté mais aussi en milieu protégé (ESAT), ainsi que des lieux d'évaluation et de formation (CRIC). L'UNAFAM siège au conseil d'administration de Cap Emploi.

Toutes ces aides doivent permettre au patient d'être dans la société, d'exercer son rôle de citoyen.

Le patient malade psychique est au **coeur d'un réseau** : différentes personnes et structures gravitent autour de lui :

1. Structures sanitaires :

1. Médecin généraliste
2. Psychiatre (secteur public et privé)
3. Urgences (de l'hôpital Purpan à Toulouse)
4. Centres de consultation : CMP
5. Hospitalisations : en secteur public (HL-ASDT-ASDRE) et en secteur privé (HL et ASDT à Beaupuy)
6. Hôpital de jour
7. CATTP
2. Sanitaire et social :
 1. CPAM
 2. Centre de post-cure
 3. Foyer de vie
 4. Maison d'accueil spécialisée
 5. Maison de retraite médicalisée
3. Social :
 1. Conseil général, assistantes sociales
 2. RSA
 3. MDPH
 4. Mairie – CCAS
 5. Appartements associatifs
 6. CAF (paiement AAH, aides au logement)
 7. Tribunal d'instance (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle simple, curatelle renforcée)
 8. Logements individuels
 9. GEM
 10. Familles d'accueil
 11. ESAT / Cap Emploi.

Comment l'UNAFAM a-t-elle ressenti la loi du 5 juillet 2011 ?

L'UNAFAM a apprécié l'arrivée de la loi du 5 juillet 2011, car depuis il est possible de mettre en place de soins sous contrainte sans lettre des familles. Les familles ont été soulagées par cette loi. L'UNAFAM trouve que la loi est dans le droit fil de ce qu'elle veut faire.

Y a t'il un avant et un après programme de soin ? (Le patient n'est plus sous le régime des sorties d'essai, mais il est en suivi ambulatoire dans un cadre juridique d'incitation aux soins).
Cela change-t'il quelquechose ?

Avec le PDS, c'est comme si le patient avait un fil à la patte : c'est un facteur positif pour un certain nombre de patients pour qu'ils continuent à être compliants aux soins. Les familles ne sont plus obligées de vérifier si le patient se soumet aux soins, ça réassure les familles.

Percevez-vous les limites de cette loi et surtout le fait qu'on ne peut pas aller de force au domicile du patient et le réintégrer ?

Oui, ceci constitue une des limites du PDS.

Le fait qu'on ne puisse aller chercher le patient est aussi un problème de moyens.

La famille se ressent-elle comme un tiers mieux reconnu désormais ?

Les familles se sentent moins impliquées depuis la loi du 5 juillet, ça les soulage.

Le fait que la loi envisage la possibilité de soins sous contrainte sans avoir besoin d'une lettre des familles les soulage.

Les familles perçoivent-elles le PDS comme une réduction de liberté ?

Non, elles apprécient le PDS et le fait que le membre de leur famille qui est malade soit dans l'obligation de se soumettre à des soins.

III. Interview d'Emmanuelle Bourlier, représentante des usagers, membre de l'association « Toutes voiles dehors ».

Quel est votre avis sur le programme de soin ambulatoire ?

Le PDS devrait être mis en place en **dernier recours**.

S'il y a des avantages au PDS et que quelqu'un le démontre pourquoi pas ?

Mais l'**alliance thérapeutique** doit être recherchée par tout moyen : ce n'est pas la même chose de se soumettre volontairement à des soins psychiatriques que d'y être obligé.

Le PDS renvoie à une notion de « **chantage** », c'est comme si on menaçait le patient de le renvoyer à l'hôpital s'il ne respecte pas correctement ses soins : il y a un côté infantilisant : « si tu ne viens pas on te réhospitalise ». C'est comme lorsque l'on menace un enfant de le punir s'il ne fait pas quelque chose.

Le PDS doit être considéré comme une solution de **dernier recours**, lorsque le patient n'a **aucune conscience** des troubles, lorsque **tout a été tenté** pour essayer d'obtenir l'alliance, lorsque le patient présente une **dangerosité** pour lui-même ou autrui, si cela peut lui permettre d'éviter une hospitalisation à temps plein.

Avant de mettre en place un PDS, l'alliance thérapeutique doit être recherchée par tout moyen : la thérapie, le traitement médicamenteux doivent être un travail de **collaboration** entre le patient et son médecin. Il faut que le patient ait envie de parler si on veut qu'il dise la vérité : si on le force à parler, on a toutes les chances pour qu'il mente au psychiatre.

Il faut que le patient comprenne qu'il a un **rôle actif** à jouer dans ses soins, que plus il va travailler sincèrement et plus il va avancer.

Le travail psychiatrique est un soin : ce qui serait bien serait de montrer au patient l'intérêt qu'il a pour lui-même à s'investir dans une relation thérapeutique.

Si le PDS s'avère incontournable, il serait bien que le patient ressente le fait que c'est **par inquiétude** que le PDS est mis en place.

Il serait bien de **limiter la durée** du programme de soin dans le temps, que le patient sache que régulièrement le PDS sera réévalué, pour ne pas se sentir à vie « condamné » à une PDS. La **notion de temps** est importante comme pour les contentions et les mises en chambre d'isolement : il faut que le patient ait une échéance.

La **relation thérapeutique** est riche, et il faut la mettre en valeur aux yeux du psychiatre et aux yeux du patient. Il faut expliquer au patient les bénéfices qu'il peut avoir à s'investir dans une relation thérapeutique.

Avez-vous des exemples de patients en programme de soin ?

Seul un patient de l'association est en PDS : il s'agit d'un patient schizophrène. Ce patient peut expliquer qu'au début le PDS lui a été utile, il lui a permis de « **se poser** ». Mais actuellement, le patient ressent le PDS comme infantilisant : il tente par tout moyen de négocier son PDS pour l'élargir, il a réussi à débarrasser des infirmiers à domicile par exemple. Le patient commence à en avoir marre des psychiatres, il a l'impression que ça lui embarrasse la vie. Il semble ressentir comme une sorte d'amertume envers les psychiatres, c'est comme s'il avait une revanche à prendre envers les psychiatres. Il a le sentiment que les psychiatres veulent l'emprisonner.

Existe-t'il des chat de patients ?

Oui il existe de nombreux chat pour les patients bipolaires et pour les patients schizophrènes.

Existe-t'il une différence entre avant et après la mise en place des PDS ? (le patient n'est plus sous le régime des sorties d'essai mais il est en suivi ambulatoire dans un cadre d'incitation aux soins).

Le programme de soin est beaucoup plus pratique pour les soignants par rapport aux permissions. Il est plus simple de faire un PDS que des sorties.

Si l'on reprend l'exemple du patient schizophrène en PDS, pour lui le PDS a été plus bénéfique que les sorties d'essai au début car cela lui a permis de se poser.

Comment percevez-vous les limites de cette loi du fait qu'on ne peut pas aller de force au domicile du patient et le réintégrer ?

On menace le patient de quelque chose qu'on ne fera même pas car c'est trop compliqué à faire. S'il y a vraiment une dangerosité pour la personne elle-même ou pour autrui, je ne suis pas contre les interventions à domicile.

Comment percevez-vous le fait que certains secteurs ne l'utilisent pas ?

Certains secteurs n'utilisent quasiment pas le PDS : c'est le joker lorsque tout a été tenté pour obtenir une alliance, comme la chambre d'isolement et les contentions qui ne doivent être

utilisées qu'en dernier recours.

Alors que pour certains secteurs, le PDS est une solution de facilité.

Il ne faut pas que le PDS soit une solution de facilité, s'il est mis en place c'est parce-qu'il n'y a pas le choix et s'il n'y a pas le choix il faut bien l'expliquer au patient : le patient mérite une information claire.

Il faut ensuite en rediscuter régulièrement avec le patient et lui donner les délais dans lesquels le PDS sera réévalué.

La contrainte n'est pas naturelle : il faut bien dire que c'est par inquiétude et non pas pour « mater » le patient.

Le patient perçoit-il cela comme une réduction de liberté ?

Oui, le patient peut percevoir cela comme une réduction de liberté : ça touche le psychisme, l'intime, la confiance, l'estime de soi, et aussi la notion de majorité (> 18 ans).

IV. Interview de Jean-Jacques LAYANI, Président du comité d'éthique.

Quelle vision avez-vous du programme de soins ambulatoire ?

L'un des corollaires du PDS ambulatoire est de soustraire le patient à toute contrainte.

Le PDS ambulatoire introduit une notion de « veille » sur le patient, une surveillance particulière.

La mise en place du PDS ambulatoire fait qu'il n'y a plus d'intervention du Juge des libertés (JLD).

Quelle différence faites-vous entre soins sous contrainte et soins sans consentement ?

Les soins sous **contrainte** interrogent l'ensemble des disciplines médicales et pas seulement la psychiatrie.

La contrainte suppose un **arsenal juridique**, on est dans une dimension de juridisation.

Les soins sans consentement quant à eux, replacent la notion d'évaluation médicale : le médecin **évalue la capacité d'un individu à consentir** et met en place des soins sans consentement s'il juge que le patient n'est pas en mesure de consentir à des soins qui lui sont nécessaires.

Il y a une ambiguïté entre notion de consentement et notion de contrainte.

Le médecin n'a pas d'autorité pour contraindre un patient, mais il peut **évaluer sa capacité à consentir**.

Cette capacité à consentir peut être partielle (par exemple, un patient peut accepter de prendre un traitement, mais n'accepte pas de rester à l'hôpital). Cette capacité à consentir peut également être fluctuante et doit donc être évaluée dans le **temps** et dans l'**espace**.

La loi du 5 juillet 2011 a supprimé la notion d'hospitalisation (HDT, hospitalisation à la demande d'un tiers, et HO, hospitalisation d'office). Elle a introduit à la place la notion de **soins** et de **consentement**. La tâche du médecin réside maintenant à évaluer la capacité d'un individu à consentir ou non à des soins.

Le programme de soin peut être considéré comme une **mesure de transition** entre l'hospitalisation et la sortie définitive du patient.

Une autre dimension de la loi du 5 juillet 2011 est que l'évaluation du consentement n'est pas limitée à l'hospitalisation : le PDS ambulatoire permet d'évaluer la **constance du consentement** dans le temps. Les patients psychotiques sont souvent ambivalents et leur capacité à consentir est **fluctuante** dans le temps : la mise en place d'un PDS permet de les surveiller.

Certains patients sont asymptomatiques depuis plusieurs mois, et pourtant le médecin maintient le programme de soins ambulatoire : considérez-vous cela comme un abus de pouvoir ?

Oui, c'est un abus de pouvoir.

Prenons l'exemple d'un patient schizophrène paranoïde qui était à l'époque en congé d'HO, et qui venait régulièrement faire ses injections de modécate au CMP (Centre médico-Psychologique), mais qui était dans le refus de ces injections. Le patient allait bien, travaillait dans un cabinet d'avocat. Une question se pose : le patient n'a-t'il pas le **droit à la rechute** ?

Les mesures qui durent trop longtemps s'apparentent plus à la contrainte qu'à la recherche du consentement.

D'après moi, si la mesure dépasse un certain temps (6 mois à 1 an), la mesure ne devrait plus dépendre du médical, mais ce devrait être à la justice ou la société de décider de la poursuite ou non de cette mesure.

De plus, en levant la mesure, on ne peut pas prévoir avec certitude si un patient va rechuter ou non.

Percevez-vous le PDS comme une entrave aux libertés ? Comme un abus de pouvoir ?

Tout dépend de la dimension que l'on met au PDS.

Lorsque l'on met en place un PDS, il n'y a plus d'intervention du JLD, donc la mesure n'est plus une aliénation, ce n'est plus une forme de privation de liberté.

La mesure est mise en place pour évaluer la capacité de l'individu à consentir.

Que pensez-vous de la réintégration des patients en PDS ? Que penser du fait que le médecin qui met en place le PDS est souvent celui qui décide de la réintégration ?

En pratique, la personne qui va prendre la décision de réintégration est plus une équipe médicale qui s'occupe du patient que le médecin seul.

Le PDS est comme une sorte de deal entre le médecin et son patient : si le patient ne respecte pas le contrat, alors le deal est rompu et le médecin est obligé de réintégrer le patient.

Exemple de situation clinique : un jour le Samu me téléphone à propos d'un patient psychotique qui n'a pas été vu depuis un moment par le service qui s'en occupe et dont la famille n'a pas de nouvelles non plus. Ce patient est en PDS. La famille a appelé le Samu pour faire quelque chose. Le Samu m'a alors contacté pour savoir s'il fallait réintégrer le patient, mais je n'ai pas pu répondre car je ne connaissais pas le patient.

L'équipe qui s'occupe de lui aurait peut-être pu répondre car c'est elle qui connaît le mieux le patient.

Remarque : certains établissements privés (comme la clinique Beaupuy à Toulouse) sont habilités à accueillir des patients en ASDT, mais ne mettent jamais en place de PDS. C'est un non sens pour moi.

Je pense que cela sert simplement de filtre pour déceler des hospitalisations sous contrainte abusives.

Si l'on considère la réintégration des patients en PDS ambulatoires : quelle est la limite en terme de droit du patient et de respect des libertés individuelles ?

Pour moi le PDS n'est pas une contrainte pour le patient, mais ça en est une pour le médecin, car la loi stipule qu'on ne peut pas aller chercher le patient si celui-ci ne respecte pas le PDS.

Mais il y a tout de même une responsabilité médicale : si le médecin estime qu'il y a une dangerosité potentielle du patient pour lui-même ou pour autrui s'il ne respecte pas le PDS, alors le médecin est contraint de réintégrer le patient (la plupart du temps en ASDRE). Cette mesure est basée non pas sur le consentement mais sur la dangerosité potentielle du patient.

Si le patient ne respecte pas le PDS mais qu'on estime qu'il n'y a pas de dangerosité, alors on peut lever la mesure.

Y a-t'il eu des plaintes de patients ou de familles concernant le PDS ?

Pour l'instant on ne relève aucune plainte de patient.

Par contre, les familles trouvent souvent que la mesure n'est pas assez contraignante.

Il y a des pratiques différentes concernant les PDS ambulatoires : certains praticiens ne mettent jamais en place de PDS ambulatoires : leur responsabilité peut-elle être recherchée en

cas de problème grave ?

Normalement non : si la capacité à consentir a été bien évaluée par le praticien et qu'elle n'était pas altérée, alors sa responsabilité ne peut être engagée. Il faut bien sur que la capacité à consentir ait bien été recherchée et que ceci soit bien stipulé dans le dossier du patient.

Autres remarques :

Un programme de soins devrait concerner tous les patients à leur sortie d'hospitalisation : ce qui doit différer est programme de soins avec consentement et sans consentement.

Il devrait également y avoir un délai pour les PDS : on pourrait fixer un délai de 1 an, au-delà duquel si la capacité à consentir est toujours fluctuante, une autorité autre que celle du médecin devrait prendre le relais.

Conclusion : toujours se poser la question suivante : « Et si c'était moi ? ».

V. Rencontre avec des patients.

A. Interview patient 1.

Mr M.S.

Quand avez-vous été en programme de soin ?

Je ne suis plus en programme de soin depuis le 27 mai 2015 mais maintenant je suis sous curatelle.

J'ai été deux fois en programme de soin.

Vous souvenez-vous pourquoi vous aviez été hospitalisé avant d'être en programme de soin ?

Je ne me souviens pas trop, j'ai été hospitalisé car j'avais fumé du schitt

A l'époque, je ramassais les mégôts par terre et je les fumais sans savoir ce que c'était. Il est possible que j'ai fumé des produits dont je ne savais pas ce que c'était.

J'étais en HO.

Avez-vous compris pourquoi le Dr H a mis en place un programme de soin ?

Je pense que l'intérêt c'est de veiller sur moi, mais je n'en ai jamais parlé avec le Dr H. J'ai fait une TS car je trouvais le traitement trop lourd, c'était cinq fois par jour. Je me demande comment il a pu me laisser sortir avec un traitement aussi lourd.

Qu'est-ce que « veiller » veut dire pour vous ?

C'est pour que je ne rechute pas. Je pense que ça a marché car le DR H a dit que j'étais asymptomatique. Maintenant, il faut que j'arrive à me réaliser professionnellement : j'ai un projet musical et je vais me remettre à la programmation informatique.

A quoi étaient liées les rechutes selon vous ?

En 2012 et 2014 aux consommations de cannabis. En 2010, et 2011 je ne sais pas trop, sûrement car le traitement n'était pas adapté alors au bout d'un moment je ne le prenait plus.

Là je trouve que le traitement est adapté, il n'est pas trop lourd.

A chaque rechute, en 2012 et 2014 j'avais arrêté le traitement, mais pas longtemps

Que pensez-vous du traitement maintenant ?

Maintenant je suis prêt à continuer le suivi et le traitement. Le truc c'est que le traitement et le schitt c'est pas compatible.

Et la curatelle ?

Je suis sous curatelle depuis 2 mois et demi, le Dr H m'en avait parlé et c'est moi qui l'ai demandé car j'avais trop de dettes et je ne savais plus par où commencer pour m'en sortir.

Avez-vous trouvé le PDS contraignant ?

Par moment, oui, mais ça fait tellement longtemps que je côtoie le milieu que je me suis fait une raison.

B. Interview patient 2.

Monsieur A.

Comment vivez-vous le programme de soin ?

Très mal, car ça fait longtemps que je suis en soin médical psychiatrique et je ne comprends pas pourquoi on poursuit les soins.

Considérez-vous le programme de soin comme une contrainte ?

C'est une contrainte lourde car ça m'oblige à avoir une injection et ça me fait dormir pendant deux à trois jours après.

Je suis en suivi psychiatrique depuis 2005 et j'ai assez donné dans la psychiatrie.

J'ai juste l'AAH pour vivre et c'est insuffisant pour vivre.

Depuis quand êtes-vous en programme de soin ?

J'ai été hospitalisé fin 2012, je suis sortie en mars 2013 et depuis je suis en PDS.

Le Dr F vous a-t-elle dit pourquoi elle vous a mis en PDS ?

Elle ne m'a pas dit pourquoi je suis en PDS et ça n'arrange pas mes affaires. Je pense que maintenant il faut parler de ma situation économique personnelle, c'est ce qui prime.

On m'avait dit que je serais suivi pour quelques mois en 2005 et depuis je suis toujours suivi.

Je voudrais arrêter les soins médicaux et les consultations.

C. Interview patient 3.

Mr B.

Comment allez-vous ?

Je suis sorti de l'hôpital le 15 novembre 2014. J'ai retravaillé à deux tiers temps, puis je me suis fait mettre en arrêt de travail. Mon contrat s'est terminé et je n'ai pas été renouvelé et là je vais être au chômage. J'attends d'être au chômage et je vais faire une formation qualifiante dans quelque chose qui m'intéresse.

J'ai une curatrice qui s'occupe de mes finances et c'est très dur, car elle ne me donne pas assez.

Comment ça se passe depuis votre sortie de l'hôpital ?

Ca se passe bien depuis que je suis sorti, le traitement est adapté et je crois qu'on peut dire que je suis stable.

Que pensez-vous du programme de soin ?

Il peut y avoir une fin au programme de soin. Je n'en pense rien de mal. Je pense que c'est de la prévoyance s'il y a un souci. S'il y a un souci majeur, que je me fais du mal ou que je fais du mal aux autres, je serai hospitalisé.

C'est le signal d'alerte avant l'hospitalisation.

Je me dis que c'est une période à passer. Je préfère être là qu'à l'hôpital.

C'est une contrainte mais il ne faut pas le voir comme une contrainte : je fais en sorte que cette contrainte ne m'affecte pas trop.

C'est des obligations à honorer, il faut que je vienne voir le médecin tous les mois, que je vienne voir les infirmiers chaque semaine pour faire le traitement et que je prenne le traitement.

Tout ce qui est fait autour de moi, c'est pour mon bien, c'est une période de test, ça va se finir un jour.

Je supporte bien les obligations, j'encaisse... : j'encaisse cette période difficile financière, et le fait que je ne sois pas libre complètement.

Ca m'aide de voir le médecin une fois par mois, de faire le point avec lui.

J'aimerais finir l'entretien par un seul mot : PREVOYANCE. Le programme de soin, c'est de la prévoyance.

D. Interview patient 4.

Mr M.

Patient bipolaire, mis en programme de soin et réhospitalisé suite à une fugue à l'étranger et arrêt de suivi et de traitement.

Vous souvenez-vous quand a été mis en place le programme de soins ?

Je ne me souviens pas quand a été mis en place le PDS. La dernière fois c'était courant janvier.

Savez-vous pourquoi un programme de soins a été mis en place ?

Ca a été mis en place car je n'allais pas bien. Dans l'état où j'étais, il fallait prendre le risque, tester ce qui était le mieux.

Au niveau des pensées mystiques, quand ça vient, c'est très désagréable et pour s'en sortir c'est difficile, ça j'en suis conscient.

Avez-vous l'impression que le PDS est une contrainte ? Une privation de liberté ?

J'avais l'impression que c'était une privation de liberté, c'est pour ça que je me suis enfui, car j'avais l'impression d'être prisonnier. Je suis parti à Barcelone sans savoir où j'allais.

Pourquoi avez-vous arrêté le traitement ?

Car je ne supportais plus, il fallait mettre le réveil pour le prendre, il était beaucoup trop lourd.

Avez-vous compris pourquoi le Dr H a mis en place un PDS ?

Ca il faut lui demander, car il me connaît mieux que je me connais. Le Dr H ne savait plus où donner de la tête avec moi. J'étais désespéré, même le Dr H ne savait plus quoi faire pour moi et c'est pour ça que je me suis enfui. J'avais plus peur d'être enfermé à vie que de mourir.

Pour moi, personnellement, vu mon vécu, je n'ai jamais eu de travail dans ma vie, j'étais toujours très libre, le fait de m'imposer des visites à domicile j'ai toujours refusé. Ils ont essayé de le mettre en oeuvre, ça n'a pas marché.

Le fait d'avoir un suivi, ça n'empêche pas les rechutes.

Une question que je me pose : est-ce que les infirmiers qui me suivent ont suffisamment de connaissances pour dire au psychiatre que ça ne va pas ?

Pour moi, pour être efficace, il me faudrait deux infirmiers qui me suivent en même temps et pas à tour de rôle, ou alors un seul infirmier. Je suis pour un seul infirmier qui travaillerait en collaboration avec le psychiatre, c'est ça que je voudrais pour un suivi efficace.

Il faut savoir une chose, c'est que le malade ne se livre pas toujours. Même s'il manque de lucidité, il ne manque pas d'objectivité. Très longtemps, j'ai caché ma fatigue et toutes mes émotions pour ne plus voir le Dr H. Je me masquais, il me croyait bien alors que j'étais mal.

Il faut essayer de faire passer un peu de compassion entre le soignant et le soigné.

E. Interview patient 5.

Depuis quand êtes vous en programme de soins ?

J'avais des permissions depuis 2002 et j'ai eu l'appartement en 2003. Avant j'avais des permissions.

En quoi consiste votre programme de soins ?

A venir faire les soins, à ne pas faire de bêtises dehors, à faire sa vie. C'est mieux que de rester enfermé à l'hôpital, on fait ce qu'on veut, les courses, des balades, on voit les copains.

Qu'entendez-vous par faire les soins ?

Prendre les médicaments, et moi j'ai la piqûre en plus toutes les trois semaines, Haldol, 4 ampoules. Avant il y avait les infirmiers à la maison, mais il y en a plus. Je prends aussi le loxapac 100 mg au coucher, ça m'aide à dormir.

Qu'entendez-vous par faire des bêtises ?

Se bagarrer.

Qu'entendez-vous par faire sa vie ?

C'est faire ce qu'on veut dans la vie. Pour moi, ça serait avoir une copine fiable et faire une petite vie de couple. J'ai une copine, mais elle est pas très bien, elle fait des rechutes et là elle est à l'hôpital.

Que pensez-vous du programme de soins ? Est-ce une contrainte ?

Je viens une fois par semaine, le lundi ou le mardi faire le pilulier. C'est un peu embêtant car il faut venir tous les lundis ou mardis. Mais plus tard ils diront que je peux le faire tout seul.

Avant il y avait des infirmiers qui venaient à la maison faire le pilulier, on buvait le café. Que je viennes voir les infirmiers au CMP ou qu'ils viennent à la maison, ça change pas grand chose.

Et le médecin ? Je viens voir le médecin tous les mois.

Avez-vous compris pourquoi le programme de soins a été mis en place ?

Je suis resté 7 ans enfermé en psychiatrie. J'ai été expertisé et ils m'ont accordé le congé

d'essai, et depuis ça a toujours été renouvelé car ça se passe bien.

A votre avis, pourquoi vous demande t'on de venir au CMP ?

Pour voir si je vais bien, si je ne me remets pas à délirer.

Mr D me demande ensuite si je connais son histoire et je lui dis que non, il se met donc à me l'expliquer :

A l'époque, j'avais des voix, des hallucinations et des douleurs physiques. C'étaient des voix pas très gentilles, qui passaient leur temps à m'insulter. Parfois je recevais des coups de poignard et ça me faisait atrocement mal. A l'époque j'étais aussi passionné d'armes à feu et j'en avais à la maison. La plupart du temps, c'étaient les voix de mon père et de ma mère qui m'insultaient. Je suis allée plusieurs fois chez eux pour les avertir d'arrêter de m'insulter, et à la trois ou quatrième fois, je leur ai tiré dessus et ils sont morts. Et maintenant, je regrette.

Maintenant, les voix ont complètement disparu. Pour les hallucinations je peux mettre ce que je veux dans ma tête : je pense à ma copine, aux endroits où je vais me promener..

Les premières voix que j'ai entendues, j'avais 10 ou 14 ans, c'était la voix de ma mère au début qui m'insultait, puis celle de mon père, et puis la voix de tout le monde. Dès que je croisais des gens dans la rue et que j'entendais leur voix, ensuite je les entendais qui m'insultaient. Je pouvais même pas dormir.

J'avais été hospitalisé à Casselardit vers 16-17 ans après avoir mangé de l'onatura, je délirais total. Puis l'autre hospitalisation c'était pour mes parents, à Marchant, ça a duré 7 ans.

Partie 6 : DISCUSSION.

I. Discussion des résultats du questionnaire pour les médecins.

G. Données concernant les praticiens interrogés.

Le questionnaire a tout d'abord été présenté à la CME de l'hôpital Gérard Marchant en janvier 2015, puis distribué à l'ensemble des praticiens hospitaliers de l'hôpital Marchant ainsi qu'aux praticiens de l'hôpital Purpan correspondant au secteur 7 de Toulouse.

21 praticiens ont répondu aux questionnaires, ce qui est un chiffre assez important, bien que nous n'ayons pas calculé au préalable le nombre de sujets nécessaires. Cependant la répartition des praticiens était très hétérogène selon les secteurs : la plupart des praticiens ayant répondu au questionnaire appartenaient au secteur 5, au secteur 6, au secteur 7 et au secteur 8. Très peu de praticiens des autres secteurs ont répondu, ce qui peut introduire un biais dans l'analyse des résultats, celle-ci n'étant pas représentative de l'ensemble des secteurs de Toulouse.

H. Données concernant les facteurs socio-démographiques.

Les facteurs socio-démographiques semblent peu pris en compte par les praticiens dans la décision de mettre en place un programme de soin ambulatoire. Pourtant, ces critères constituent des facteurs de dangerosité psychiatrique, notamment l'âge, le sexe masculin, le statut économique précaire, le célibat et le faible niveau d'éducation. Ces données se retrouvent dans notre étude sur les patients du secteur 5 en programme de soin, où nous retrouvons une prédominance de patient de sexe masculin, d'âge moyen aux alentours de 40 ans, célibataires, sans enfants, avec de faibles revenus.

Nous pouvons donc nous interroger sur la raison pour laquelle les praticiens tiennent peu compte de ces facteurs socio-démographiques.

I. Données en lien avec les antécédents du patient.

Parmi les facteurs en lien avec les antécédents du patients, certains sont très fortement pris en compte par les praticiens lors de leur prise de décision : il s'agit essentiellement des rechutes fréquentes en lien avec des ruptures de soins (100%), des antécédents de violence, des antécédents d'hospitalisation en ASDT et ASDRE et des antécédents d'auto agressivité.

Ces facteurs se retrouvent dans notre étude : en effet 79% des patients avaient déjà eu plusieurs hospitalisation en psychiatrie et pour 40,4% des patients l'hospitalisation était en lien avec une rupture de soins et de traitement.

J. Données concernant les facteurs liés aux soins.

Pour les praticiens, le déni des troubles, la faiblesse de l'insight, la mauvaise observance thérapeutique et médicamenteuse, l'incapacité à demander de l'aide sont presque toujours des facteurs pris en compte dans la décision de mettre en place un programme de soin. Cela, rejoint les questionnements de Bourelle et al sur la finalité du programme de soin ambulatoire : n'est-ce pas un moyen de construire avec le patient une alliance thérapeutique afin de lui faire accepter un traitement, des soins, une prise en charge multidisciplinaire ?

Les médecins sont partagés concernant l'existence d'une personne ressource et le défaut d'accès aux soins au décours immédiat de l'hospitalisation : cela semble impacter la décision pour environ 50% d'entre eux. Effectivement on peut se questionner si l'existence d'une personne ressource peut permettre au patient d'éviter une décompensation, si celle-ci sera capable d'alerter le médecin en cas d'apparition de signes d'alertes chez le patient. Le défaut d'accès aux soins au décours immédiat de l'hospitalisation peut être considéré comme un facteur de rechute, en effet le patient n'étant pas toujours très compliant aux soins le sera encore moins s'il lui est difficile d'accéder à ce qui lui sera proposé.

Le fait qu'un patient ait eu une longue durée de psychose non traitée est pris en compte par seulement 30% des médecins, pourtant on peut se questionner si le fait que le patient n'ait pas pris son traitement pendant de longues années n'a pas altéré sa maladie, ses capacités de décision, et si ce n'est pas un patient pour lequel la bonne observance thérapeutique ne sera pas difficile à obtenir à sa sortie d'hospitalisation.

K. Données concernant le diagnostic actuel du patient en cas de trouble schizophrénique.

L'anosognosie du trouble, les antécédents de passages à l'acte grave, le retentissement et les conséquences sociales du délire, ainsi que l'existence d'un trouble de personnalité sous-jacent sont très souvent pris en compte par les thérapeutes dans leur décision de mettre en place un programme de soin.

En effet, en lien avec la littérature, on peut penser que dans l'esprit du praticien, un des objectifs du PDS est d'amener le patient à reconnaître et admettre sa maladie, afin d'accepter les soins et le traitement qui vont avec.

Le fait de prendre en compte les antécédents de passage à l'acte grave rejoint la politique sécuritaire que le gouvernement a voulu mettre en place suite au discours d'Antony du Président de la République en 2008.

L'existence d'un trouble de la personnalité associé est assez souvent pris en compte (62%) des cas, pourtant dans notre étude seuls 17,3% des patients avaient un trouble de la personnalité associé : on peut se questionner alors si les troubles de la personnalité sont systématiquement renseignés dans les diagnostics associés des patients ou alors s'il s'agit d'un diagnostic effectivement peu retrouvé parmi les patients en programme de soin.

Tous les facteurs en lien avec la sémiologie du trouble ayant conduit à la mise en place d'un programme de soin sont peu pris en compte par les praticiens : en effet on peut supposer que lorsque le praticien décide de mettre en place un PDS, le patient arrive en fin d'hospitalisation et est devenu quasiment asymptomatique. L'un des objectifs du PDS serait donc d'éviter que cette symptomatologie ne réapparaisse.

L. Données concernant le diagnostic actuel du patient en cas de trouble de l'humeur.

Là encore, l'anosognosie des troubles est très fortement prise en compte (86%).

Les antécédents de suicide le sont également : un des objectifs de la mise en place d'un PDS serait donc de prévenir les passages à l'acte hétéro-agressifs graves du patient.

En ce qui concerne la sémiologie du trouble, elle est comme pour les troubles

schizophréniques peu prise en compte dans la décision.

M. Données en lien avec le processus décisionnel du thérapeute.

Les praticiens semblent s'accorder pour dire que le PDS a pour objectif de viser l'autonomie du patient, de lui faire accepter sa maladie, les soins, le traitement, de construire avec lui une alliance thérapeutique. Cela rejoint certains points soulevés dans la littérature, et par le Président du comité d'éthique dans son interview : le PDS ne serait qu'une étape, une transition entre l'hospitalisation et la « liberté » définitive. Il aurait pour but d'accompagner le patient, de lui permettre de retrouver une stabilité. Ce serait une étape permettant de construire avec lui une relation de confiance, une relation duelle avec son thérapeute, basée sur l'échange et sur la confiance, visant peu à peu son autonomie et permettant enfin de lever la contrainte.

Certain patients évoquent bien cette notion de cadre sécurisant leur ayant permis peu à peu d'accepter les soins, le traitement et surtout d'éviter d'être à nouveau hospitalisé, enfermé dans une chambre entre quatre murs.

70% déclarent également mettre en place un PDS afin de protéger l'entourage et la famille du patient. Cette réponse rejoint les attentes des familles évoquées par le Président de l'UNAFAM, qui apprécie le fait que le patient soit obligé de se soumettre à des soins : cela les réassure, les « soulage ». Mais qui protège-t-on : les familles ou le patient ? Faut-il viser l'intérêt du patient ou celui des familles lorsque l'on décide de mettre en place un PDS ?

II. Discussion des résultats de l'étude des dossiers des patients en programme de soin du secteur 5 de l'hôpital Marchant.

A. Données socio-démographiques

1. Secteur d'appartenance.

Tous les patients inclus dans l'étude appartenaient au secteur 5 de l'hôpital Marchant. Cela introduit un biais important dans l'analyse des résultats, car les données obtenues ne sont représentatives que d'un seul secteur et ne sont donc peut-être pas généralisables à tous les patients sur Toulouse.

2. L'Age.

L'âge moyen des patients de notre étude est de 39,5 ans. Cela est en accord avec les données retrouvées dans d'autres études portant sur les soins sans consentement (Hernandez et al 2010, Valmy).

Il est intéressant de noter qu'il semble exister une corrélation entre l'âge et la mise en place de soins sans consentement, or les praticiens interrogés déclarent pour la plupart ne pas prendre en compte cette notion d'âge lors de la mise en place d'un programme de soin.

3. Le sexe.

Près de 80% des patients de notre étude étaient de sexe masculin. Le sexe pourrait donc être considéré comme un facteur de risque de mise en place de soins ambulatoires sans consentement. Or là encore il est intéressant de noter que les praticiens déclarent pour la plupart ne pas prendre en compte le sexe dans leur décision de mettre en place un programme de soins.

4. Statut professionnel.

81% des patients de notre étude étaient sans profession. Le programme de soin semble donc corrélé à un risque accru d'être sans emploi. On peut se questionner sur les raisons de cette condition : l'état du patient est peut-être insuffisamment stabilisé pour lui permettre de trouver un travail ? Le fait d'être en programme de soin est peut-être une barrière pour les employeurs pour employer les patients ?

5. Mesure de protection

46% des patients de notre étude bénéficient d'une mesure de curatelle ou de tutelle : on peut se questionner sur la raison de la mise en place de cette mesure. Le patient en programme de soin est peut-être encore insuffisamment stabilisé, il ne dispose pas de ses pleines capacités mentales et ne peut peut-être donc pas gérer seul au quotidien son argent, ses dépenses...

6. Revenus.

65% des patients de notre étude percevaient l'AAH : là encore cela rejoint le fait que le patient n'est pas en possession de ses pleines facultés cognitives, il est reconnu comme travailleur handicapé.

7. Statut matrimonial et enfants.

Le programme de soin semble corrélé au célibat et à ne pas avoir d'enfants.

B. Antécédents psychiatriques.

79% des patients de notre étude avaient déjà plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Pour seulement 14%, il s'agissait de la première décompensation et de la première hospitalisation. La plupart des patients de notre étude avaient donc déjà un lourd passé psychiatrique avec

plusieurs hospitalisations en psychiatrie : on peut donc supposer que la mise en place du programme de soin a été faite par le praticien dans un but de prévention des récurrences.

Le PDS peut avoir comme objectif de permettre de construire une alliance thérapeutique avec le patient, de lui faire accepter les soins, les traitements, de lui donner un cadre contenant. Le PDS peut permettre une surveillance plus rapprochée du patient afin de détecter les signes de décompensation précoce et d'agir rapidement si possible en évitant une nouvelle hospitalisation.

C. Traitement psychiatrique.

40% des patients bénéficiaient d'un traitement retard à la mise en place du programme de soin. Là encore cela rejoint la notion d'observance thérapeutique qui peut être difficile à obtenir chez ces patients : la mise en place du traitement retard est un moyen de s'assurer de la bonne prise du traitement, et la bonne observance thérapeutique est un facteur de prévention des décompensations et peut donc permettre d'éviter de nouvelles décompensations.

Là encore on peut donc imaginer que si un traitement sous forme retard a été mis en place, c'est que le patient n'était pas pleinement compliant aux soins, que son adhésion était nulle ou partielle et que le programme de soin a en partie été mis en place afin de « veiller » sur le patient. La notion de consentement est donc là encore soulevée.

D. Données concernant l'hospitalisation ayant conduit à la mise en place du PDS.

Pour 40,4% des patients, l'hospitalisation était en lien avec une rupture de soins et de traitement. Là encore, on remarque que la population de patients concernés par le PDS est une population chez qui l'acceptation de la maladie, des soins et des traitements est difficile à obtenir. On peut donc penser que le programme de soin a été mis en place pour éviter ces décompensations en lien avec des ruptures de soins et de traitement. Le PDS peut être un moyen de donner un cadre au patient et de garantir la prise en charge du traitement afin d'éviter les récurrences et les hospitalisations.

E. Diagnostic psychiatrique.

64% des patients avait un diagnostic de trouble psychotique et 32,7% un diagnostic de trouble de l'humeur. Ces données rejoignent celles de la littérature. Dans les troubles de l'humeur le trouble affectif bipolaire et l'épisode maniaque sont les deux pathologies représentées essentiellement. Les troubles dépressifs représentent seulement 5,9%.

Ces deux diagnostics sont en accord avec le référentiel HAS de la dangerosité psychiatrique qui émet des recommandations pour les deux types de pathologie.

F. Durée du programme de soin.

La durée moyenne du programme de soin est de 458 jours, soit supérieure à 1 an.

On peut se questionner sur les raisons d'une telle durée :

- Est-ce le temps nécessaire pour construire une relation thérapeutique avec le patient, pour lui faire accepter les soins, le traitement ? Est-ce que cela permet d'éviter les récurrences
- Ou bien est-ce un moyen pour le praticien de se protéger ? Par peur de voir le patient à nouveau décompenser, par peur de nouveaux passages à l'acte ?

Cette durée > 180 jours, serait en accord avec les quelques données de la littérature qui a montré que des PDS > 180 jours permet de diminuer les taux d'admission, la compliance aux traitements, le sans-abrisme et les problèmes judiciaires (Kisely et al 2014).

G. Nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation.

Le nombre moyen d'hospitalisations dans les trois ans précédents le programme de soin était de 1,97. Le nombre moyen d'hospitalisations après la mise en place du PDS était de 1,04.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans les trois ans avant programme de soin était de 153,4 jours et il était de 52 jours après la mise en place du PDS.

Les résultats semblent donc tendre vers une diminution du nombre d'hospitalisations et du nombre de jours d'hospitalisation après la mise en place du PDS. Mais ces résultats sont à interpréter avec précautions. En effet, nous n'avons pas pu comparer les données pour des durées similaires de 3 ans avant programme de soin et 3 ans après, car pour certains patients le PDS avait été mis en place il y a peu de temps et nous n'avons pas ce délai rétrospectif de 3

ans après programme de soin. Il serait utile de reprendre les données dans deux à trois ans afin de bénéficier du recul nécessaire et de pouvoir affirmer cette tendance.

Les données semblent donc en accord avec une partie de la littérature : en effet une majorité des études descriptives retrouvées tendent à montrer que la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte permet de diminuer le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation. Ces résultats sont à considérer très prudemment car notre étude, de même que les études observationnelles retrouvées manquent de méthodologie et présentent de nombreux biais : les résultats obtenus sont donc peu fiables.

De plus ces résultats n'ont pas été retrouvés dans les deux essais contrôlés randomisés retrouvés aux Etats-Unis qui eux ne montrent pas de bénéfices aux soins sous contrainte par rapport aux soins ambulatoires libres en terme d'hospitalisation et de durée d'hospitalisation.

III. Discussion de la méthode.

A. Choix du sujet

1. Elaboration du sujet.

Le programme de soin est une nouvelle modalité de soins sous contrainte introduit par la loi du 5 juillet 2011. La mise en place d'une telle mesure est essentiellement praticien dépendante : il n'existe pas de recommandations officielles sur le type de patient à qui pourrait s'adresser ce type de soins. Il existe également peu de données concernant l'efficacité de ce type de soins sur la prévention des récidives.

Nous avons donc réaliser cette étude afin de voir si des tendances se dessinaient et si nous pourrions déterminer un type de patient pour lesquels ce type de soins pourrait être particulièrement utile et si la mise en place d'un PDS d'une durée suffisante permettrait de prévenir les récidives.

2. Etudes en rapport avec notre sujet.

Au cours de notre revue de littérature, nous nous sommes rendus compte qu'il existe peu de travaux sur le sujet dans la littérature. Aucune étude sur l'efficacité de ce type de soins n'a été retrouvée en France, sûrement du fait que la mesure est très récente. Les seuls articles retrouvés soulevaient des questions entourant cette nouvelle mesure thérapeutique de soins sans consentement que représente le PDS.

Sur le plan de la littérature internationale, nous avons retrouvés différents pays pour lesquels des méthodes de soins similaires existent. Les études retrouvées étaient essentiellement observationnelles et retrouvaient que le PDS permettait de diminuer le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation. Les deux essais contrôlés randomisés quant à eux ne retrouvaient pas de bénéfices au PDS par rapport aux soins ambulatoires libres. Dans notre travail nous avons voulu essayer de déterminer si les soins ambulatoires sous contrainte permettaient de diminuer les rechutes à savoir le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation.

B. Discussion de la méthode

1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude monocentrique, menée sur un seul secteur (le secteur 5) de l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse. Il existe donc un biais de sélection important du fait que les patients aient été recrutés sur un seul site et un seul secteur. Cela limite donc la représentativité de notre travail sur le plan national.

2. Echantillon.

Critères d'inclusion : nous avons inclus tous les patients en programme de soin ambulatoire du secteur 5 de l'hôpital Gérard Marchant entre le 5 juillet 2011 et le 1er janvier 2015. Les résultats sont donc représentatifs de l'ensemble des patients du secteur 5.

Critères d'exclusion : nous avons exclu les patients en programme de soin hospitalier, c'est-à-dire bénéficiant de périodes d'hospitalisation car le but de notre étude était de montrer si le PDS permettait de diminuer les rechutes, à savoir les réhospitalisations.

3. Recueil des données.

a) Questionnaire pour les praticiens.

Le questionnaire a été distribué à l'ensemble des praticiens hospitaliers de Toulouse dans chaque secteur. Les résultats sont donc a priori représentatifs de la pratique toulousaine, même s'ils ne sont pas généralisables sur un plan national.

Cependant, lors du recueil des données nous nous sommes rendus compte que 4 secteurs avaient principalement répondu au questionnaire, on peut donc supposer que les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des praticiens de Toulouse

b) Etude des dossiers des patients.

Pour l'étude concernant les dossiers des patients nous avons utilisé le logiciel Cortexte qui consigne l'ensemble du dossier médical de chaque patient.

Lorsque nous avons relevé le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation il se peut que ces données aient été sous-estimées car nous n'avons pas pu retrouver les données concernant d'éventuelles hospitalisations en cliniques ou dans d'autres établissements hospitaliers publics. Ceci peut donc entraîner un biais dans l'analyse des résultats.

C. Traitement statistique.

Nous n'avons pas calculé de nombre de sujets nécessaires préalablement à notre étude.

Nous avons réalisé seuls l'analyse statistique des données, les statisticiens sollicités n'ayant pas répondu à notre demande. L'analyse des données reste donc simplement descriptive et nous sommes probablement passés à côté de nombreuses informations et corrélations.

L'intérêt de ce travail est donc purement descriptif afin d'observer si certaines tendances se dégagent de l'analyse des dossiers de nos patients.

IV. Discussions autour des Interview menées.

La rencontre avec Mr Marcovici à l'ARS nous a permis d'obtenir des informations concernant les soins sous contrainte en Haute-Garonne. La tendance actuelle tend vers une augmentation progressive des patients en soins sous contrainte en Haute-Garonne. Il n'est pas possible de connaître le nombre total de patient en PDS. La seule donnée que nous ayons pu récupérer est le nombre de patients en PDS parmi les patients en ASDRE : on voit qu'une proportion plus importante de patients en ASDRE est en PDS par rapport à ceux en hospitalisation complète (81 PDS pour 52 hospitalisations complète). Cela soulève quelques questions importantes : on peut penser que la mise en place d'un PDS permet de réduire le nombre de patients hospitalisés : cela suit le mouvement de désinstitutionalisation qui se profile en France depuis quelques années. On peut aussi imaginer que l'on maintient des patients en PDS dans une dimension plus sécuritaire comme le souhaitait le Président de la République lors de son discours d'Antony en 2008. Mr Marcovici souligne également que le nombre de programme de soins est très variable selon les départements et selon les secteurs où sont suivis les patients : ceci rejoint l'idée que la mise en place de soin est praticien dépendante et il serait intéressant de pouvoir récupérer les données sur ce qui se fait ailleurs en France. Il serait également intéressant d'interroger des praticiens hospitaliers sur leur pratique afin de comprendre pourquoi certains mettent plus facilement en place des PDS que d'autres.

Une des facilités pour l'ARS vient du fait que dans les mesures de programme de soin, le JLD n'intervient plus.

La rencontre avec Mr Lacan, Président de l'UNAFAM a permis de recueillir quelques informations concernant la perception que les familles peuvent avoir du programme de soin : il semble que les membres de l'UNAFAM et les familles aient été soulagées par l'arrivée de cette nouvelle modalité de soins dans la loi du 5 juillet 2011 : cela les réassure : cela rejoint le caractère sécuritaire que la loi de 2011 a voulu mettre en place. Avec le programme de soin les familles ont la sensation que le patient est en quelque sorte entouré et cela le protège de récidives.

La rencontre avec Mme Bourlier représentante des usagers a mis en avant le ressenti que

peuvent avoir les patients en programme de soin : elle souligne que le PDS ne devrait être utilisé qu'en dernier recours, lorsque tout a été mis en oeuvre pour essayer de convaincre le patient : cela rejoint la notion de non discernement, la contrainte peut être utilisée lorsque le patient est incapable de consentir, mais elle doit l'être sur de courtes durées : le patient doit avoir une échéance, le PDS peut être utilisé un peu comme une méthode de transition entre une hospitalisation sous contrainte et une vie libre hors des murs de l'hôpital. Le PDS doit être considéré un peu comme une étape où l'on essaye de construire une relation de confiance, une relation thérapeutique entre le patient et son psychiatre. Mme Bourlier souligne également un des paradoxes de la loi : on menace le patient de le réhospitaliser s'il ne respecte pas son contrat mais en pratique on n'a aucun moyen d'aller le chercher de force à son domicile. Or si le patient va vraiment mal et est dans l'incapacité totale de consentir, il devrait être possible d'intervenir de force afin de lui prodiguer les soins nécessaires.

La rencontre avec Mr Layani, président du comité d'éthique a soulevé les notions de contrainte et de consentement. La capacité à consentir doit être évaluée par le médecin : là encore cette capacité fluctue dans le temps, c'est pourquoi le PDS devrait être considéré comme une mesure temporaire, régulièrement réévaluée, mise en place jusqu'à ce que le patient soit en capacité de consentir, c'est-à-dire reconnaître sa maladie, et accepter les soins, le traitement... Le PDS peut être considéré comme une mesure de transition entre l'hospitalisation et la sortie définitive. Le PDS introduit une notion de « veille » sur le patient, une surveillance accrue du patient. Le terme de contrainte ne devrait pas être employé mais plutôt celui de soins sans consentement : le PDS est une mesure de transition pour faire accepter les soins au patient, ce n'est pas une mesure de contrainte : cela rejoint la décision du Conseil Constitutionnel de ne pas considérer le PDS comme une mesure de contrainte, ce n'est pas une mesure privative de liberté et c'est pour cela que le JLD n'intervient plus.

La rencontre avec Sophie Théron, juriste, a également été très intéressante : nous avons mis en avant le paradoxe de la loi de 2011, à savoir que lorsqu'un patient est en PDS le JLD n'intervient plus car pour le Conseil Constitutionnel le PDS n'est pas une mesure privative de liberté, ce n'est pas une mesure de contrainte bien que le PDS appartienne aux soins sous contrainte. Un deuxième paradoxe de la loi, déjà soulevé plus haut vient du fait que lorsqu'un patient est en PDS il est obligé de respecter le contrat qu'il a établi avec son médecin : s'il ne le respecte pas il doit en théorie être réhospitalisé, et lorsque la mesure aura été retransformée en hospitalisation complète, alors à ce moment là, on pourra contraindre le patient à se

soumettre à des soins. Un des problèmes vient du fait qu'on ne peut pas utiliser la contrainte pour ramener le patient en hospitalisation : on ne peut pas aller le chercher de force à son domicile, car ce serait une atteinte à l'inviolabilité du domicile et la liberté individuelle du patient.

Nous aurions aimé également recueillir l'avis du Juge des Détentions et des Libertés, mais celui-ci n'a pas répondu à nos sollicitations. En effet nous aurions aimé connaître sa perception du fait qu'il n'intervient plus pour les patients en programme de soin : le programme de soin est une forme de soins ambulatoires sous contrainte et pourtant le Conseil constitutionnel considère que ce n'est pas une mesure privative de liberté et donc le juge n'intervient plus.

Les patients interrogés avaient des avis divergents concernant le programme de soin. Un des patients ne voyait pas l'intérêt du PDS, il était dans le déni total de ses troubles et de sa pathologie, et refusait les traitements et les soins : pour lui le PDS avait vraiment le sens de contrainte à savoir qu'on l'obligeait à prendre un traitement et à se soumettre à des soins : aucune alliance thérapeutique n'avait pu être construite avec lui. Le cas de ce patient questionne la durée du PDS : quand peut-on le lever ? Le poursuivre a-t-il un intérêt ? Que faire sachant que si on lève la contrainte le patient arrêtera les soins et le traitement ? Faut-il poursuivre la mesure indéfiniment ?

Un autre patient Mr M pour qui le PDS a été levé semble avoir réussi à adhérer aux soins et au traitement grâce au PDS. Il emploie un terme fort pour décrire le PDS : c'était pour « veiller » sur moi, pour « éviter que je rechute ». Il décrit le PDS comme une période de sa vie qu'il a vécu comme une contrainte, mais qui lui a permis de faire confiance peu à peu à son psychiatre, de construire une alliance thérapeutique. Il a pu accepter les soins et le traitement, comprendre que s'il les arrêtaient il rechuterait probablement. Pour lui, le PDS a été une étape, une transition entre l'hôpital et la vie « libre ».

Un second patient toujours en programme de soin semble avoir compris l'utilité du PDS : il emploie quant à lui le terme de « prévoyance », il vit cependant cela comme une contrainte, mais une contrainte en quelque sorte utile puisqu'elle lui permet de vivre en dehors des murs de l'hôpital. Il semble en cours d'acceptation de sa maladie, des soins. Il souligne également la notion de durée du PDS, pour lui il s'agit également d'une période de transition entre l'hôpital et la vie libre.

Le quatrième patient interviewé a très mal vécu le PDS : il a ressenti une privation totale de

liberté et explique avoir voulu fuir cette contrainte en fuyant à l'étranger. Le patient est toujours dans un déni partiel de sa pathologie, et l'alliance thérapeutique semble difficile à construire pour lui.

Enfin le cinquième patient interviewé semble réassuré de devoir venir régulièrement à des RDV, de devoir prendre un traitement. Il accepte la contrainte, cela ne lui pose pas de problème particulier, il est conscient de l'acte grave qu'il a commis et de la nécessité de devoir venir à des rendez-vous médicaux et infirmiers réguliers et de devoir prendre un traitement.

V. Le Programme de soins : outil juridique ? Outil thérapeutique ? Au service du patient en soins psychiatriques ? Au service de la société ?

A. Un outil juridique ?

Le PDS est un outil juridique introduit par la loi du 5 juillet 2011, permettant à des individus hospitalisés sous contrainte en ASDT ou ASDRE de retourner au sein de la société.

En France, c'est au psychiatre qu'appartient la décision de mettre en place une telle modalité de soins : il se base sur ses expériences, sa pratique médicale.

Aux Etats-Unis, mettre en place des soins ambulatoires sous contrainte repose sur une décision juridique : ce type de soins est ordonné par des tribunaux de santé mentale.

Cependant lorsque la loi française a été revue en 2011, certains étaient favorables à une juridicisation des soins sous contrainte, mais la proposition a été rejetée : on peut se demander jusqu'à quand ?

Pour le moment, le PDS reste encore un outil purement médical, même le Juge des Libertés et des Détentions n'intervient plus en cas de mise en place d'un PDS car le Conseil Constitutionnel juge que le PDS n'est plus un mode de soins privatif de liberté.

On peut également se questionner sur la différence entre un programme de soins et les obligations de soins et les injonctions de soins. Pour comprendre la différence, il est nécessaire de revenir sur les définitions de ces termes.

L'obligation de soins est une obligation juridique et non un soin sans consentement comme

l'est le PDS qui appartient aux soins sous contrainte. Une des différences réside dans le fait que dans l'obligation de soins, le consentement de la personne n'est pas altéré par une pathologie mentale. L'obligation de soins ne comporte pas de contrainte particulière pour la personne. En d'autres termes, son non respect ne constitue pas en soi une infraction susceptible de sanction sauf si elle est inscrite dans un suivi socio-judiciaire. En cas de respect de l'obligation de soins, la personne justifie sa réalité par la production d'attestations délivrées par le professionnel de santé qui la prend en charge. L'absence d'articulation formelle entre les systèmes judiciaire et sanitaire entraîne une ignorance mutuelle du juge et du soignant susceptible d'être une faille exploitée par la personne en obligation de soins. Cette dernière étant de fait seule détentrice des informations la concernant, le soignant peut rester dans l'ignorance de la nature exacte de l'infraction pénale et le juge ignorer la réalité de la mesure. L'injonction de soin quant à elle est un dispositif destiné à la prévention de la récidive. Elle est indiquée lorsque la personne ayant commis une infraction est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Le psychiatre traitant devient compétent pour prescrire tout traitement nécessaire. La spécificité de l'injonction de soin tient au fait qu'elle implique une articulation formelle entre système judiciaire et système médical.

On peut donc voir que l'obligation de soins et l'injonction de soin sont toutes les deux des mesures prises sur décision judiciaire, contrairement au PDS pour lequel la décision est purement médicale. En cas d'obligation de soins, le système judiciaire peut ne plus intervenir, mais en cas d'injonction de soins il existe une articulation entre système judiciaire et sanitaire tout le long de la mesure. Une autre différence réside dans le fait que le programme de soin appartient aux soins sans consentement : l'individu n'est pas conscient de ses troubles et son système de jugement est altéré. Alors que dans l'obligation de soin et l'injonction de soin, l'individu en question est conscient des actes qu'il a commis.

B. Un outil thérapeutique ?

Nous pouvons nous demander au regard de notre travail, quel peut être le rôle thérapeutique du programme de soins.

Pour répondre à cette question, revenons un peu sur quelques concepts de psychanalyse, notamment sur le concept de forclusion du Nom du Père de Lacan.

Le concept de forclusion du nom du père essaye de rendre compte de la faille spécifique que

l'on trouve chez les psychotiques : la faille dans le système symbolique.

Il y a un déraillement dans la symbolisation chez le schizophrène, si bien qu'il se met à parler dans une sorte de décalage, de séparation entre ce qui est du signifiant et du signifié.

D'autres symptômes, proprement psychotiques, introduisent également cette faille dans le système symbolique : les hallucinations, le fait d'entendre des voix, le fait d'avoir des idées qui s'imposent à soi et qui traduisent en fait que ce que le sujet ne peut garder en lui, revient du dehors, sous la forme des hallucinations.

Revenons un peu sur ce qu'est la forclusion.

Tout d'abord il faut distinguer forclusion et refoulement : la forclusion est le mécanisme de défense dans un processus psychotique et le refoulement un mécanisme de défense dans un processus névrotique. Ce qui est forclos est un signifiant, et le signifiant qui est forclos c'est le signifiant du Nom du Père. Quelles sont les conséquences de cette forclusion ? Lorsque le Nom du Père est forclos cela a des conséquences sur la relation de la Mère à l'Enfant : on parle de la jouissance de la Mère, ou du Père par rapport à l'enfant psychotique.

Freud avait introduit la notion de refoulement : c'est le fait qu'il y ait un retour du refoulé qui vient trahir quelque chose du sujet parlant (exemple en cas de lapsus). Dans le cas du retour du refoulé, et donc du refoulement, quelque chose du dedans revient du dedans, ça parle en moi et ça parle également aux autres. Le refoulement c'est en quelque sorte quelque chose de l'histoire qui est intégré par le sujet et sur lequel a été porté un jugement d'existence, à un moment donné de l'histoire, et qui est inscrit dans le sujet comme signifiant. Ce signifiant, qui est donc refoulé, est susceptible de faire retour à tout bout de champ (lapsus, rêve, symptôme névrotique...). Le refoulement implique donc qu'il y ait déjà une élaboration minimum, même si elle a été oubliée, et qui est toujours susceptible de revenir : elle revient du dedans.

Pour la forclusion, c'est différent, puisque dans la psychose, si le sujet a une hallucination, il sera persuadé que ça vient du dehors et non pas d'en lui, de quelque part en lui où ça parle. Ce ne sera donc pas pour le psychotique, lui qui se parle, mais l'Autre qui lui parle. Ce de fait, dans le cas de la forclusion, ce qui vient du dedans pourra provenir du dehors, c'est-à-dire que c'est le patient qui a l'impression que ça vient du dehors. Jacques Lacan dit : « ce qui n'est pas symbolisé, donc ce qui n'a pas d'inscription au niveau du système psychique, fait retour au sujet par l'extérieur, par le dehors et dans le réel ». Réel qui n'est pas la réalité quotidienne ou banale que nous pouvons partager mais celui qui, d'une part, a un rapport avec le corps et d'autre part, ce qui est, pour le sujet délirant, sa réalité, sa réalité psychique.

Donc si le refoulement est quelque chose qui est inscrit et oublié, et qui, à certains moments fait retour, la forclusion par contre, n'est pas inscrite et se signale, parce qu'elle n'est pas

inscrite, par un vide, un trou, dans le système symbolique.

On peut comparer l'expérience à un tissu : ce tissu est composé d'une trame qui permet au tissu de tenir. Dans le cas du refoulement, il y aurait une déchirure, une sorte d'accroc dans cette trame, qui est toujours susceptible d'être reprise. Par contre, dans le cas de la forclusion, il y aurait un défaut dans la trame même, comme si les fils, au moment de la confection, ne se seraient pas mis en place. Le trou qui en résulte ne peut pas cette fois, être repris, puisqu'il n'y a pas de prise à la reprise. Alors pour combler ce trou, il faudrait mettre une autre pièce d'étoffe, ce qui n'empêche par le trou en lui-même d'exister. La forclusion est un trou, un vide. Il va aspirer toute une série de signifiants, à la place du signifiant qui manque.

Le programme de soin pourrait peut être permettre de combler le trou, le vide et ainsi permettre au psychotique de se construire. Le programme de soin pourrait prendre la fonction symbolique paternelle qui manque au psychotique et ainsi lui permettre de se construire.

Un autre concept sur lequel il est intéressant de s'arrêter et celui du Dénier.

Le déni est un terme employé par Freud : il s'agit d'un mode de défense du sujet consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme.

Freud apparente ce processus au mécanisme psychotique. En tant que le déni porte sur la réalité extérieure, Freud y voit, par opposition au refoulement, le premier temps de la psychose : alors que le névrosé commence par refouler les exigences du ça, le psychotique commence par dénier la réalité.

Alors le programme de soin ne pourrait-il pas être un moyen de passer au-delà du déni, ne pourrait-il pas être un outil permettant d'essayer de faire accepter la réalité à l'individu psychotique ? Peut-on penser le PDS comme un moyen de passer au-delà du déni, afin de créer tout d'abord une adhésion aux soins voire de permettre ensuite une acceptation des soins ?

Peut-on lutter progressivement contre les mécanismes de défense propres aux psychotiques ? Peut-on guérir un individu de sa psychose ? Combien de temps faut-il pour que ce travail thérapeutique se construise ?

Quelles sont les conséquences de l'arrêt du PDS ? La faille du psychotique va t'elle se rouvrir ? Le patient asymptotique avec le PDS est-il véritablement guéri ? Ou bien faut-il considérer que la psychose est quelque chose d'immuable et qu'elle réapparaîtra systématiquement lorsque la trame de soutien ne sera plus présente ?

Faut-il considérer le PDS comme un espace de soin ? Peut-il combler transitoirement la brèche avant que l'individu ne se construise lui-même ?

Que penser du PDS chez des individus qui ne sont pas dans le déni de leurs troubles ? Le déni était-il présent à la sortie d'hospitalisation ayant conduit au PDS et alors le PDS a permis de passer au-delà du déni ? Quelle utilité du PDS si le patient n'est pas dans le déni des troubles ? Quelques exemples cliniques portent à réflexion, c'est le cas du patient interviewé n°5 qui est toujours en PDS bien qu'il soit conscient de ses troubles, des actes qu'il a commis : d'après son psychiatre, le PDS a un caractère réassurant pour lui, le patient est demandeur du maintien du PDS : le PDS représente-il pour lui la fonction paternelle manquante chez lui ? Faut-il le laisser indéfiniment en PDS ? Que se passerait-il si on enlevait le PDS ?

Un autre exemple intéressant est celui d'un patient bipolaire ayant un diagnostic de personnalité paranoïaque pour lequel le Dr H avait mis en place un PDS : au bout de dix-huit mois, le patient était devenu asymptomatique, et le Dr H a levé le PDS pour « rendre au patient sa liberté » : un mois après la levée du PDS, le patient reconsommait du cannabis et rechutait. Quelle fonction symbolique représentait le PDS pour ce patient ? Que s'est-il passé lorsque le PDS a été levé ? La structure paranoïaque est une structure caractérisée par une hypertrophie du moi, une fausseté du jugement ainsi qu'une méfiance et une susceptibilité. Le paranoïaque vit dans un sentiment d'insécurité permanent : le PDS ne pourrait-il pas avoir une fonction de contenance, de réassurance du patient ? Lui permettant ainsi de vivre dans une plus grande tranquillité au milieu des autres ? Le paranoïaque est une structure psychotique pour laquelle le rapport à la loi est structurant, elle permet de faire tiers et suppléance. Le paranoïaque est assez bien adapté à la réalité sauf dans un secteur de leur personnalité qui provoque délire, haine, projection et passage à l'acte. Le paranoïaque est en général apaisé en prison. Ce sont des personnes que l'on responsabilise sur le plan judiciaire. Dans un service de psychiatrie, le paranoïaque respecte la loi, la réglementation. Mais le paranoïaque est toujours à questionner la loi, la réglementation : le psychiatre doit toujours faire attention, se méfier, il n'y a aucun acquis. La loi représente la suppléance symbolique qui fait défaut au paranoïaque : le psychiatre s'y réfère pour éviter le face à face dans l'imaginaire. Le PDS représente donc la loi pour le paranoïaque, il a une fonction très contenante, apaisante. Lorsque l'on lève le PDS, il n'y a plus de suppléance et le patient a tendance à rechuter rapidement.

Le PDS peut être pensé comme un entre deux, comme un espace transitionnel entre l'hospitalisation complète et le retour à la liberté. Une réflexion intéressante porte sur l'espace

qu'offre le PDS à l'individu. Mais qu'est-ce qu'un espace ? L'espace vient du latin « spatium » qui signifiait l'arène, le champ de course, mais aussi l'étendue, la distance, la durée, le laps de temps. Au XVII^e siècle, Descartes en donne la définition suivante : « milieu dans lequel ont lieu les phénomènes observés » mettant ainsi l'accent sur le fait qu'il s'agit d'un lieu où il se passe quelque chose. Le XVIII^e siècle voit apparaître la notion d'espace imaginaire, celui des rêves et de l'utopie. Au XIX^e siècle apparaît la notion d'espace mathématique et le XX^e siècle donne à l'espace la notion d'un lieu aménagé où il se passe quelque chose. Winnicott quant à lui a introduit la notion d'espace transitionnel, aire virtuelle dans laquelle s'effectuerait un passage, aire intermédiaire d'expérience dans lequel le sujet va « vivre ». Le PDS pourrait-il s'apparenter à une telle aire ? Une aire de transition dans laquelle le sujet va se construire progressivement ? Une aire dans laquelle le patient se sent en sécurité ?

Une dernière réflexion s'impose de ce que nous venons de discuter : que penser d'un patient névrotique qui serait en PDS ? Revenons sur la définition de la névrose : il s'agit d'une maladie de la personnalité caractérisée par des conflits intra-psychiques qui transforme la relation du sujet à son environnement social en développant des symptômes spécifiques en lien avec les manifestations de son angoisse. Plusieurs points importants sont à retenir : la notion de maladie de la personnalité qui en fait un trouble psychique moins grave que la psychose. Les troubles psychiques du névrosé sont subjectifs. La dimension de conflit intérieur caractérise le fonctionnement psychique du névrosé. La spécificité du symptôme mis en avant du névrosé répond à une angoisse particulière. La névrose dénote d'une situation permanente de conflit s'opposant à l'équilibre du sujet et source de souffrance. Elle témoigne d'une solution pour faire face aux difficultés que rencontre le sujet dans sa relation au monde extérieur. Ses effets se traduisent par des symptômes qui sont des traits d'union entre le sujet et le monde, en relation avec l'angoisse ressentie par le sujet.

Dans la névrose, le sujet est conscient du caractère pathologique de ses troubles. On peut donc se questionner sur l'utilité d'un programme de soin dans de telles pathologies. Dans notre étude de dossier la totalité des patients retrouvés avaient soit un diagnostic de psychose, soit un diagnostic de trouble bipolaire, aucune pathologie du groupe des troubles névrotiques n'a été retrouvée : la mise en place d'un PDS implique-t-elle forcément un diagnostic de trouble de personnalité de type psychotique ? C'est une question que nous n'avons pas posée aux praticiens interrogés. Peut-être serait-il intéressant d'élargir notre champ de recherche à un plus large échantillon de patients afin de voir si d'autres diagnostics de troubles de personnalité sont retrouvés.

C. Au service du patient en soins psychiatriques ?

On peut se demander quels sont les bénéfices du PDS pour le patient.

Le PDS peut représenter un cadre contenant, protecteur, sécurisant pour le patient. Il représente un espace de soin pour le patient, lui permettant de se construire progressivement une vie autonome. Le PDS peut être imaginé comme une période de transition entre l'hospitalisation complète et la vie totalement « libre », permettant à l'individu d'accepter progressivement sa maladie, la nécessité d'un suivi, d'un traitement, de soins. Le programme de soin n'est probablement pas une finalité en soi comme le soulignent de nombreux auteurs, c'est une période à passer en quelque sorte en « semi liberté » dans laquelle le patient psychotique doit se reconstruire, avant de devenir pleinement autonome et responsable de sa vie.

Le programme de soin peut également être perçu comme un moyen pour l'individu de retourner plus rapidement vivre dans la « communauté », lui permettant de sortir des murs de l'institution psychiatrique, de réintégrer la société. Il y vit encore de façon « encadrée », « sécurisée », lui permettant de travailler peu à peu son autonomie. Mais qu'est-ce que devenir autonome ? L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi. L'autonomie est synonyme de liberté, elle se caractérise par la capacité à choisir de son propre chef sans se laisser dominer. L'autonomie en médecine se définit également en fonction de l'indépendance fonctionnelle. L'autonomie renvoie alors à la notion de dépendance : l'autonomie a la même signification que l'on parle d'une personne valide que d'une personne ayant un handicap ou une déficience. Etre autonome renvoie à la notion de mener correctement à bien les actions de la vie courante, cela suppose pouvoir anticiper une action, puis la mener à bien, anticiper les situations difficiles, pouvoir y remédier. Pour réaliser ces tâches correctement, le patient doit être en possession de ses pleines facultés cognitives. Le PDS peut être considéré comme un moyen de le soutenir, de l'aider à pouvoir devenir autonome. L'autonomie renvoie également à l'aptitude d'une personne à s'intégrer de manière individuelle dans la société : le PDS peut être considéré comme une forme d'aide, d'assistance pour le patient lui permettant de retrouver peu à peu une autonomie.

L'autonomie renvoie à la notion de liberté, mais qu'est-ce que la liberté ? La liberté s'oppose souvent à la notion d'enfermement ou de séquestration : en ce sens, le PDS est pourvoyeur de

liberté pour le patient puisqu'il lui permet de sortir des murs de l'hôpital. La liberté marque également l'aptitude d'un individu à exercer sa volonté : elle renvoie à l'absence de soumission, de servitude, de contrainte, elle permet au sujet d'affirmer son autonomie, elle renvoie également aux notions d'égalité et de justice. En ce sens le PDS est en quelque sorte une entrave à la liberté pleine de l'individu, puisqu'elle le contraint à des soins, des traitements une prise en charge... auxquels il n'adhère pas, mais le PDS peut également être considéré comme une forme de liberté puisqu'elle permet au patient de vivre au sein de la société, non enfermé au sein de l'hôpital psychiatrique.

Le PDS est également un moyen de responsabiliser le patient : on lui donne une chance de sortir des murs de l'hôpital et de devenir acteur de ses soins : c'est lui qui doit maintenant agir, encore entouré d'un cadre protecteur : il est responsable de ses actes, on lui donne une chance de sortir de l'institution, de revenir à la vie réelle. On responsabilise le patient quand à ses actes : s'il ne respecte pas son contrat, il sera réhospitalisé. Responsabiliser le patient renvoie à des notions importantes : il est l'auteur de ses actes, il a des droits et des devoirs, il sait qu'en cas de transgression, il court des risques. Le patient en PDS est désormais responsable de ses actes, de ses comportements : il a été informé par son psychiatre des « règles » à respecter, inscrites dans le programme de soin : à lui maintenant de les respecter. Il sait qu'en cas de « transgression », il y aura des « sanctions » en ce sens qu'il sera réhospitalisé.

Une question intéressante est celle du patient asymptomatique en programme de soins : quel intérêt de maintenir le programme de soins ? La mise en place d'un PDS pose la question du symptôme en psychiatrie et doit questionner le praticien sur ce qui se passe au-delà du symptôme. Le PDS suppose un retour vers une évaluation psychiatrique rigoureuse, un retour vers la clinique afin d'évaluer très précisément la symptomatologie présentée par le patient et d'essayer de probabiliser le risque de rechute. Il est parfois nécessaire de maintenir le PDS pour prévenir ce risque de rechute, mais cela pose la question paradoxale du risque à la rechute, déjà soulevé par le Dr Layani dans son interview : ne faut-il pas laisser au patient le droit à la rechute ? La rechute n'est-elle pas une expérience parfois nécessaire ? Ne permet-elle pas une prise de conscience pour le patient de ses troubles ? N'est-elle pas un moyen de responsabiliser le patient ? La rechute est parfois une expérience nécessaire notamment dans les pathologies émergentes.

Le PDS peut aussi s'adresser à des patients asymptomatiques pour lesquels le praticien, par une évaluation clinique rigoureuse, à l'aide de critères objectivables, pense que la probabilité

de rechute est importante. Le PDS doit alors être considéré comme une phase de transition, un entre-deux pour travailler la responsabilisation du patient, sa prise de conscience et le conduire vers l'autonomie. La durée du PDS doit être bien sûr limitée et raisonnée. Il faut faire attention à ne pas maintenir une telle mesure sur des critères arbitraires.

Le PDS suppose un protocole temporalisé en équipe soignante pour aider le praticien dans ses prises de décision, c'est ce qui est prévu par l'organisation de collèges médicaux. Par contre la justification mensuelle des PDS est une activité plus solitaire.

Certaines équipes médicales utilisent peu ou refusent le PDS : il est difficile de les comprendre s'il peut être prouvé que le PDS apporte un plus thérapeutique, mais pour le moment aucune étude ne prouve la supériorité du PDS à des soins ambulatoires libres. Les études futures devront sûrement s'attacher à démontrer cette supériorité.

Mais s'il est démontré que le PDS n'apporte pas de bénéfices en terme d'autonomie, ni ne limite les rechutes, alors pourquoi conserver une telle mesure ?

D. Au service de la société ?

Le patient en PDS peut enfin réintégrer la communauté en quelque sorte sous « surveillance ». La loi du 5 juillet 2011 a été votée dans un climat d'insécurité suite au discours d'Antony du Président de la République : cet événement violent a rappelé à la société la dangerosité potentielle de certains malades psychiatriques. Ce fait divers a été le prélude à la réforme de la loi encadrant les soins psychiatriques sans consentement : l'objectif était de durcir les conditions d'enfermement des malades psychiatriques. Il a également été décidé de créer des soins ambulatoires sous contrainte sous la forme du programme de soins : nous pouvons penser que ce type de soins permet de « garder un oeil » sur les malades en dehors des murs de l'hôpital permettant ainsi de sécuriser la société, et les familles de patients.

L'arrivée du PDS a d'ailleurs été accueillie très favorablement par les familles de patients, ce que souligne Mr Lacan, président de l'UNAFAM : les familles ne se sentent plus seules responsables du patient lorsque celui-ci est en dehors de l'hôpital : il y a une sorte de système de veille autour de lui, créant ainsi un climat de sécurité.

Mais peut-on contraindre la folie en dehors des murs de l'hôpital ? Peut-on réellement éviter les événements dramatiques ? Que penser du paradoxe du PDS dans le sens où lorsqu'un

patient ne respecte pas son contrat, il doit être réhospitalisé, mais on ne peut pas aller le chercher de force à domicile ? Les moyens mis en place par le PDS sont-ils suffisants pour prévenir des actes violents ?

Le PDS est actuellement un enjeu de société sur les libertés individuelles qui laisse dans l'ombre la clinique psychiatrique. Il serait nécessaire de débattre et réfléchir sur nos pratiques pour que cette question devienne une question thérapeutique et non plus une simple question d'encadrement juridique des pratiques.

VI. Perspectives.

Notre travail, bien que purement descriptif, nous a permis de dégager plusieurs points intéressants.

La mise en place de soins ambulatoires sous contrainte semble corrélée à une diminution du risque de rechute.

En ce qui concerne le questionnaire pour les praticiens, il serait intéressant de peut-être le compléter, de le faire valider par la conférence des présidents des CME des CHS, des CHU et de le diffuser à un échelon national afin de voir si les tendances dégagées dans notre analyse se poursuivent. Cela permettrait peut être également d'observer les disparités dans les pratiques, car comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, la mise en place d'un programme de soin repose sur la décision propre du praticien en fonction de ses expériences cliniques, de ses conceptions de la pratique médicale et les pratiques peuvent être très disparates selon les secteurs, les régions...

Il serait intéressant de poursuivre le travail d'étude des dossiers de patients en programme de soin de manière multicentrique, sur un échantillon plus important, afin de bénéficier d'une puissance statistique plus importante.

Notre travail a été purement descriptif et comporte des biais importants. Les tendances qui se dégagent de l'analyse des résultats rejoignent ce qui a pu être observé dans les études observationnelles retrouvées à l'étranger, à savoir que la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte permet une diminution du nombre d'hospitalisations et du nombre de jours d'hospitalisation.

Il pourrait être intéressant de mettre en place un essai contrôlé randomisé où des patients hospitalisés sous contrainte seraient tirés au sort de manière aléatoire pour bénéficier à leur

sortie soit de soins ambulatoires libres, soit de soins ambulatoires sous contrainte, afin de voir si les soins ambulatoires sous contrainte (sous la forme d'un programme de soin en France) permettent de prévenir les rechutes de façon plus efficace. En effet, les deux essais contrôlés randomisés réalisés aux Etats-Unis ne retrouvent pas de bénéfice en terme de rechute des soins ambulatoires sous contrainte par rapport aux soins ambulatoires libres.

Un autre projet intéressant serait de mettre en place un questionnaire semi-directif pour les praticiens hospitaliers afin de comprendre pourquoi certains mettent plus facilement en place un PDS que d'autres.

Il serait également intéressant de poursuivre les interviews de patients ayant bénéficié de programme de soins afin de recueillir leur avis sur leur parcours, sur leur période en programme de soins afin de voir pour combien de patients le PDS leur a permis d'adhérer aux soins, de construire une alliance thérapeutique, d'accepter la maladie, le traitement...

Pour aller plus loin, on pourrait imaginer qu'il serait intéressant de créer une banque de données cliniques afin de déboucher à terme sur une conférence de consensus.

CONCLUSION.

Les soins sans consentement existent en psychiatrie depuis la loi du 30 juin 1838. Cette dernière a permis de réglementer les conditions d'enfermement des malades mentaux et a ainsi permis de reconnaître ces personnes comme étant des individus ayant des droits. Il faudra ensuite attendre la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux pour voir évoluer les conditions d'hospitalisation des malades mentaux : cette loi renforce le droit des malades et met en avant le principe que l'hospitalisation libre doit demeurer la règle et l'hospitalisation sans consentement reste quant à elle une exception. Dans les années 1990, deux courants de pensée vont apparaître : le premier dit « libertaire » prône le renforcement des droits du malade mental et le second plus « sécuritaire » est en lien avec la stigmatisation des malades mentaux et avec la volonté de renforcer la sécurité de ma société face aux risques présentés par les personnes ayant des troubles mentaux. C'est dans ce contexte que sera votée 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.

La loi du 5 juillet 2011 instaure pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie française une nouvelle modalité de soin : les soins ambulatoires sous contrainte, sous la forme du programme de soins ambulatoire. Cette nouvelle modalité de soins peut répondre à deux volontés différentes : désengorger les services de psychiatrie et garder un oeil sur les personnes présentant des troubles mentaux vivant à l'extérieur de l'hôpital.

La revue de littérature effectuée nous a permis de voir ce qui existait à l'étranger en terme de soins ambulatoires sous contrainte. Ces derniers existent dans plusieurs pays, notamment les pays anglo-saxons, sur des modalités un peu différentes de ce qui existe en France. Aucune preuve réelle d'efficacité de ce type de soins n'a été montrée par rapport aux soins ambulatoires libres en terme de rechute. Les études observationnelles montrent une diminution des hospitalisations et de la durée des hospitalisations pour les patients en soins ambulatoires sous contrainte, mais les deux essais contrôlés randomisés retrouvés ne montrent aucun bénéfice. En France, aucune étude sur les soins ambulatoires sous contrainte n'a été retrouvée, c'est pourquoi nous avons voulu réaliser deux études : un questionnaire destinés aux praticiens hospitaliers afin de déterminer quels critères sont pris en compte pour la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, une étude des dossiers des patients de notre secteur afin d'examiner les caractéristiques des patients et de voir si la mise en place du programme de soin avait permis de diminuer les rechutes. Enfin nous avons voulu interroger les différents partis impliqués dans le PDS afin d'avoir une vue d'ensemble sur les ressentis de

ces différentes personnes.

L'objectif était de déterminer si cet outil nouveau pouvait apporter des bénéfices aussi bien aux patients, qu'aux familles, qu'aux médecins.

Il ressort de notre travail que le PDS est avant tout un outil juridique avant d'être un outil thérapeutique. Aucun critère n'encadre la mise en place du PDS pour le moment : son utilisation repose sur la décision du thérapeute qui se base sur sa propre expérience.

Pourtant il ressort de notre étude que certains critères semblent importants pour les médecins dans leur prise de décision de mettre en place un PDS et que d'autre part, les patients en PDS ont des caractéristiques similaires. De plus il semble se dégager de notre étude que le PDS apporte un bénéfice au patient en terme de rechutes c'est-à-dire de réhospitalisations et de durée d'hospitalisation. Cependant notre travail comporte de nombreux biais et les résultats qui se dégagent ne sont donc pas généralisables.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail à un échelon plus important, avec une méthodologie plus rigoureuse. Un des objectifs à terme pourrait être de déboucher sur des règles de bonne pratique, voire sur une conférence de consensus concernant le programme de soin afin d'optimiser l'utilisation de cette méthode de soin et d'en faire bénéficier les patients en ayant besoin et pour lesquels le bénéfice attendu serait important.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

[1] BALLERINI Arnaldo.

Les soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Italie.

L'information psychiatrique. Vol 81. N°8. Octobre 2005.

[2] BELLAHSEN M., BRUNESSAUX V., KLOPP S.

Peut-on réellement se soigner sans consentement ?

Soins psychiatriques, n° 281 – juillet-août 2012.

[3] BEYDON Nicole

Les soins sous contrainte.

Empan, ISSN 1152-3336, 04/2013, volume n°89, numéro 1, p 85-89.

[4] BOURELLE JM, Z IELINSKI A, CLAUDOT F.

La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ?

Exclusivité web. Novembre 2014.

[5] BROWN JD

Is involuntary outpatient commitment a remedy for community mental health service failure ?

Ethical Hum Sci Serv. 2003 Spring;5(1):7-20.

[6] CANETE-NICOLAS C, HERNANDEZ-VADEL Miguel, BELLIDO-RODRIGUEZ C, LERA-CATALAYUD G.

Involuntary outpatient treatment for severe mental patients : current situation in Spain.

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):27-33.

[7] Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L 365-1 du Code de la Santé publique.

[8] Code pénal. 1810. 1810.

[9] Code de la Santé Publique.

- [10] COLDEFY M, TARTOUR T, en collaboration avec C. NESTRIGUE (Irdes).
De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.
- [11] Question d'économie de la Santé. N° 205- janvier 2015.
- [12] COMPTON SN, SWANSON JW, WAGNER HR, SWARTZ MS, BURNS BJ, ELBOGEN EB
Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness.
Ment Health Serv Res. 2003 Mar;5(1):27-38.
- [13] Conseil Constitutionnel. Décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010. 2010.
- [14] CORBOBESSE E, BUFNOIR J.
La « Kendra Law ». A propos d'une obligation de soins ambulatoires à New York.
L'information psychiatrique n°10. Décembre 2001.
- [15] DUCHATEAU I, STILLEMANS E, ROLAND M, MATOT J-P
Soins sous contrainte en Belgique : Synthèse et discussion.
L'information psychiatrique volume 82, numéro 3, mars 2006.
- [16] GARCIA-RIBERA C, COMDOR, SORIANO CAMPOS R.
L'internement et le traitement sans consentement en Espagne.
Soins psychiatrie. N°283, novembre/décembre 2012.
- [17] GELLER J, GRUDZINSKAS AJ Jr, MC DERMEIT M, FISHERi WH, LAWLOR T.
The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachussetts.
Adm Policy Ment Health. 1998 Jan;25(3):271-85.
- [18] GEYER Steve.
Le programme de soin : de la dépendance à l'autonomie .
Cliniques, ISSN 2115-8177, volume 8, numéro 2, p 106.
- [19] GREENBERG D, MAZAR J, BROM D, BARER YC

Involuntary outpatient commitment : a naturalistic study of its use and a consumer survey at one community mental health center in Israel.

Med Law. 2005 Mar;24(1):95-110.

[20] GUIBET-LAFAYE C.

Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire.

L'information psychiatrique vol. 90, n°7. Septembre 2014.

[21] GUIBET LAFAYE C

Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves).

Ethique et santé (2014).

[22] Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur.

Haute autorité de Santé. Mars 2011.

[23] HANSEN LN, SVENSSON EM, BRANDT-CHRISTENSEN AM.

Compulsory outpatient treatment can prevent involuntary commitment.

Ugeskr Laeger. 2014 Apr 14;176(16)

[24] HAZIF-THOMAS C, JOUSSET D, WALTE M.

La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique.

Annales Médico-Psychologiques 172 (2014) 563-572.

[25] HELD T.

Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Allemagne.

L'information psychiatrique vol. 81, n° 7. Septembre 2005.

[26] HERNANDEZ VIADEL M, CANETE NICOLAS C, PEREZ PRIETO JF, LERA CATALAYUD G, GOMEZ BENEYTO M

Evaluation of the efficacy of involuntary outpatient treatment in reducing the use of mental

health services in hospital.

.Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010 Apr;3(2):50-4.

[27] HOFMANN W, KUHN P, FEYAHN J.

La psychiatrie allemande réformée pour responsabiliser le patient.

Soins psychiatriques n°283, novembre/décembre 2012.

[28] INCHAUSPE J.A.

Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Espagne.

L'Information psychiatrique vol. 81, n° 10. Décembre 2005.

[29] KISELY S, CAMPBELL LA, SCOTT A, PRESTON NJ, XIAO J.

Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary outpatient treatment on health service use : systematic review and meta-analysis.

Psychol Med. 2007 Jan;37(1):3-14.

[30] KISELY SR, CAMPBELL LA

Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorder.

Cochrane Database Syst Rev. 2011;(2):CD004408.

[31] KISELY DR, CAMPBELL LA

Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders.

Cochrane database Syst Rev. 2014;12:CD004408.

[32] LEGUAY Denis

Soins sans consentement : y a-t-il un sens à l'histoire ?

Perspectives Psy, ISSN 0031-6032, 03/2009, numéro 1, pp.13-21.

[33] LERA-CATALAYUD G, HERNANDEZ-VADEL M, BALLIDO-RODRIGUEZ C, Canete-Nicolas C, ASENSIO-PASCUAL P, CALABUIG-CRESPO R, LEAL-CERCOS C.

Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness : a one-year follow-up study

Int J Law Psychiatry 2014 May-Jun;37(3):267-71.

[34] Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

[35] 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. 1990.

[36] Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. 1992.

[37] Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. 1998.

[38] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[39] Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur Général des lieux de privation de liberté. 2007.

[40] Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008.

[41] 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. 2011.

[42] Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n°2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier 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.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Ministère de l'intérieur.
BO santé – Protection sociale – Solidarité n°2014/10 du 15 novembre 2014;

[43] Mr le PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Discours de Mr le Président de la République. L'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Antony 2008

[44] MORANDI S, BURNS T.

Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland : a literature review.

Int J Soc Psychiatry 2014 Nov;60(7):695-702.

[45] NEIL JP, KISELY S, XIAO J.

Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community : epidemiological study in Western Australia.

BMJ Volume 324, 25 May 2002.

[46] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies – Dixième révision.

[47] OYFFE I, MELAMED Y

Involuntary outpatient treatment.

Harefuah. 2012 Mar;151(3):165-6, 189, 188.

[48] PANFILI JM.

Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique.

VST n°118. 2013.

[49] PARNAS AU.

Les soins ambulatoires sous contrainte au Danemark : code civil ou pénal ou code pénal et civil ?

L'information psychiatrique vol. 82, n°1. Janvier 2006.

[50] PASCAL JC et HANON C.

Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie.

Edition Doin. Collection Polémiques. 306 p. 2014.

[51] PETER Daniel.

Les soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Suisse.

L'information psychiatrique vol. 82, n°2. Février 2006.

[52] PIGNON B, ROLLAND B, TEBEKA S.

Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations.

La Presse Médicale Tome 43, N°11, novembre 2014.

[53] POLLACK DA, MC FARLAND BH, MAHLER JM, KOVAS AE.

Outcomes of patients in a low intensity, short-duration involuntary outpatient commitment program.

Psychiatr Serv. 2005 Jul;56(7):863-6.

[54] QUÉTEL Claude.

Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours.

Paris : Editions Tallandier, 2012 – 642 p - Collection Texto

[55] RILEY H, HOYER G, LOREM GF

When coercion moves into your home, a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway.

Health Soc Care Community. 2014 Sep;22(5):506-14.

[56] SALIZE HJ, DREBING H, PEITZ M.

Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States.

Cochrane database 2002.

[57] SEGAL SP, BURGESS PM

The utility of extended outpatient civil commitment.

Int J Law Psychiatry. 2006 Nov-Dec;29(6):525-34.

[58] SENON JL, 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 ».

Annales Médico-Psychologiques 170(2012)211-215.

[59] SENON JL, VOYER M.

Modalités et impact de la mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations.

Annales médico-psychologiques 170 (2012) 693-698.

[60] SENON JL.

Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie moderne.

L'information psychiatrique, vol. 81, n°7, septembre 2005.

[61] SMITH CA

Use of involuntary outpatient commitment in community care of the seriously and persistently mentally ill patient.

Issues Ment Health Nurs. 1995 May-Jun;16(3):275-84.

[62] SWANSON JW, SWARTZ MS, ELBOGEN EB, WAGNER HR, BURNS BJ

Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness.

Behav Sci Law. 2003;21(4):473-91.

[63] SWARTZ MS, BURNS BJ, HIDAY VA, GEORGE LK, SWANSON J, WAGNER HR

New directions in research on involuntary outpatient commitment.

Psychiatr Serv. 1995 Apr;46(4):381-5.

[64] SWARTZ MS, SWANSON JW, WAGNER HR, BURNS BJ, HIDAY VA, BORUM R.

Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism ? : findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals.

Am J Psychiatry. 1999 Dec;156(12):1968-75.

[65] SWARTZ MS, SWANSON JW, WAGNER HR, BURNS BJ, HIDAY VA
Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness.
J Nerv Ment Dis. 2001 Sep;189(9):583-92.

[66] SWARTZ MS, SWANSON JW, MONAHAN J.
Endorsement of personal benefit of outpatient commitment among persons with severe mental illness.
Psychol Public Policy Law. 2003 Mar-Jun;9(1-2): 70-93.

[67] SWARTZ MS, WILDER CM, SWANSON JW, VAN DORN RA, ROBBINS PC, STEADMAN HJ, Moser LL, GILBERT AR, MONAHAN J
Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program.
Psychiatr Serv. 2010 Oct;61(10):976-81.

[68] THÉRON S.
De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration des soins ambulatoires sans consentement.
Droit de la santé n°6. Novembre/décembre 2010.

[60] TRINGER Laszlo.
Les soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Hongrie.
L'information psychiatrique vo. 82, n° 2. Février 2006.

[69] VACHERON MN.
Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après.
L'Encéphale (2014) 40, 97-99.

[70] VALMY Geoffroy
Evolution de la perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention chez les patients hospitalisés en soins sans consentement : à partir d'une étude menée sur 12 patients au Centre Henri Laborit de Poitiers. 291 p
Th : Méd : Poitiers : 2013.

[71] VENTURA MAS Silvia

Espagne : Système de santé et système judiciaire : débat sur la liberté du patient.
VST n°112- 2011.

[72] ZANNI GR, STAVIS PF

The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment.
Am J Bioeth. 2007 Nov;7(11):31-41.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.*

*Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

SUMMARY.

Involuntary Outpatient Commitment: A New Perspective on Psychiatric Care. Legal Tool or Therapeutic Tool?

Involuntary treatment has existed in France since 1838. The 5th of July 2011 act reformed its status by introducing a new modality of care, Involuntary Outpatient Commitment (IOC) in the form of a program of care. There are few available data on this type of care: observational studies show that committed outpatients have fewer hospitalizations and fewer hospital days but the two randomized controlled trials find no benefit.

In our work, we developed a questionnaire for physicians in order to find out about the decisive criteria for initiating IOC, we conducted a retrospective, observational, monocentre study on the files of the patients of sector 5 of the Hôpital Marchant in Toulouse, and we gathered the opinions of the various parties implied in IOC.

Our results tend to show that IOC is aimed at a certain type of patients but its effectiveness remains to be demonstrated. At the moment it is a judicial tool and the aim of our work is to try to determine how it could be turned into a therapeutic tool that could benefit the psychiatric patient. Rules of good clinical practice could eventually be established and a consensus conference could even be organized.

Keywords: 5th of July 2011 act; involuntary treatment; involuntary outpatient commitment; ambulatory care; legal tool; therapeutic tool

RESUME.

JOLIVET Laurène

2015 TOU3 1548

LE PROGRAMME DE SOINS, UNE NOUVELLE PERSPECTIVE DU SOIN EN PSYCHIATRIE : OUTIL JURIDIQUE ? OUTIL THÉRAPEUTIQUE ?

RESUME EN FRANÇAIS :

Les soins sous contrainte existent en France depuis 1838. La loi du 5 juillet 2011 est venue réformer les soins sous contrainte : elle a introduit une nouvelle modalité de soin, les soins ambulatoires sous contrainte (SAC) sous la forme du programme de soins. Il existe peu de données disponibles sur ce type de soins : les études observationnelles montrent un bénéfice des SAC en terme de réduction du nombre d'hospitalisations et de nombre de jours d'hospitalisation, mais les deux essais contrôlés randomisés ne retrouvent aucun bénéfice.

Dans notre travail, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux praticiens afin de déterminer les critères importants dans la décision de mettre en place des SAC, nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique sur les dossiers des patients du secteur 5 de l'hôpital Marchant à Toulouse et nous avons recueilli les avis de différents partis impliqués dans le programme de soin.

Nos résultats semblent montrer que le programme de soin s'adresse à un certain type de patients, mais l'efficacité reste à démontrer. Il s'agit pour le moment d'un outil juridique, et notre travail a pour objectif d'essayer de déterminer comment nous pourrions en faire un outil thérapeutique au profit du patient psychiatrique. A terme, nous pourrions peut-être déterminer des règles de bonne pratique clinique, voire déboucher sur une conférence de consensus.

**TITRE EN ANGLAIS : Involuntary Outpatient Commitment : A New Perspective n
Psychiatric Care : Legal Tool or Therapeutic Tool ?**

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique, Psychiatrie

**MOTS-CLÉS : loi du 5 juillet 2011 ; soins sous contrainte ; programme de soins;
ambulatoire ; outil juridique ; outil thérapeutique.**

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pierre HECQUET