

ITEM 15

Soins psychiatriques sans consentement

Carène Ponte, Cécile Manaouil

- I. Aspects généraux : que faire devant des signes préoccupants
- II. Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)
- III. Soins psychiatriques sur décision judiciaire

Hierarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
B	Définition	Principes du soin psychiatrique sans consentement	Loi de juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013
A	Identifier une urgence	Connaître les indications à une hospitalisation en psychiatrie sans consentement	Conditions nécessaires à la mise en place SPDT, SPDtu, SPPI, SPDRE
B	Prise en charge	Principes de la loi de juillet 2011 : modalités d'application et conséquences de ces procédures	Procédures, pièces nécessaires
B	Définition	Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire	
A	Identifier une urgence	Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : argumenter les indications	Cadre général pour l'hospitalisation des mineurs ; indications des OPP
B	Prise en charge	Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : modalités d'application et conséquences de ces procédures	

I. Aspects généraux : que faire devant des signes préoccupants

A Il y a autant de situations que de personnes en souffrance psychique. Soit on est face à une personne pour qui ce sont les premiers signes, soit les signes surviennent dans le cadre d'une maladie psychiatrique connue avec ou sans suivi thérapeutique.

De plus, l'âge de la personne souffrante va entraîner des prises en charge différentes (pédiatrique, adulte, personne âgée).

Les situations ci-après sont fréquentes.

La personne émet ou vous redoutez des gestes suicidaires. Quels que soient l'âge et la manière de les évoquer, il faut assurément pouvoir en parler et trouver un spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre via les urgences du centre hospitalier) et le médecin généraliste ou psychiatre pour les adultes. La crainte d'un passage à l'acte en en parlant est possible, mais bien plus grave est de laisser la personne seule à ruminer. Plusieurs cas sont des éventuelles urgences psychiatriques :

- si la personne y a pensé et a un projet précis en tête plutôt que quelque chose de vague ;
- si la personne y a pensé et ne voit pas d'autre option ;
- si elle dispose d'un moyen létal ;
- si elle a déjà fait une tentative de suicide par le passé.

Dans les situations aussi complexes, vouloir raisonner la personne ne fonctionne pas, car la raison est débordée. En revanche, reformuler avec la personne pour qu'elle évoque des éléments de souffrance qui seront mieux vécus dès lors qu'ils seront énoncés aidera pour une prise en charge par un médecin appelé ou consulté en urgence. Malheureusement les signes sont parfois si ténus qu'on peut passer à côté.

La personne décrit des hallucinations, des propos très étranges, sans liens avec la réalité. La personne devient violente vis-à-vis d'autrui ou d'elle-même. L'urgence est gérée par le SAMU, avec envoi de personnes les plus adaptées.

À l'inverse, **une personne peut être prostrée, apathique, sans aucune réaction.** Souvent inaccessible aux paroles d'un tiers, il est nécessaire d'appeler le SAMU afin qu'ils essayent de trouver le lieu le plus adapté (selon l'histoire et les signes cliniques de la personne) pour son accueil.

Selon la gravité de la situation et du vécu de la personne, il est possible de proposer des temps de surveillance à l'hôpital, avec son accord ou contre sa volonté (cf. infra).

A. Réglementation de l'hospitalisation en santé mentale

La santé mentale est le seul secteur dans lequel il est possible de contraindre une personne à recevoir des soins (en dehors de tout processus de contrainte judiciaire).

Les différents modes d'hospitalisation ont été très largement réformés par la loi du 5 juillet 2011, puis par la loi n° 2013-869 du 29 septembre 2013.

Là où l'on parlait d'hospitalisation sans consentement, la loi fait évoluer la terminologie et envisage désormais la notion de « soins sans consentement ». Cette expression plus large vise à englober l'instauration de soins ambulatoires sans consentement y compris à domicile dans le cadre de la mise en place de programme de soins.

Ces **évolutions sémantiques** se matérialisent par un changement des sigles habituellement utilisés par les professionnels. Là où l'on parlait d'HL (hospitalisation libre), le sigle désormais à utiliser est celui de SPL (soins psychiatriques libres). Il en va de même pour le sigle HDT (hospitalisation sur demande d'un tiers) qui devient SPDT (soins psychiatriques sur demande d'un tiers) et du sigle HO (hospitalisation d'office) qui devient SPDRE (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État).

B. Soins sans consentement : mise en place d'une période initiale de soins et d'observation

La décision d'une hospitalisation sans consentement répond à un impératif premier, celui de pouvoir immédiatement admettre une personne dont l'état de santé présente un danger pour elle-même ou pour les tiers. Néanmoins, lors de cette admission, le type de soins à mettre en place n'est pas encore défini. C'est pourquoi une période initiale de soins et d'observation de

72 heures est instaurée. Un premier certificat médical doit être établi au bout de 24 heures pour confirmer le maintien de la mesure, et dans les 72 heures un second certificat médical doit proposer le cadre de la prise en charge, s'il y a toujours nécessité de maintenir la contrainte.

C. Distinction entre hospitalisation complète et soins ambulatoires

Comme le prévoit l'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique :

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »

D. Alternative à l'hospitalisation complète : le programme de soins

Lorsqu'une personne a besoin de soins psychiatriques et que cela doit lui être imposé faute pour elle d'y consentir, jusqu'à présent la seule alternative était celle de l'hospitalisation. Or, ce n'est pas de l'hospitalisation dont a besoin le patient (la forme) mais de soins (le fond). La loi permet donc aux psychiatres de déterminer la meilleure forme de prise en charge pour le patient ayant besoin de soins : hospitalisation complète, hospitalisation partielle, consultations. Il s'agit ici d'élaborer un programme de soins, alternative à l'hospitalisation complète, qui mentionne les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Cette possibilité suppose malgré tout la mise en œuvre d'une phase initiale d'hospitalisation complète dont la durée peut aller jusqu'à 72 heures.

E. Différentes modalités d'hospitalisation complète

B L'article L. 3211-2 rappelle tout d'abord qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Lorsque le recueil d'un consentement aux soins est impossible, la loi du 5 juillet 2011 prévoit, comme la loi de 1990 avant elle et de manière assez proche, différentes formes de soins sans consentement. Elle maintient notamment la distinction entre soins sans consentement à la demande d'un tiers et soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, avec pour chaque des modalités particulières en cas d'urgence ou de péril imminent.

1. Soins sans consentement à la demande d'un tiers

C'est l'article L. 3212-1 qui prévoit cette modalité de soins (tableau 3.1). Il dispose qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
- son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale

Tableau 3.1. B Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État.

	À la demande d'un tiers	En cas de péril imminent	Sur décision du représentant de l'État
Textes de référence (Code de la santé publique)	Art. L. 3212-1	Art. L. 3212-3	Art. L. 3213-1 et 2
Nature de la mesure	Demande d'un tiers prononcée par le directeur d'établissement	Demande d'un tiers prononcée par le directeur d'établissement Obligation de rechercher et d'informer une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade dans les 24 heures	Arrêté du préfet de département prononçant l'admission en soins psychiatriques
Demandeur	Un membre de la famille du malade <i>OU</i> Une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (ce ne peut pas être des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil)		Préfet Ou, en cas d'urgence, décision du préfet faisant suite à une mesure provisoire du maire
Critères d'entrée dans le dispositif	Les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement L'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis : – soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier (hospitalisation complète) – soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète (programme de soins)	Idem Et : Impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers Existence d'un péril imminent pour la santé de la personne à la date d'admission	Les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins car ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public
Conditions d'entrée dans le dispositif	Deux certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours par un médecin (pas obligatoirement un psychiatre) : – le 1 ^{er} ne peut pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil – le 2 ^e peut être établi par un médecin de l'établissement d'accueil Il faut une demande manuscrite datée, signée explicite sur la demande de soins par le tiers	Un seul certificat médical ne pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement MAIS : les premiers certificats établis après l'admission (24 et 72 heures) doivent émaner de deux psychiatres différents (alinéa 3)	Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins En cas d'urgence, tout médecin peut signer le certificat

régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1.

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

- soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci ;
- soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues ci-dessus qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne.

L'une des nouveautés introduite par la loi du 5 juillet 2011 est donc celle de pouvoir prononcer l'admission d'un patient sans son consentement en cas de péril imminent et en l'absence de tiers. Il s'agit ici de la procédure dite « sans tiers » (tableau 3.1).

C'est l'article L. 3212-2-2 qui prévoit que le directeur prononce la décision d'admission lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de la part d'un tiers et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de 24 heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Deux éléments expliquent cette nouveauté. Tout d'abord, il était parfois difficile de trouver ce tiers indispensable à la contrainte, soit parce qu'il n'en existait pas, soit parce que ceux présents n'étaient pas désireux de jouer ce rôle.

Dans un second temps, le tiers ayant fait une demande d'hospitalisation sous contrainte pouvait à tout moment en demander la levée. Le directeur peut donc désormais en prononçant lui-même l'admission faire obstacle à cette demande de levée, et ce dès lors qu'il y a péril imminent pour la personne.

Le maintien dans le dispositif de soins et la levée de la mesure de soins psychiatriques sont décrits dans les tableaux 3.2 et 3.3 respectivement.

Tableau 3.2. B Maintien dans le dispositif de soins.

	À la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	Sur décision du représentant de l'État
Nature de la mesure	Décision de maintien en soins psychiatriques prononcée par le directeur d'établissement	Pour tous les patients : décision de maintien en soins psychiatriques, prononcée par le préfet : – pour une durée de 1 mois – puis pour une durée de 3 mois – puis pour une durée de 6 mois – dans les 24 heures suivant l'admission – puis dans les 72 heures suivant l'admission – puis dans le mois suivant l'admission

(Suite)

Tableau 3.2. Suite.

	À la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	Sur décision du représentant de l'État
Rythme des certificats requis pour le maintien	<ul style="list-style-type: none"> – Dans les 24 heures suivant l'admission (examen somatique complet + certificat médical constatant l'état mental et infirmant ou confirmant la nécessité de maintenir la mesure de soins sans consentement) – Dans les 72 heures suivant l'admission (forme de la prise en charge) – Puis tous les mois 	
Mesures spécifiques pour les soins de plus d'un an	<p>Évaluation de l'état mental de la personne par le collège de soignants composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient – d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient – d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient 	
Forme de la prise en charge à l'admission	Hospitalisation complète : période de soins et d'observation (72 heures)	Hospitalisation complète, période de soins et d'observation maximum 72 heures
Formes de la prise en charge en cas de maintien dans les soins psychiatriques	<p>À l'issue de la période de soins et d'observation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soit hospitalisation complète – soit toute autre forme de prise en charge : hospitalisation à temps partiel (de nuit, de jour), soins à domicile, consultations en ambulatoire, activités thérapeutiques 	<p>Hospitalisation complète <i>OU</i> Toute autre forme de prise en charge : hospitalisation à temps partiel (de nuit, de jour), soins à domicile, consultations en ambulatoire, activités thérapeutiques</p>
Passage à une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète	<p>Programme de soins élaboré par un psychiatre participant à la prise en charge du patient, sur décision du directeur d'établissement, laquelle ne peut avoir que trois origines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Un avis médical d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient pouvant s'exprimer à tout moment 2) La décision du JLD de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète contre l'avis du psychiatre traitant. Le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète mais peut décider de différer son effet de 24 heures maximum pour qu'un programme de soins sous une autre forme qu'en hospitalisation complète puisse être établi par un psychiatre participant à la prise en charge du patient 3) L'absence de décision du JLD : si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours suivant la décision du directeur d'établissement fondant la prise en charge des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète, ou s'il a estimé que les conditions d'un débat contradictoire n'étaient pas remplies, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou en cas de péril imminent sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise 	

JDL : juge des libertés et de la détention.

Tableau 3.3. B Levée de la mesure de soins psychiatriques.

Sur avis médical	Avis médical à tout moment préconisant la levée : levée formalisée par une décision du directeur d'établissement
Pour carence de certificat médical à l'échéance prévue	Levée automatique
Sur décision du JLD	Décision du JLD de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète : le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète
Pour défaut de décision du JLD	La mesure de soins sur décision du directeur d'établissement sous forme d'une hospitalisation complète est réputée levée : <ul style="list-style-type: none"> – en l'absence de décision du JLD : si le JLD n'a pas statué dans les 12 jours, puis dans les 6 mois suivant la décision du directeur d'établissement fondant la prise en charge des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ; – en cas de constat judiciaire de mainlevée si les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies. – TOUTEFOIS : une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise pour assurer la continuité des soins
Sur demande de la commission départementale	Levée formalisée par une décision du directeur de l'établissement
Sur demande d'un membre de la famille ou d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci	Levée formalisée par une décision du directeur d'établissement dès lors que la levée est demandée par un membre de la famille ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, SAUF si un psychiatre de l'établissement atteste : <ul style="list-style-type: none"> – soit que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient – soit que le patient remplit les critères pour être placé en soins sur décision du préfet

2. Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

C'est le chapitre 3 de la loi du 5 juillet 2011 qui prévoit les modalités de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État.

L'article L. 3213-1 dispose ainsi que le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques 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.

Les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et doivent énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

L'article L. 3213-2 prévoit en outre qu'en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures.

La période d'observation et de soins initiale prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa.

F. Intervention systématique du juge des libertés et de la détention

Mesure nouvelle du dispositif, il est désormais obligatoire de faire vérifier la légalité des hospitalisations complètes sous contrainte — celles décidées par le directeur d'un établissement de santé à la demande d'un tiers ou, en cas de péril imminent, celles décidées par le préfet, celles prononcées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale — par un magistrat : le juge des libertés et de la détention.

Lorsqu'on hospitalise une personne sans son consentement, et même s'il y a nécessité de le faire du fait de son état de santé, il s'agit d'une atteinte à sa liberté d'aller et venir, droit fondamental de l'individu. De fait, rien de surprenant au fait que cette décision passe devant le JLD (juge des libertés et de la détention), puisque le pouvoir judiciaire est dépositaire de ce droit d'ôter la liberté à l'individu.

Concrètement, le JLD exerce désormais un contrôle systématique de ces mesures d'hospitalisation sans consentement au plus tard au bout de 12 jours d'hospitalisation complète, puis ensuite au plus tard au bout de 6 mois d'hospitalisation complète continue ou encore à tout moment sur saisine facultative. Il doit être saisi par le préfet en cas de SPDRE ou le directeur d'établissement en cas de SPDT dans les 8 jours suivant l'admission.

Son rôle est de valider ou d'invalider la mesure sans qu'il n'ait le pouvoir de la modifier, rôle des professionnels de santé. Pour statuer, le juge doit en principe entendre la personne concernée sauf motifs médicaux qui y feraient obstacle. Dans ce dernier cas, il doit entendre son avocat (choisi par elle-même ou commis d'office).

Il peut donc décider de lever une mesure d'hospitalisation, avec prise d'effet au bout de 24 heures, laissant ainsi la possibilité aux équipes médicales de mettre en place un programme de soins ambulatoires s'ils estiment que l'état de santé de la personne le nécessite.

Les mesures de soins ambulatoires ne sont pas soumises au contrôle du JLD car elles ne constituent pas une privation complète de la liberté individuelle, et ce même si elles sont associées à une hospitalisation partielle.

60

G. Tenue des audiences

C'est l'article L. 3211-12-2 qui prévoit les modalités d'organisation des audiences devant le JLD.

Désormais, et depuis le 1^{er} septembre 2014, suite aux modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013 et par le décret du 15 août 2014, les audiences n'ont plus lieu au sein du tribunal de grande instance mais dans une salle dédiée au sein de l'établissement de santé mentale. Lors de l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée de son avocat puisqu'il est désormais obligatoire. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

La possibilité de visioconférence a été supprimée par la loi depuis septembre 2014.

H. Des droits renforcés pour le patient

A Si les droits prévus par la loi du 4 mars 2002 s'appliquent aux patients hospitalisés en psychiatrie, quel que soit le mode d'hospitalisation, la loi du 5 juillet 2011 prévoit néanmoins des droits spécifiques aux patients hospitalisés sans leur consentement.

Elle mentionne ainsi :

- des droits individuels :
 - émettre ou recevoir des courriers ;