



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECIN

Les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires
Une double revue systématique mixte de la littérature :
à l'international et en France

Présentée et soutenue publiquement

le 29 mai 2019 à 16H

au Pôle Formation

Par Adeline LEFEBVRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Jean-Philippe COBBAUT

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

RESUME.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
A- Contexte général.....	7
B- Contexte international et modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA).....	9
a. Chronologie du développement des modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA).....	9
b. Les mouvements pour les Droits et les textes internationaux de référence.....	9
c. Les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires dans le monde (MPCA).....	10
C- Contexte français et le Programme de soins définit par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n°2013-689 du 27 septembre 2013.....	15
a. Contexte historique français.....	15
b. Les grands textes français liés aux libertés individuelles et personnelles.....	23
c. Le Programmes de soins définit par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n°2013-689 du 27 septembre 2013.....	24
i. La Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, concernant le Programme de soins (PDS).....	25
ii. Les changements apportés par la LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013, concernant les Programmes de soins.....	26
MATERIEL ET METHODE.....	28
A- Choix de la méthodologie.....	28
a. La revue systématique.....	28
b. La méthode mixte.....	28
i. L'approche qualitative.....	31
ii. L'approche quantitative.....	35
B- État de l'art international.....	36
a. Question de recherche et objectifs spécifiques.....	36
b. Matériel.....	36
c. Méthode.....	36
i. Méthodologie générale.....	36

ii. Méthodologie qualitative	39
iii. Méthodologie quantitative	40
C- État de l'art national français.....	40
a. Question de recherche et objectifs spécifiques	40
b. Matériel	41
c. Méthode	41
i. Méthodologie générale.....	41
ii. Méthodologie qualitative	44
iii. Méthodologie quantitative.....	46
RESULTATS	47
A- Revue internationale.....	47
a. Résultats généraux	47
b. Résultats qualitatifs	50
c. Résultats quantitatifs.....	57
B- Revue française	63
a. Résultats généraux	63
b. Résultats qualitatifs	65
c. Résultats quantitatifs.....	118
DISCUSSION	135
A- Discussion sur les résultats de la revue internationale	135
B- Discussion sur les résultats de la revue française.....	139
C- Discussion générale.....	144
CONCLUSION	153
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	157
ANNEXES	172
Annexe 1.	172
Annexe 2.	174
Annexe 3.	180
Annexe 4.	192

RESUME

Contexte : La liberté et la contrainte sont deux concepts débattus dans le champ de la psychiatrie depuis son origine et qui restent d'actualité. Les pays industrialisés qui ont développé un système de soin en santé mentale ont connu un virage ambulatoire pour des raisons humaniste, économique et dans un contexte de découverte des neuroleptiques. Les modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA) sont présentes dans 75 juridictions dans le monde. En France, ces mesures existent sous le nom de « Programme de soins » depuis la loi du 5 juillet 2011 révisée en 2013. Au regard de la complexité des notions que recouvrent les MPCA, le terme peut prendre des noms différents. À notre connaissance, il n'existe pas de revue systématique mixte s'attachant à décrire les modalités d'applications de ces mesures en France et à l'international. Ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large, initiée par le GCS-CCOMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale de Lille, visant à construire une recherche pour décrire les pratiques de soins ambulatoires sans consentement en psychiatrie en France.

Méthode : Les littératures internationale et française sur le sujet ont été explorées par le biais d'une double revue systématique mixte convergente. La revue internationale a pour objectif d'identifier les thématiques principales des chercheurs relatives aux MPCA. La revue nationale a pour objectif d'identifier les sujets relatifs aux PDS traités dans la littérature française. PubMed, PsychINFO et Scopus ont été interrogés pour la revue internationale. 7 banques de données et 7 répertoires ont été interrogés pour la revue nationale. Les critères d'inclusion et de non inclusion ont été basés sur des critères pertinents pour les contextes juridiques et de la littérature. La qualité des articles a été analysée à l'aide des grilles AMSTAR2 pour la revue internationale et MMAT pour la revue nationale. Pour chaque revue, une analyse quantitative (Analyse des Données Textuelles, type lexicométrie) a été réalisée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. La méthodologie qualitative pour la revue internationale était une analyse thématique et, pour la revue française, une méta ethnographie.

Résultats : 57 revues internationales et 45 articles français ont été sélectionnés. Des spécificités françaises et internationales apparaissent et plusieurs informations entrent en résonance entre les deux littératures. Il existe un paradoxe entre un contexte médiatique qui renforce la stigmatisation et une avancée des Droits des personnes. L'utilisation des modalités et des contenus des MPCA sont hétérogènes. Ils existent des facteurs décisionnels divers. Les personnes concernées sont souvent des hommes présentant un syndrome de la porte tournante en psychiatrie et un risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. Les autres acteurs sont les médecins psychiatres et les soignants, les familles et des intervenants judiciaires. Les débats, parfois vifs, entre les auteurs se polarisent sur la question des Droits et, plus récemment, sur l'évaluation de l'efficacité des MPCA. Enfin, les auteurs évoquent des alternatives aux MPCA issues du champ du rétablissement.

Conclusion : Ce travail propose une analyse de la littérature française et internationale sur les MPCA, appelées PDS en France qui s'inscrivent dans une longue histoire des liens entre libertés et contraintes en psychiatrie. Cet état de l'art sur le sujet réaffirme sa complexité, située à l'interface d'enjeux juridiques, éthiques, sociétaux et sanitaires.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACT	Assertive Community Treatment
ADT	Analyse de Données Textuelles
AFC	Analyse Factorielle des Correspondances
AOT	Assisted Outpatient Treatment
ASCD	Autorisations de Sortie de Courte Durée
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
CCC	Compulsory Community Care
CCOMS	Centre Collaborateur de l'OMS
CTO/OTC	Community Treatment Orders/Ordonnance de Traitement Communautaire
CDHP	Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques
CDPH	Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme
CHD	Classification Hiérarchique Descendante
CRPA	Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie
EFPT	European Federation of Psychiatric Trainees
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
IOT	Involuntary outpatient treatment
MPCA	Modalité juridique Psychiatrique Coercitive Ambulatoire
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Programme de soins
QPC	Question Prioritaire de Constitutionnalité
SCT	Supervised Community Treatment
SPO	Soins Pénalement Ordonnés
SSC	Soins Sans Consentement
WNUSP	World Network of Users and Survivors of Psychiatry

INTRODUCTION

A- Contexte général

La liberté et la contrainte sont deux concepts importants dans le domaine de la psychiatrie et ce, depuis son origine. Elles ont été le sujet de nombreux auteurs qui ont écrit et développé des approches épistémologiques diverses. En Europe, des textes d'Aristote (384 av. J.-C. - 322 av. J.-C.) laissent à penser qu'il faut « *raisonner le malade sans le contrarier ni être trop complaisant.* » (1) Cependant, il existe aussi des descriptions d'utilisations de chaînes et de l'isolement. Cela semble dépendre de la présence d'une famille ou du statut d'esclave ou d'indigent. (1) Selon Claude Quérel : « *Cette tradition de force dans le « traitement » de la folie procède non seulement de la vox populi, toujours prête à rejeter ce qui ne lui ressemble pas, mais aussi de l'école stoïcienne, selon laquelle on est responsable de sa folie comme de ses passions (les deux termes sont d'ailleurs dans ce cas synonymes). Quoi que médecin, Celse ne craint pas d'évoquer, dans son traité De Media, le recours à la réprimande, à la faim, aux chaînes, au fouet et aux coups lorsque c'est nécessaire et notamment lorsqu'il s'agit de « réprimer l'audace des malades ».* » (1) En France, les conflits sur cette question sont anciens. En effet, l'avocat Elias Regnault, farouche adversaire à la médecine mentale, publie en 1830 un pamphlet intitulé Du degré de compétences des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales. (2) Les concepts de « liberté » et de « contrainte » restent d'actualité aujourd'hui et intéressent les jeunes psychiatres européens comme en témoigne l'enquête « Involuntary Treatment Throughout Europe Survey » menée par l'European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) qui vise à identifier l'enseignement des Lois relatives à la contrainte en psychiatrie et de l'Éthique dans les Universités en Europe. En effet, d'un côté les contextes juridiques sont différents d'un pays à un autre. D'un autre côté, les pays qui ont ratifié de grands textes internationaux comme la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) et la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) de l'ONU se doivent d'adapter leurs Lois aux conventions. Par ailleurs, d'importants enjeux éthiques sont présents, comme le « consentement », l'« autonomie » ainsi que la « protection de la société », ce qui crée des tensions. Les notions de « contrainte » et de « liberté » sont également très présentes dans le mouvement du rétablissement qui se développe depuis les années 90. (3) La définition du rétablissement retenue dans le Programme Quality Rights indique que « *le rétablissement implique aussi bien les aspects individuels ressentis par les personnes qui se décrivent elles-mêmes comme étant*

en cours de rétablissement – espoir, guérison, empowerment et réseau social – que les aspects externes, ou sociétaux, qui facilitent le rétablissement – respect et défense des droits de la personne, culture positive du soin et services orientés vers le rétablissement. » (4,5)

A partir des années 60, partout dans le monde, la psychiatrie est concernée par le virage ambulatoire, pour des raisons à la fois humaniste (lutter contre l'exclusion et permettre l'insertion et l'inclusion dans la Cité) (6,7) et économique. Se pose alors la question de l'évolution des concepts de « liberté » et de « contrainte ». Plusieurs pays et villes, dans le monde, ont créés des modalités juridiques psychiatriques coercitives de prise en charge ambulatoire de certaines personnes qui vivent avec un diagnostic de trouble psychique. Un enjeu important est l'accès aux soins (notamment par un traitement médicamenteux obligatoire) pour les personnes considérées comme les plus vulnérables afin de lutter contre le « syndrome de la porte tournante ». Les études de haut niveau de preuve ont mis en évidence une absence de résultat significatif concernant le recours au système de soin, le fonctionnement social, l'état mental et la qualité de vie des usagers concernés. Elles indiquent une légère protection contre le risque d'être victime de violence mais ne peuvent pas dire si cela est dû à la contrainte ou à la seule intensification des soins. (8–11). Cela jette un doute sur l'utilité et l'éthique des OTMC. (12) Nous parlerons, dans ce travail, de « modalité juridique » plutôt que de « modalité de soins ». Ce choix a été pris pour décrire et penser ces modalités qui ont rapport au droit, qui se réfèrent à un cadre juridique défini par le législateur, plutôt que de considérer d'emblée ces modalités comme des soins ou des cadres de soins - puisque l'efficacité n'est pas prouvée par les données probantes actuelles et soulève des conflits entre les auteurs. « *La pratique de la psychiatrie est aujourd'hui très diversifiée avec des spécialistes de la psychiatrie biologique (13,14), des psychiatres partisans de la psychothérapie institutionnelle (15), de la phénoménologie (16), de la remédiation cognitive ou de la réhabilitation psychosociale (17) » (18)*

Pour conclure, ce travail vise à mieux comprendre, par le biais d'une double revue systématique mixte de la littérature, la façon dont les chercheurs internationaux et français traitent le sujet ces modalités coercitives ambulatoires pour certaines personnes qui vivent avec un diagnostic de trouble psychique (MPCA). Il vise également à mettre à jour les enjeux soulevés. Il s'inscrit dans le cadre du groupe de travail sur les « Programmes de soins » du GCS-CCOMS Pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale, de Lille.

B- Contexte international et modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA)

A l'échelle internationale, nous pouvons observer un développement de ces modalités, surtout depuis les années 80 (**Figure 1**). Par ailleurs, depuis les années 50, le monde est marqué par le développement de mouvements pour l'accès aux Droits. Enfin, les modalités psychiatriques coercitives ambulatoires prennent des formes différentes selon les pays et les villes et engagent diverses parties prenantes.

a. Chronologie du développement des modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA)

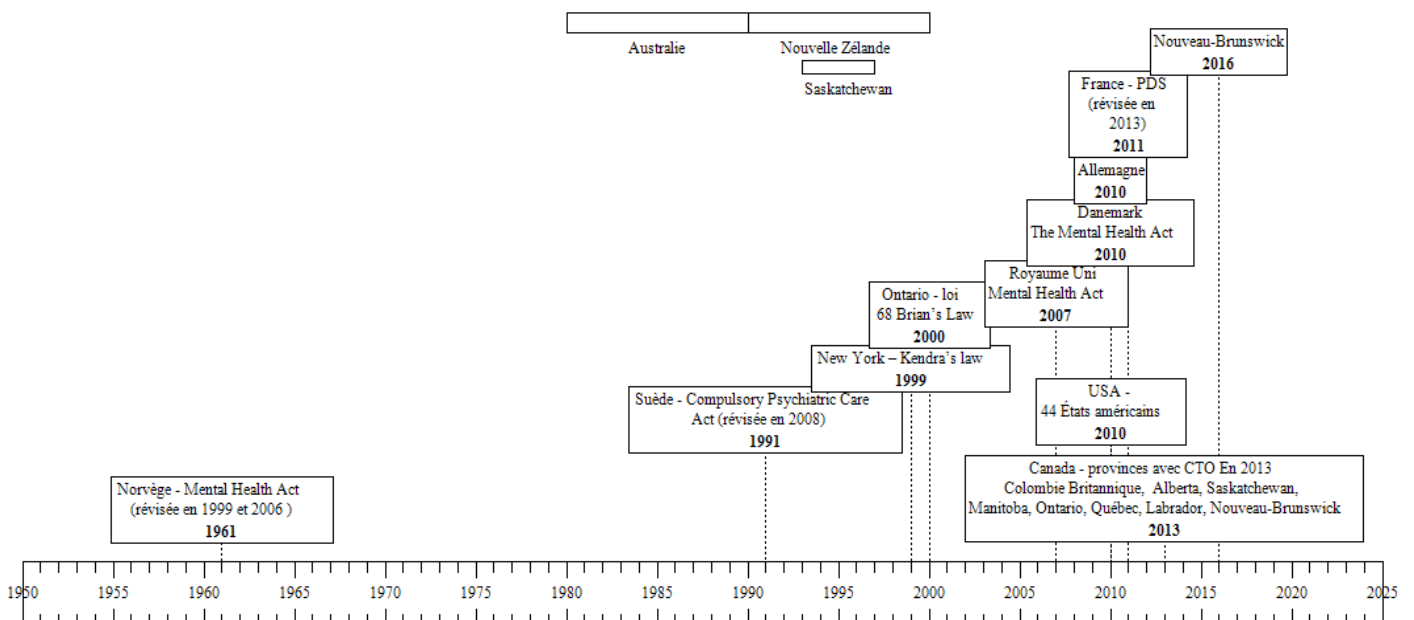


Figure 1. Chronologie

b. Les mouvements pour les Droits et les textes internationaux de référence

C'est dans la période post seconde guerre mondiale que commence à s'organiser les mouvements pour les Droits. La Charte des Nations Unies est adoptée le 26 juin 1945. Elle se donne cinq mandats : maintenir la paix et la sécurité internationale, protéger les Droits de l'Homme, Fournir de l'aide humanitaire, Promouvoir le développement durable et Garantir le

droit international. (19) La Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) est signée en 1950. Elle fait suite à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) proclamée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1948. Elle vise à protéger les Droits de l'Homme et les libertés fondamentales avec un contrôle judiciaire du respect des droits individuels. (20) La CEDH évolue avec des Protocoles successifs. Le Protocole N°16 est entré en vigueur, en France, le 1^{er} août 2018. (21) Les articles qui nous intéressent pour ce travail sont l'article 3 : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » et l'article 5 : « Droit à la liberté et à la sûreté » Dans le champ du handicap et de la santé mentale, l'évolution est plus récente. Les bases du réseau World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) sont jetées en 1991 et la première assemblée générale se tient en 2001. (22) Il vise à promouvoir les Droits des personnes qui vivent avec un handicap ou une déficience. Ces membres participent activement à l'écriture de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) (23) adoptée en 2006 par l'Assemblée Générale de l'ONU. La France ratifie la CDPH en 2010.

c. Les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires dans le monde (MPCA)

Ces modalités peuvent prendre des noms différents comme « *traitement communautaire coercitif* », « *ordonnance de traitement en milieu communautaire* », « *supervision communautaire* », « *engagement externe* », « *ordonnance de traitement obligatoire* », etc. Les ordonnances de traitement communautaire (OTC) existent dans plus de 75 juridictions à travers le monde. (12)

Aujourd'hui, au Canada, les MPCA sont initiées par les cliniciens alors qu'aux États-Unis, les MPCA sont habituellement initiées par des tribunaux, après une évaluation clinique. Les MPCA mises en place par les cliniciens, existent dans certains pays européens comme l'Écosse, l'Angleterre, le Pays de Galles, la Suède, la Norvège, le Danemark, la France et la Suisse et également en Australie et Nouvelle-Zélande. Ces modalités juridiques sont souvent légalisées dans un contexte de mise en avant d'acte de violence médiatisée (24). Au moment de la légalisation des MPCA, les pays connaissent, la plupart du temps, d'importants débats éthiques concernant la restriction de liberté de personnes considérées comme ayant leur capacité de prise de décision et qui n'ont enfreint aucune loi. (12) De façon plus contemporaine, le débat a porté sur la question de l'efficacité et des avantages cliniques.

Certains auteurs s'inquiètent de l'absence de preuves scientifiques claires pour des pratiques de plus en plus répandues. (12)

En dehors de l'Europe :

Aux Etats Unis

L'adoption de la *Kendra's law* en 1999, à New York, a établi le traitement communautaire coercitif des patients hors de l'hôpital et a servi de catalyseur à la diffusion des autres lois sur ces modalités aux Etats Unis. En 2016, 46 États et le district de Columbia ont des lois qui autorisent l'engagement des patients externes. Seuls quatre États n'ont pas adopté de lois sur l'engagement des patients externes : le Connecticut, le Maryland, le Massachusetts et le Nouveau Mexique. Bien que les critères d'engagement des patients externes varient d'un État à un autre, deux critères principaux semblent persister : la présence de signes de maladie mentale chez le patient et le repérage d'un danger pour lui-même et pour autrui. Vingt États ont des lois sur l'engagement des patients externes qui suivent un modèle prédictif. Un modèle prédictif vise à déterminer si une personne atteinte d'une maladie mentale est susceptible de se détériorer au point de présenter un risque pour elle-même ou pour une autre personne. Ce modèle prédictif, en général, va plus loin que l'approche moins restrictive de l'engagement civil ambulatoire des patients. Actuellement, vingt-deux États adoptent des modèles préventifs, qui visent des personnes susceptibles de commettre des actes potentiellement dangereux et qui visent à réduire la récurrence en engageant les patients qui sont les plus susceptibles de se détériorer. La recherche sur ce modèle est minimale à l'heure actuelle. Par conséquent, on ne sait pas très bien comment cette tendance peut influencer sur la sécurité publique et les soins aux patients à l'avenir (25).

En Australie et Nouvelle-Zélande

Les ordonnances de traitement obligatoire existent dans les États australiens du Queensland et de Victoria. (26)

L'agence publique Victoria Legal Aid indique que les ordonnances de traitement obligatoire sont de trois types :

- Les « assessment orders », fait par un médecin agréé pour autoriser l'examen psychiatrique par un psychiatre agréé
- Les « temporary treatment orders », fait par un psychiatre agréé pour une période maximale de 28 jours

- Les « treatment orders », fait par le Tribunal de santé mentale. Elles ne peuvent être faites que si une « temporary treatment orders » (ordonnance de traitement temporaire) a déjà été faite.

Les trois modalités peuvent être soit intra hospitalière soit communautaire. (27)

Au Canada

Les Ordonnances de Traitement Communautaire (CTO) se sont développées depuis le milieu des années 1990 en commençant par le Saskatchewan puis l'Ontario en 2000 et plus récemment en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve, au Labrador et en Alberta. (12)

Les CTO sont conçues pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, dont l'état est stabilisé dans un établissement de soins, qui sont ensuite libérées et qui rechutent et doivent être réadmisses à l'établissement de soins. Il y a un certain nombre de critères pour l'obtention d'un CTO qui peuvent inclure :

- En Alberta et en Ontario : au cours des trois dernières années, la personne a été hospitalisée dans un établissement psychiatrique deux fois ou plus (pendant 30 jours ou plus), ou a été sous CTO auparavant ;
- En Saskatchewan : au cours des deux dernières années, la personne a été hospitalisée pour un traitement psychiatrique, volontaire ou non, ou a déjà été sous CTO ;
- En Nouvelle-Écosse : au cours des deux dernières années, la personne a été hospitalisée pour un traitement psychiatrique à deux reprises ou plus pour un total de 60 jours ou plus, ou a déjà été sous CTO.
- À Terre-Neuve-et-Labrador : au cours des deux dernières années, la personne a été hospitalisée d'office pour un traitement psychiatrique à trois reprises ou plus, ou a déjà été sous CTO ;
- Il existe un risque d'auto ou d'hétéro agressivité lié au trouble mental ou un risque d'aggravation de sa maladie s'il n'est pas soigné ;
- Les services nécessaires sont disponibles dans la communauté ;
- Le trouble mental d'un patient l'empêche de comprendre qu'il a besoin de traitement et de supervision, de sorte qu'il ne peut prendre une décision éclairée ;
- Il y a un examen médical par un médecin en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, ou par deux médecins en Alberta et au Saskatchewan, avant de conclure un plan de CTO, dans les délais prescrits par la Mental Health Act provinciale ; le médecin doit croire, entre autres choses, que la personne est en mesure de respecter les CTO ;

- Le médecin a consulté toutes les personnes nommées dans le plan de traitement communautaire ;
- La personne (et son mandataire spécial le cas échéant) a été reçue par avec un conseiller en droits ;
- Le consentement de la personne ou de son mandataire spécial a été recueilli.

Les CTO peuvent également être utilisées pour les patients psychiatriques non volontaires qui acceptent un plan de traitement ou de supervision comme condition de leur libération d'un établissement psychiatrique. Les CTO sont valides pour une période déterminée, habituellement de 90 à 180 jours, mais peuvent être renouvelées ou résiliées à n'importe quel moment. (28)

En Israël

Jusqu'en 1991, les traitements psychiatriques obligatoires n'étaient possibles que dans le cadre d'une hospitalisation complète. Après le changement de la loi, le psychiatre de district, après un examen psychiatrique, peut ordonner un traitement ambulatoire obligatoire. Le patient est alors affecté à une clinique désignée, dans des conditions déterminées, pour une période ne dépassant pas six mois, avec possibilité de renouvellement pour six mois. Le non-respect des conditions de l'ordonnance entraîne une hospitalisation obligatoire. (29)

En Europe, plusieurs pays sont connus pour avoir donné une réponse à cette question de la contrainte en milieu communautaire comme l'Angleterre et le Pays de Galles, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, certaines villes d'Espagne (San Sébastian, Barcelone, Alicante, Valence), l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Suisse ainsi que la France. Les pays ont répondu de façon diverse. Par exemple :

En Angleterre et au Pays de Galles

En 1998, le gouvernement d'Angleterre et du Pays de Galles commence un processus de réforme de la loi de santé mentale en vue de réviser la « Mental Health Act » de 1983. C'est en 2006 et 2008 que le gouvernement propose des changements dont l'inclusion du traitement communautaire supervisé (« Supervised Community Treatment » ou SCT). Cette modalité vise à proposer une approche plus ciblée pour les patients qui présentent un « syndrome de la porte tournante ». Un SCT dure de 6 mois à un an, à partir du moment où le patient quitte l'hôpital, avec une possibilité de renouvellement. Le but est de s'assurer que le patient reste en contact avec les services de santé mentale et qu'il soit surveillé pour déceler tout signe de détérioration de leur santé et, si nécessaire, rappelé à l'hôpital. Les patients qui

refusent de donner leur consentement ne seront pas traités contre leur gré dans la communauté, mais pourront être rappelés à l'hôpital pour y être traités si cela est cliniquement nécessaire. Les patients qui suivent un SCT bénéficieront des mêmes garanties que les patients détenus à l'hôpital, dont le droit d'être en contact avec un proche et le droit de présenter une demande à un tribunal de révision en santé mentale. Tous les patients sous SCT verront également leur traitement médicamenteux examiné et certifié par un second médecin désigné après trois mois à compter de la première prise de médicament ou un mois après leur sortie de l'hôpital. Les personnes en SCT verront leur cas examiné régulièrement de la même manière que les patients détenus, et seront libérées lorsqu'elles ne répondront plus aux critères. (30)

En Allemagne

En 2003, le Conseil fédéral a adopté un projet de loi qui modifiait la loi sur la tutelle en autorisant le traitement des patients ambulatoires par la contrainte. Cependant, après d'intenses débats politiques et de vives protestations de la part des organisations de patients, le Parlement fédéral a rejeté la loi sur les projets de loi, en 2004. Les ordonnances de traitement communautaire ne sont possibles que pour les anciens patients médico-légaux des services externes spécialisés pour ces patients. (31)

En Norvège

La loi néerlandaise n'autorise pas le traitement ambulatoire involontaire c'est-à-dire l'administration de médicaments par coercition directe. Toutefois, il est possible d'imposer des ordonnances de traitement en milieu communautaire. Si le patient ne respecte pas les conditions de l'ordonnance de traitement ambulatoire, le placement d'office peut être immédiatement mis en vigueur. En plus de prendre les médicaments prescrits, le patient peut être obligé de se rendre aux services externes à intervalles réguliers et de se rendre à ses rendez-vous. La violation de ces obligations peut donner lieu à un mandat de perquisition par les autorités locales suivi d'un placement volontaire. (31)

Pour conclure, nous constatons que la globalisation impacte le développement des organisations et des pratiques en psychiatrie et santé mentale. Les MPCA se développent dans certaines juridictions depuis les années 60 avec, visiblement, une accélération depuis les années 80. Ces modalités qui s'inscrivent dans l'articulation santé-justice, prennent des formes différentes selon les contextes juridiques et politiques et des pays, des provinces et des

villes. Pour autant, la mondialisation apporte également des grands textes concernant les droits des personnes et les pays qui ont ratifié ces textes se doivent d'adapter leurs lois.

C- Contexte français et le Programme de soins défini par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n°2013-689 du 27 septembre 2013

a. Contexte historique français

Les XII^{ème} et XIII^{ème} siècles sont connus pour la construction de fondations hospitalières, en même temps que le développement des villes. En 1656, s'ouvre l'Hôpital général de Paris : Bicêtre pour les Hommes, la Salpêtrière pour les femmes et les enfants en bas âges.



Figure 2. Fondation de l'Hôpital général

Source : thèse de Serge Tisseron, 1975 (32)

C'est l'époque, selon Foucault, du « Grand Enfermement ». (1) Dès ce moment, la question de séparer les « fols et Folles » des autres personnes se posent. (1) Au début du XVII^{ème} siècle apparaissent les premières maisons de force. Selon Claude Quérel : « c'est bien

là, tout au long de l'Ancien Régime, qu'il faut chercher [les fous], plutôt qu'à l'Hôpital général, où ne sont, par définition, que les indigents. » (1) C'est à la fin du règne de Louis XV que s'ouvrent les premiers dépôts de mendicité. (1) La population des insensés dans les Hôpitaux généraux, les maisons de force et les dépôts de mendicité augmente et pose des problématiques pratiques. La fin du XVIII^{ème} siècle est marquée par la dénonciation du mauvais état des hôpitaux et par l'abolition des Lettres de Cachet. La même année est votée la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen qui proclame dans l'article 7 que « Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu, que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires doivent être punis. » (1) Au début du XIX^{ème} siècle, le geste symbolique de la « délivrance des chaînes » de Pinel s'accompagne de la diffusion du Traitement Moral.



" LA FOLIE EST FRUTE :
IL IMPORTE POUR GUERIR
DE SUIVRE LES LOIS DE
LA MORALE " *



*TOUT AU
LONG, C'EST
PINEL QUI
CAUSE...



CAR CET HOMME
EST COUPABLE,
IL DOIT LE SAVOIR!



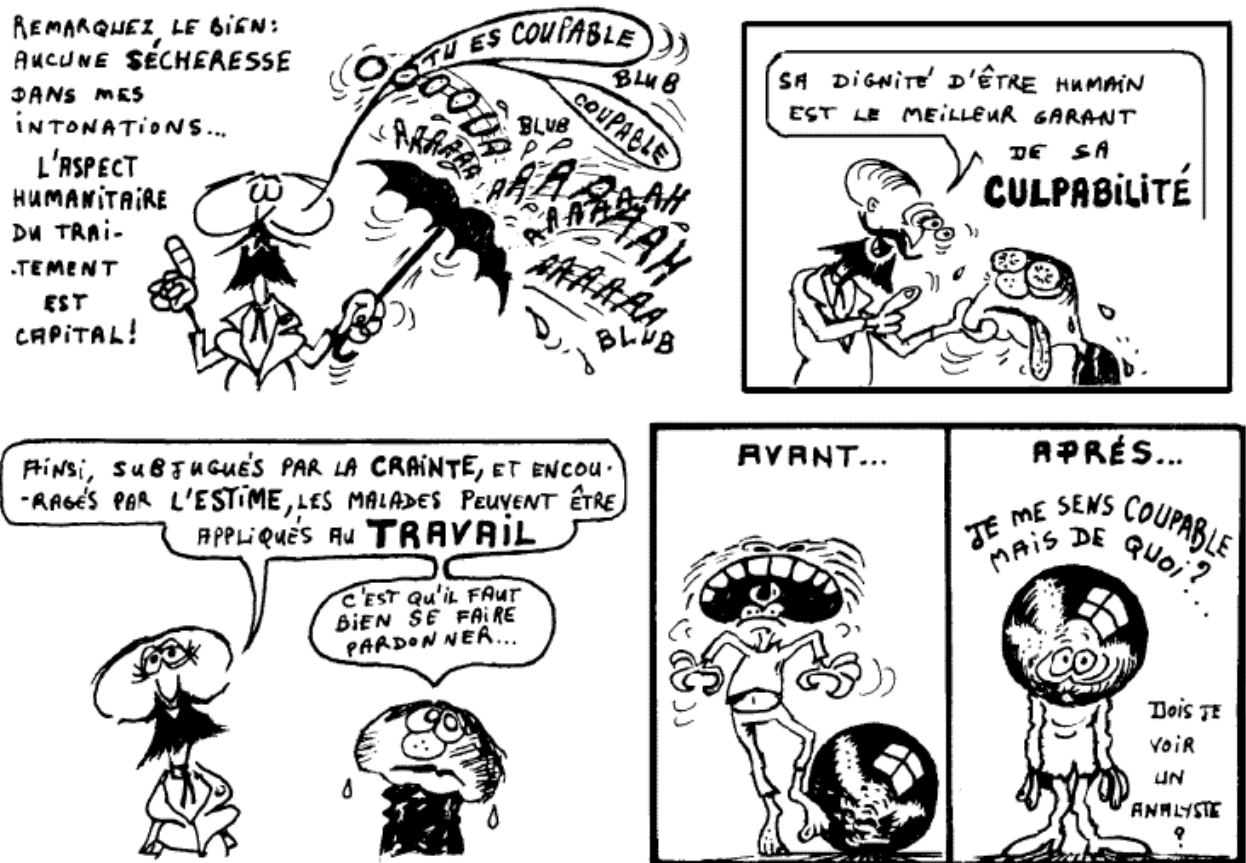


Figure 3. Les apports de Pinel

Source : Thèse Serge Tisseron, 1975 (32)

Ce siècle est également marqué par le développement important de la nosographie et de l'enseignement hospitalier. (1)

Loi du 30 juin 1838

En France, la contrainte en psychiatrie est instituée par la loi du 30 juin 1838 qui reconnaît les aliénés comme des « malades » et qui promeut l'ouverture d'un établissement dédié à la prise en charge de ces personnes dans chaque département. La thérapeutique préconisée est alors le Traitement Moral qui impose de « *couper le malade de son environnement habituel en l'isolant dans un établissement fermé, situé si possible à la campagne* ». L'internement est la seule possibilité de soins avec : les placements volontaires (demandés par la famille ou par un proche) et les placements d'office (ordonnés par l'autorité publique) (2). Les certificats apparaissent avec le rapport de police circonstancié pour les placements d'office, un certificat médical d'entrée et un certificat dit de 24 heures qui confirme la nécessité de l'internement et le certificat dit « de quinzaine » qui sont reproduits dans le Livre de la loi et envoyés au préfet

(2). L'autorité judiciaire est exclue de la procédure d'internement cependant des recours sont prévus (2).

La loi du 30 juin 1938 est critiquée dans un contexte de montée de l'anti-aliénisme dès les années 1860. Les arguments d'enfermement arbitraire, de mauvais traitements et d'incapacité à guérir les malades sont avancés. L'histoire est marquée par l'affaire Hersilie Rouy dont l'histoire est décrite dans le livre de Yannick Ripa, L'affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIX^e siècle. (33)

La loi du 30 juin 1838 CODIFIE LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION ..



Figure 4. la loi du 30 juin 1838

Source : Thèse Serge Tisseron, 1975 (32)

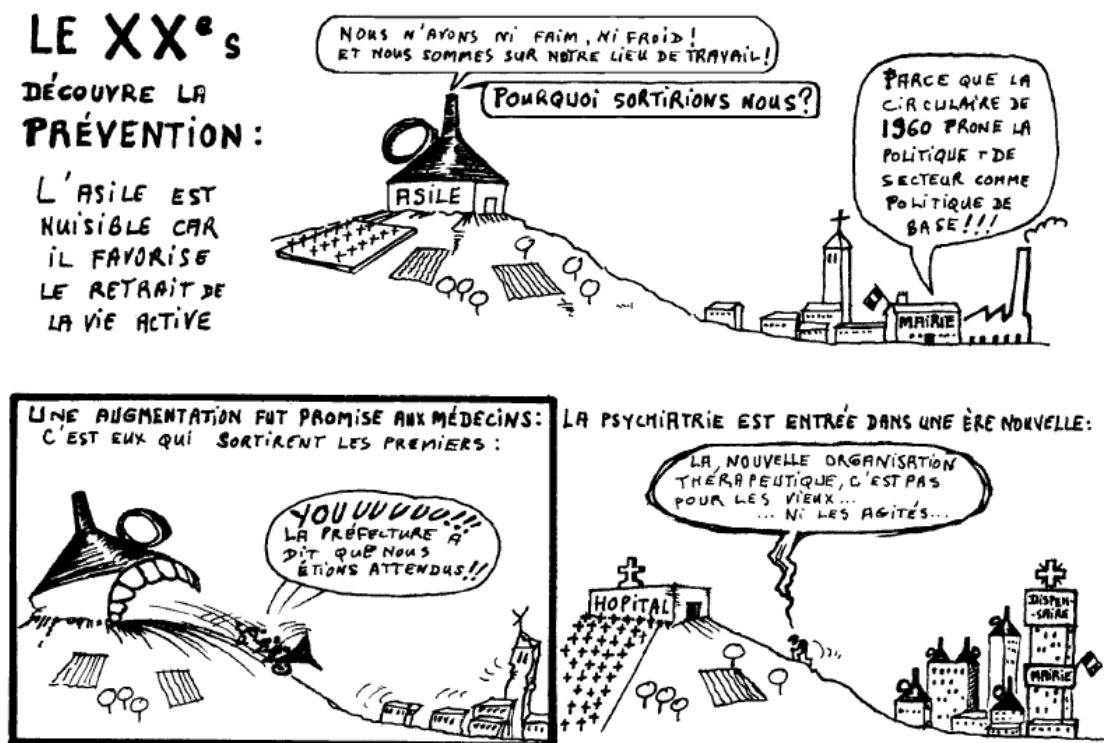


Figure 5. le début du virage ambulatoire
Source : Thèse Serge Tisseron, 1975 (32)

Par ailleurs, même s'ils peuvent être critiqués (32), l'apparition des neuroleptiques a soutenu le début du virage ambulatoire.

Circulaire de 1957

La Circulaire du 4 juin 1957 a pour objet l'organisation des sorties d'essai des hôpitaux psychiatriques. La sortie d'essai s'inscrit dans une vision de réinsertion sociale « *en favorisant sa réadaptation professionnelle* (34) pour « hâter la convalescence et la guérison » (34) *et de surveillance permettant* « en cas de rechute, une réintégration rapide et sans formalités » (34). Le décideur est le médecin avec l'assentiment du proche dans l'hospitalisation volontaire et le Préfet dans l'hospitalisation d'office, après proposition motivée du médecin chef de service. La durée indiquée est d'au moins un mois sans pouvoir, en principe, excéder trois mois. La circulaire indique déjà la nécessité d'un accompagnement en milieu ordinaire, préventif des rechutes. La réintégration du malade peut s'effectuer à tout moment, sans formalité, avec l'ambulance et le personnel de l'hôpital psychiatrique. (34)

Circulaire du 15 mars 1960

La circulaire de 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (35), introduit la politique dite « de secteur » qui ne se concrétisera pas rapidement. Il faudra attendre 1985 pour voir l'écriture de la loi qui lui est dédiée.

Dans les années 70, a la fin de sa vie, Henri Ey critique vivement le livre de Michel Foucault Folie et Déraison - Histoire de la folie à l'âge classique, sortie en 1961. Henri Ey écrit : « *Ce philosophe très informé des choses de la Médecine, très documenté sur certains points de son Histoire mais animé d'une évidente mauvaise humeur contre les Médecins, a entrepris de démontrer que la « maladie mentale » n'est rien d'autre que l'effet de la répression de la Déraison par la Raison, par la vertu et les intérêts d'une certaine Société. Par-là, Michel Foucault entend ne pas séparer la folie (celle qui fait seule l'objet de la Psychiatrie) de la Déraison. [...] Ainsi sommes-nous bien prévenus du crime que va commettre la psychiatrie en s'emparant d'un objet qui ne lui appartient pas : la merveilleuse Déraison. [...] Autant dire que la Folie est un produit de culture qui naît et ne se développe que dans cette espace où la Déraison est condamnée par la Raison. Dans une telle perspective – appelons-la « idéologique » - être fou, paraître fou, être traité de fou, n'a rien à voir avec un phénomène de nature : tout se passe dans l'histoire comme dans la pratique du concept de maladie mentale comme si sa « pathologie » était purement artificielle et sa thérapeutique purement sociale. C'est évidemment faire bon marché de ce qu'il peut y avoir de constant et de consistant dans le « trouble mental ». Or c'est précisément cette résistance, ce poids du fait psychopathologique qui pour nous constitue le fondement de la psychiatrie. [...] La « maladie mentale » est une maladie de la réalité et de la liberté liée, comme le rêve, à une désorganisation de l'être conscient, c'est-à-dire que plus ou moins directement elle manifeste dans son aliénation l'inversion des rapports qui règlent organiquement l'être conscient à son Inconscient. » (1)*

Loi de juin 1990 (Loi Evin)

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, réforme la loi de 1938 dans un contexte qui fait suite à la seconde guerre mondiale et à la Convention Européenne des Droits de l'Homme de 1950 ainsi qu'un « *contexte de diminution massive, pour cause de restrictions budgétaires, du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Au point que*

certaines psychiatres dénoncent ce qu'ils appellent des « externements arbitraires » » (2). La loi Evin crée les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP).

Rapport Strohl, Rapport Piel-Roeland (2001) et le Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale (2003) (36)

Le Rapport Strohl commence à évoquer la possibilité de pratiques de soins ambulatoires obligatoires. Le Rapport Piel-Roeland indique qu' *« En cas d'obligation de soin, à l'issue des 72 heures, le troisième certificat médical circonstancié pose l'indication de l'obligation de soin, avec les avis souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social. La décision est transmise au juge qui statue dans les 24 heures et au préfet et au maire si nécessaire. Pendant ces 24 heures, la personne est maintenue en hospitalisation. Les obligations de soin peuvent prendre deux modalités :*

o Soins ambulatoires: si l'état de santé de la personne nécessite des soins susceptibles d'être apportés en ambulatoire, la personne choisie avec le médecin les modalités qui seront animées par d'autres soignants. La mesure est révisée périodiquement et éventuellement renouvelée après un mois.

o Soins en hospitalisation: si l'état de santé de la personne nécessite un traitement et une surveillance permanente et continue. La mesure est révisée périodiquement et éventuellement renouvelée au bout de 7 jours. » (37)

Enfin, le Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale de 2003 propose de *« Clarifier l'usage des sorties d'essai de longue durée, souvent utilisées comme des obligations de soins et de créer une nouvelle disposition légale permettant l'obligation de soins en ambulatoire. »* Le Plan indique que : *« Nous préconisons la création d'une obligation de soins sous contrainte différente de la sortie d'essai. Le patient ne serait plus alors inscrit dans le registre de l'H.D.T., puisque ne nécessitant plus de soins immédiats et constants, mais il serait tenu de respecter un protocole de soins qui, non observé, entraînerait sa réhospitalisation. » (38)*

Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme les droits des usagers du système de soins mais institue une « exception psychiatrique ». Elle indique, dans le Code de Santé Publique, concernant le droit à l'information :

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Concernant le droit au secret et au respect de sa vie privée

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

Concernant le consentement

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

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

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché

s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

Concernant la personne de confiance

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Le discours d'Antony, prononcé par N. Sarkozy, Président de la République

Le 2 décembre 2008, le Président de la République décide de se rendre dans un hôpital psychiatrique, à Antony, à la suite d'un drame médiatisé concernant un usager des services de santé mentale. Il prononce alors un discours sécuritaire qui renforce la représentation du « fou dangereux » et le sentiment d'insécurité de la population générale. (39) Des professionnels du soin s'en émeuvent et multiplient les initiatives et prises de positions, jugées parfois contradictions. Un mouvement se constitue autour de « L'Appel des 39 ». (40)

b. Les grands textes français liés aux libertés individuelles et personnelles

La Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (20) et la Convention relatives aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) (23) sont hiérarchiquement supérieures aux autres textes législatifs. La Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et la Constitution du 4 octobre 1958 sont également des textes qui impactent sur le sujet qui nous intéresse.

Les articles importants de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 en lien avec la réflexion concernant les PDS sont :

Art 2 : « *Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression.* »

Art 4 : « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.* »

Les articles importants de la Constitution du 4 octobre 1958 en lien avec la réflexion concernant les PDS sont :

Art 66 : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* »

Cet article indique que dans les situations de détention prévue par la loi (pour motif administratif, médical ou pénal), un juge judiciaire doit s'assurer du respect de l'Article 66 de la Constitution. En France, le juge judiciaire concerné est le Juge des Libertés et de la Détention.

c. Le Programmes de soins définit par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n°2013-689 du 27 septembre 2013

En France, le Programme de soins concernent 37 000 personnes en 2015 c'est à dire 40% des personnes ayant reçu des soins sans consentement soit une augmentation plus forte que celle de la file active des personnes prises en charge en soins sans consentement. Il existe des spécificités d'accès aux modalités de soins et d'intensité de prises en charge ambulatoire et à temps partiel. (41)

i. La Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, concernant le Programme de soins (PDS)

Le Code de Santé Publique définit le PDS au travers deux articles.

1. Article L3211-2-1 Modifié par Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1

I.- 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.

II.- Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, 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'Etat.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III.- Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I.

2. Article L3211-12 Modifié par LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 4

III.- Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »

ii. Les changements apportés par la LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013, concernant les Programmes de soins

En 2012, le Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie (CRPA) dépose une Question Prioritaire de Constitutionalité qui interroge l'absence d'intervention du JLD de façon systématique, pendant le PDS. Le Conseil Constitutionnel a considéré que : « Article 3.- L'article L. 3211-2-1 et le 3° du paragraphe I de l'article L. 3211-12-1 sont conformes à la Constitution. » (42) en raison de la possibilité, pour la personne faisant l'objet d'un Programme de soins, de saisir le JLD à la demande.

La loi n°2013-869 du 27 septembre 2013, concernant les programmes de soins, prévoit :

- De « tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient »
- Que « le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue »
- Qu'« Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. »
- Que la mise en place du PDS soit « motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

- Que le « juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »

Pour conclure, nous pouvons identifier que la France est marquée par une longue tradition psychiatrique dans laquelle les questions des libertés et des contraintes sont omniprésentes et parfois en lien avec le traitement lui-même. Pour autant, les contextes politique et économique y jouent un rôle non négligeable. Le PDS, définit dans la loi du 5 juillet 2011, révisée en 2013, s'inscrit dans ces contextes pluriels. Par ailleurs, la France est connue, à l'échelle mondiale, comme le Pays des Droits de l'Homme, en résonance à sa Révolution et sa Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ainsi qu'à la version plus polémique d'Olympe de Gouges de 1791. La Constitution française, texte fondateur de la République française, y contribue également largement.

MATERIEL ET METHODE

A- Choix de la méthodologie

a. La revue systématique

La revue systématique est un outil permettant de fournir rapidement une information exhaustive et objective aux professionnels de la santé. (43) Elle utilise une méthodologie rigoureuse, pour recueillir et analyser les articles portant sur un sujet particulier. Elle est préparée en utilisant une approche systématique qui cherche à minimiser les biais et les erreurs. Son processus comprend, de manière récurrente : une question de recherche spécifique, un protocole de recherche, une stratégie de recherche bien développée, utilisable dans diverses bases de données préalablement sélectionnées, des critères d'inclusion et d'exclusion et un processus de sélection et d'évaluation des articles. (44) Les revues mixtes de la littérature ne diffèrent pas à cet égard.

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée en s'inspirant méthodologiquement de l'article de Zaugg et al. (43), des critères PRISMA et COREQ ainsi que la Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses du Joanna Briggs Institute. (45)

b. La méthode mixte

Les synthèses de méthodes mixtes « *élargissent la conceptualisation des données probantes, sont méthodologiquement plus inclusives et produisent des synthèses de données probantes qui seront accessibles et utilisables par un plus large éventail de consommateurs.* » (46) « *L'approche des méthodes mixtes pour mener des examens systématiques est un processus par lequel des synthèses complètes de deux ou plusieurs types de données (par exemple quantitatives et qualitatives) sont effectuées et ensuite regroupées en une synthèse finale combinée ou des données qualitatives et quantitatives sont combinées et synthétisées en une seule synthèse primaire.* » (47)

Selon le Joanna Briggs Institute, la méthodologie de revue de la littérature mixte est mieux conçue pour (47) :

- Les sujets multidisciplinaires ou dont l'ensemble de la documentation comprend des études quantitatives, qualitatives et sur des méthodes mixtes.
- Déterminer non seulement les effets des interventions, mais aussi leur pertinence.
- Identifier les lacunes de la recherche.
- Expliquer l'hétérogénéité possible entre les essais.
- Répondre à plusieurs questions en une seule étude méthodique.
- Intégrer les estimations quantitatives des bénéfices et des dommages avec une meilleure compréhension qualitative de la vie des gens.

Selon le même Institut, les limites d'une revue utilisant des méthodes mixtes sont (47) :

- L'utilisation d'un plus grand nombre de citations.
- Un temps de recherche augmenté avec des recherches multiples pour des résultats variables.
- Une absence de méthodes universellement adoptées pour mener des examens des méthodes mixtes.
- Une nécessité de compétences méthodologiques importantes.
- Une difficulté de reproductibilité ou de transparence en raison de la nature hautement itérative du processus d'interprétation.

Il existe de nombreuses méthodologies de recherche permettant de réaliser une revue de la littérature systématique mixte. « *Cependant deux principaux types de synthèse ont été identifiés : des synthèses convergentes et des synthèses séquentielles.* » (48)

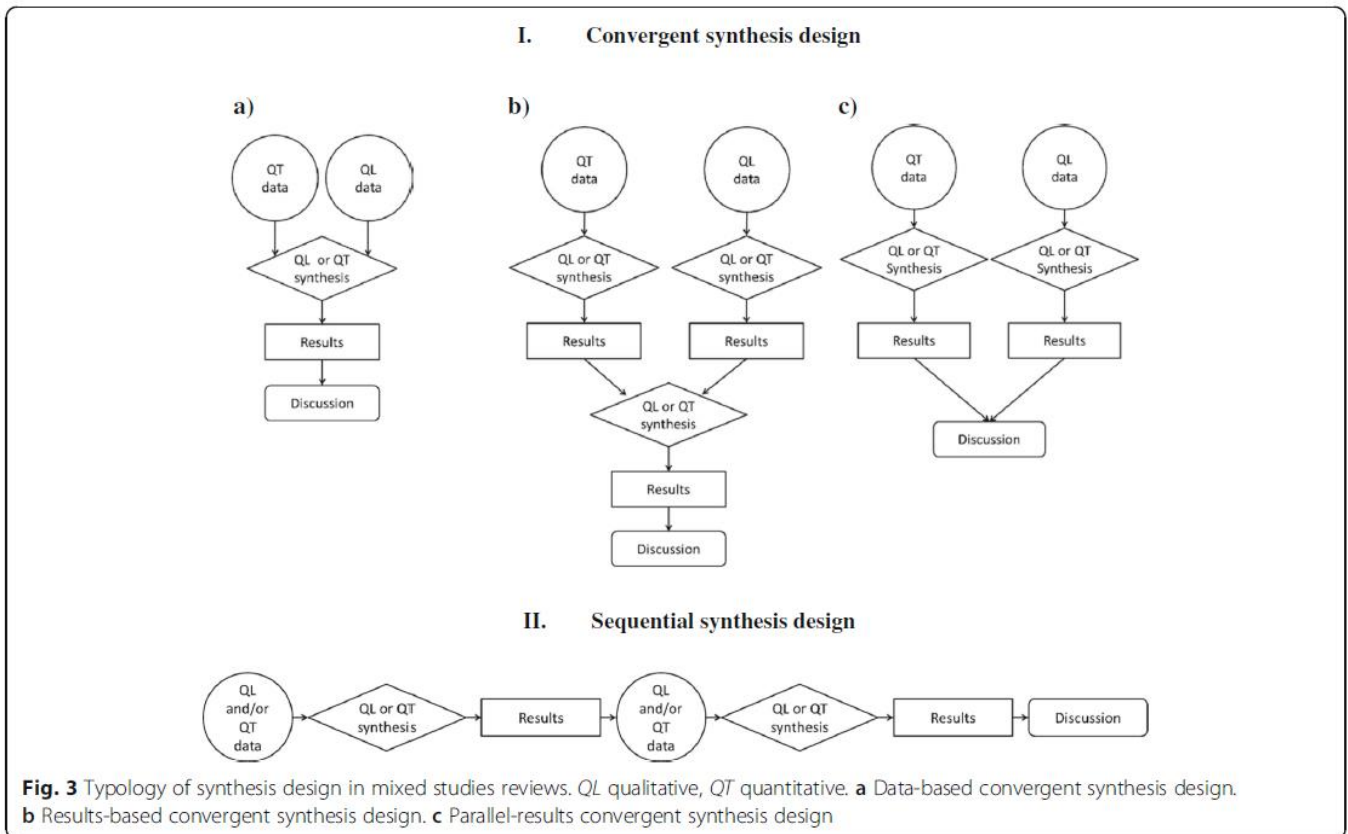


Figure 6. Méthodologie de revues systématiques mixtes

Source : Convergent and sequential synthesis designs : implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence, Quan Nha Hong (48)

Le présent travail est une synthèse convergente. Dans la « *conception de synthèse convergente* [...] *les données quantitatives et qualitatives sont recueillies et analysées au cours de la même phase de la recherche d'une manière parallèle ou complémentaire.* » (48) Les deux revues systématiques mixtes réalisées dans ce travail (revue internationale et revue française) correspondent au type c) : « *Conception convergente à résultats parallèles* (Fig. 3c). [...] *Dans cette conception, les données qualitatives et quantitatives sont analysées et présentées séparément. L'intégration a lieu lors de l'interprétation des résultats dans la section Discussion.* » (48) A noter que, pour chacune des deux revues de ce travail, les critères d'inclusion et de non inclusion, en vue des analyses qualitatives et quantitatives, sont presque identiques.

i. L'approche qualitative

Une synthèse des connaissances est une démarche scientifique observationnelle rétrospective, qui recourt à des méthodes explicites, permet de repérer les données appropriées, de les résumer, d'évaluer la possibilité de les généraliser et l'uniformité des résultats et, finalement, d'améliorer la fiabilité et l'exactitude des conclusions. (49) L'état actuel de la recherche reconnaît le grand nombre de publications et l'intérêt de la méthodologie qualitative de synthèse. Les méthodes de méta-analyses ne sont pas transférables à la recherche qualitative pour des raisons pragmatiques et épistémologiques. (50)

Pour la revue internationale, il nous a semblé pertinent, pour répondre à la question de recherche, de réaliser une analyse thématique. L'analyse thématique fait partie des méthodes qui ne s'inscrivent pas dans un cadre théorique ou épistémologique préalable mais dans une dynamique déductive (51). Elle vise l'identification des thèmes dans des données (52). Elle va au-delà d'un simple comptage de phrases ou de mots dans un texte. L'interprétation des codes peut parfois inclure la comparaison des fréquences des thèmes, l'identification des cooccurrence des thèmes et la représentation graphique des relations entre différents thèmes (53). Dans la revue internationale, l'interprétation des codes est restée sommaire. Par ailleurs, il convient de noter que les revues incluses sont des revues quantitatives, qualitatives et mixtes.

Selon Braun et Clarke (2006), l'analyse thématique comporte six étapes (51) :

1. « familiarizing yourself with your data », se familiariser soi-même avec les données

Pour commencer, il faut lire et relire les données pour se familiariser avec ce qu'elles impliquent. Il est possible d'écrire les idées initiales.

2. « Generating initial codes », générer des codes initiaux

C'est une étape de réduction des données. Le chercheur fusionne les données en « étiquettes » afin de créer des catégories pour une analyse plus efficace. Il code de façon systématique les caractéristiques intéressantes des données. Il est possible d'y associer une complication des données pour générer des cadres et des théories. Cela n'a pas été choisi pour le présent travail.

3. « Searching for themes », recherche de thèmes

A cette étape, il convient de regrouper les codes en thèmes potentiels, en rassemblant toutes les données pertinentes pour chaque thème général potentiel.

4. « Reviewing themes », révision des thèmes

Maintenant, le chercheur doit vérifier les relations entre les codes initiaux (étape 2) et les thèmes (étape 3) et vérifier la cohérence globale. Si l'analyse semble incomplète, le chercheur doit retourner en arrière et trouver ce qui manque.

5. « Defining and naming themes », définir et nommer les thèmes

A cette étape, le chercheur donne un nom et définit clairement chaque thème.

6. « Producing the report : The final opportunity for analysis », produire un rapport : la dernière occasion d'analyse

Au moment de la rédaction du rapport, les chercheurs décident des thèmes les plus saillants. A cette occasion, il est recommandé de retourner dans les données pour vérifier la cohérence. Il est possible d'insérer des citations pertinentes.

Pour la revue française, nous nous sommes intéressées à la méthodologie de la méta-ethnographie. A l'instar des méta-analyses en recherche quantitative, la méta-ethnographie a pour but d'améliorer la compréhension d'une problématique voire même, dans certains cas, de produire des recommandations pour l'amélioration des pratiques et/ou des politiques de santé. (50) La méta-ethnographie est une méthodologie de référence développée dans les années 1980 par Noblit et Hare. Ces auteurs montrent que les ethnographies elles-mêmes sont des actes d'interprétation et qu'en traduisant des métaphores et des concepts clés entre les études ethnographiques, il est possible de développer une synthèse interprétative plus large. (54) Une spécificité de ce travail mixte est qu'il inclut des articles et revues à la fois qualitative, quantitative et mixte. A noter qu'un point important de la méta-ethnographie est que les résultats sont étroitement liés à l'investigateur et au public à qui est destiné la revue. La connaissance produite est subjective et dépend du contexte.

Une méta-ethnographie comporte sept étapes.

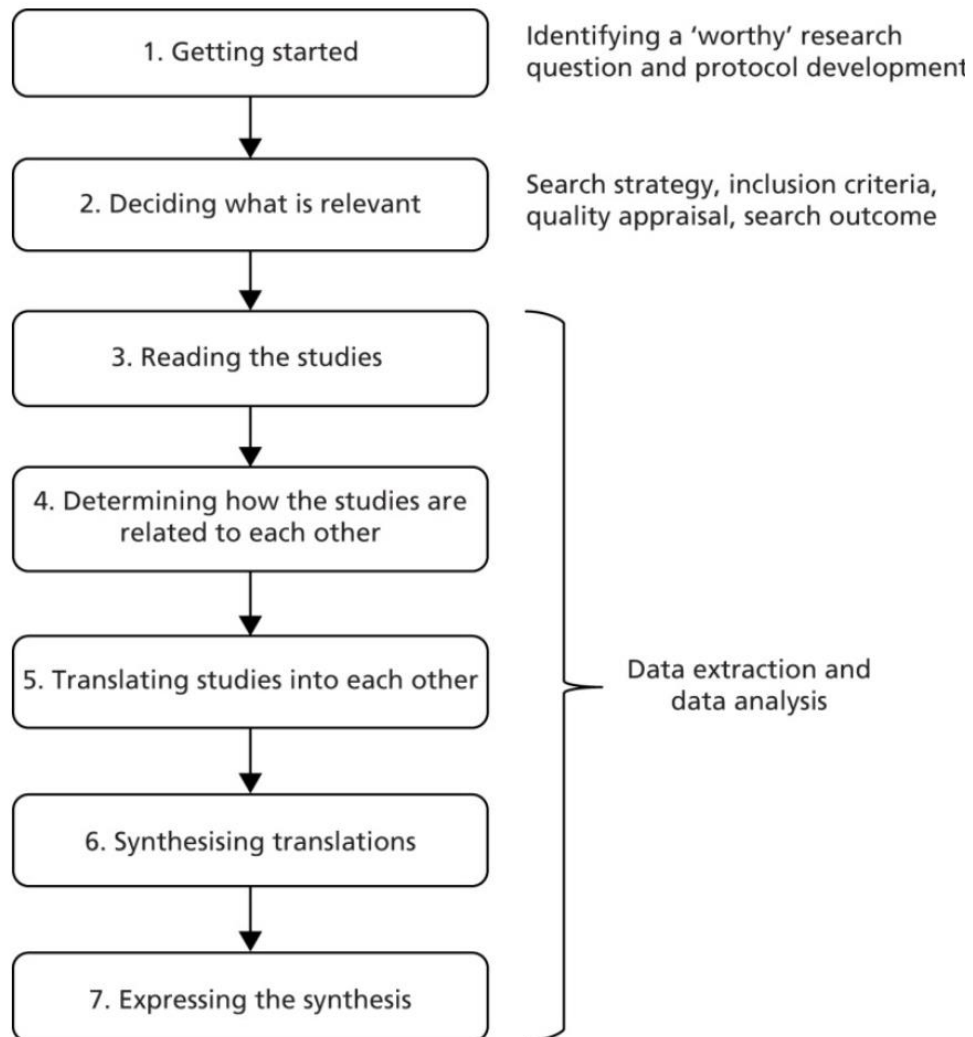


Figure 7. Etapes de méta ethnographie

Source : A systematic review and metaethnography to identify how effective, cost-effective, accessible and acceptable self-management support interventions are for men with long-term conditions. Galdas P *et al.* 2015 (55)

Les sept étapes sont (55) :

1. « Getting started », Se lancer.

Cette étape consiste à déterminer le sujet d'intérêt. Il est étroitement lié au chercheur.

2. « Deciding what is relevant to the initial interest », Décider de ce qui est pertinent par rapport au sujet choisi.

Cette étape consiste à choisir les mots-clés et écrire les équations booléennes ainsi que choisir les bases de données appropriées pour le sujet. C'est également l'étape de décision des critères d'inclusion et de non-inclusion pour sélectionner les articles à inclure.

3. « Reading the studies », Lire les études.

Avec une première lecture des études incluses, le chercheur commence à noter les caractéristiques de l'étude et son contexte. Il fait un premier repérage des thèmes abordés.

4. « Determining how the studies are related to each other », Déterminer comment les études sont liées les unes aux autres.

Le chercheur identifie les concepts abordés (concepts de premier ordre) et commence à les ordonner. A cette quatrième étape, le chercheur peut déterminer si les études sélectionnées sont contradictoires, similaires ou originales.

5. « Translating studies into each other », Traduire les études les unes par rapport aux autres.

C'est l'étape de l'écriture des concepts de deuxième ordre. Le chercheur vise à identifier les concepts abordés par certaines études au travers des résultats d'autres études et à les regrouper en catégories.

6. « Synthesising translations », Synthétiser les concepts issus des étapes précédentes.

C'est maintenant l'étape de l'écriture des concepts de troisième ordre. Le chercheur doit identifier des thèmes pouvant synthétiser les étapes précédentes. Cette étape permet d'obtenir des généralisations ou de faire apparaître un axe nouveau de réflexion autour du sujet d'intérêt.

7. « Expressing the synthesis », **Rendre compte de la synthèse.**

A cette étape, les objectifs peuvent être diverses. Ils peuvent viser à écrire de nouvelles hypothèses ou par exemple, à déterminer les implications dans la pratique. Le chercheur doit choisir un moyen de communiquer les résultats de son travail de synthèse. Il doit adapter son discours à son auditoire et faire que ses résultats soient intéressants pour un public d'initiés et compréhensibles par les non experts.

ii. L'approche quantitative

L'Analyse de Données Textuelles (ADT) regroupe l'ensemble des méthodes qui visent à analyser l'information contenue dans un texte. L'ADT utilise des catégories pour qualifier des éléments du texte et elle les quantifie en analysant leur répartition statistique. Quatre types d'analyses principaux sont décrits (56) :

- L'analyse lexicale ou lexicométrie permet de décrire « de quoi » on parle. La méthode adaptée est la méthode ALCESTE (logiciel Alceste),
- L'analyse linguistique qui décrit « comment on parle » (logiciel Tropes),
- L'analyse cognitive qui décrit une « carte cognitive » pour structurer une pensée (logiciel Decision Explorer),
- Et enfin l'analyse thématique qui réalise une « interprétation » (logiciel NVivo).

La méthode ALCESTE est la méthode considérée comme la plus adaptée pour répondre à nos deux questions de recherche. Cette méthode a été développée par Reinert (1997) sur la base des travaux de Benzécri (1973) et de la statistique textuelle de Lebart et Salem (57). Nous avons utilisé le logiciel IRaMuTeQ, développé depuis 2009 par Pierre Ratinaud (Université de Toulouse 2, Laboratoire d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales) qui utilise la méthode ALCESTE. Le logiciel IRaMuTeQ est un logiciel open source et libre qui utilise le langage R. (56) L'analyse réalisée est principalement une Classification Hiérarchique Descendante (CHD). L'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) est parfois réalisée. Dans ce travail, une double analyse a été effectuée (c'est-à-dire sur les deux Regroupements de Segments de Texte (RST) définis par l'investigateur). Une étape de lemmatisation a été appliquée au préalable, à chaque fois. Enfin, seuls les résultats avec plus de 70% de segments couverts ont été retenus.

B- État de l'art international

a. Question de recherche et objectifs spécifiques

Question de recherche

Quels sont les principales thématiques relatives aux modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires traitées à l'international ?

Objectifs

L'objectif principal est d'identifier les principales thématiques traitées par les chercheurs concernant les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires dans le monde.

b. Matériel

L'*unité d'analyse* de cette revue systématique est la « revue ». Les revues incluses sont des revues systématiques ou narratives dont les éditoriaux, lettres à l'éditeur, open forum, commentaires, débats (« In debate ») et les revues de décisions judiciaires, revues de la loi d'un pays et articles spéciaux publiés dans une revue à comité de lecture.

c. Méthode

i. Méthodologie générale

Identification de la littérature pertinente/ Stratégie de recherche

La question de recherche nécessite d'inclure tous les documents existants, sans distinction de leur méthodologie (quantitative, qualitative, mixte). Pour mieux y répondre et devant l'abondance de la littérature, il est choisi de limiter l'inclusion aux revues, quelques soit leur méthodologie (narrative ou systématique). La limite de ce choix est le risque de ne pas identifier les thématiques plus secondaires traitées par les chercheurs. Après une première phase de recherche des termes booléens dans les bases de données et l'identification de

précédentes publications facilement accessible, plusieurs équations sont écrites en s'inspirant des équations utilisées par les auteurs de la revue Cochrane. L'enjeu est de trouver des équations booléennes couvrant l'ensemble de la littérature scientifique qui traite des modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires. Les équations sont adaptées aux bases de données (**Annexe1** Les équations booléennes selon les bases de données). Devant l'abondance de la littérature, une limite temporelle est appliquée : de 2008 à 2018.

Les bases de données interrogées sont (58) :

- **PubMed** afin d'interroger les bases de données éditées par le NCBI (National Center for Biotechnology Information) et par la NLM (National Library of Medicine) dont MEDLINE, une des bases bibliographiques les plus importante dans le domaine des sciences de la vie et de la santé.
- **PsychINFO** qui est une base produite par l'Américain Psychological Association et qui couvre la psychologie théorique et appliquée
- **Scopus** développé par Elsevier, elle couvre Embase (regroupement de la littérature biomédical, de la clinique et de la réglementation), Compendex (littérature relative à l'Engineering) et MEDLINE. Elle couvre les domaines des sciences, techniques, médecin en sciences sociales et arts et humanités.

Les résultats sont complétés par des ajouts de lectures personnelles (59)

Critères de sélection de la littérature

Critères d'inclusion :

- Revue de la littérature relative aux modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires
- Quel que soit la personne qui l'ai décidé (juge, médecin, etc.)
- Revue systématique ou narrative comprenant les éditoriaux, lettres à l'éditeur, open forum, commentaires, débats (« In debate ») et les revues de décisions judiciaires, revues de la loi d'un pays et articles spéciaux publiés dans une revue à comité de lecteurs
- Littérature grise traitant du sujet
- Publiée en français ou en anglais
- Publiée entre 2008 et 2018
- Concernant une population adulte (= âge supérieur ou égal à 18 ans)

Critères de non inclusion :

- Revue qui ne traite pas de psychiatrie ou de santé mentale
- Revue de la littérature narrative précédant une recherche
- Revue qui ne traite pas, au moins en partie, spécifiquement du sujet (ex : revue relative à la coercition au sens large sans évoquer spécifiquement et de façon intéressante le sujet)
- Revue de la littérature relative aux modalités d'application et de suivi des soins hospitaliers sous contrainte
- Revue de dossiers d'utilisateurs et des données issues des institutions et des bases médico-administratives
- Revue de la littérature relative aux modalités d'application et de suivi des soins ambulatoires sous contrainte prenant en charge :
 - les personnes hospitalisées ou prise en charge dans un établissement pénitentiaire
 - les personnes auteurs de violences sexuelles
 - les personnes présentant un déficit intellectuel isolé
 - les personnes avec problématique addictive exclusivement (dont les troubles du comportement alimentaire)
 - les mineurs
 - les militaires
 - les personnes en soins palliatifs

Évaluation de la qualité des données

Des méthodes d'évaluation des données ont été recherchées. Il existe des lignes directrices quantitatives pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses (comme la grille PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (60,61) L'écriture et la lecture des rapports de recherches qualitatives sont guidées par des outils comme, par exemple, la grille COREQ (COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research) (62,63) . Il existe des grilles d'évaluations pour les revues de la littérature comme la grille QUOROM (Quality of Reporting of Meta-analyses). (64) Ces outils ne sont pas adaptés aux revues de la littérature mixtes. Finalement, la grille retenue est la grille AMSTAR 2 (A Measurement Tool to Assess Systematic RevIEWS, appelé aussi « outil de mesure servant à évaluer les revues systématiques »). Utilisée habituellement pour les revues systématiques d'études randomisées, elle a l'avantage d'être adaptée aussi pour

l'évaluation des études randomisées ou non randomisées. Elle permet d'avoir un aperçu des critères autant qualitatifs que quantitatifs. Elle vise l'évaluation critique d'une grande gamme de modèles d'études d'interventions en soins de santé utilisés dans des revues systématiques. C'est un outil considéré comme pratique pour les professionnels de la santé et les praticiens en santé publique qui participent à la prise de décision concernant des programmes ou des politiques. (65) La limite de ce choix est que toutes les revues incluses dans le présent travail ne sont pas systématiques. Cependant la grille AMSTAR 2 est l'outil identifié comme le plus pertinent.

ii. Méthodologie qualitative

Une méthodologie qualitative a été menée en réalisant une analyse thématique, appliquée à l'ensemble des unités d'analyse.

1. « **familiarizing yourself with your data** », **se familiariser soi-même avec les données**

A cette étape, les articles ont été lus et relus. Les toutes premières idées initiales ont été écrites.

2. « **Generating initial codes** », **générer des codes initiaux**

Les premières catégories et codes ont été créés.

3. « **Searching for themes** », **recherche de thèmes**

A cette étape, les premiers thèmes potentiels ont été créés.

4. « **Reviewing themes** », **révision des thèmes**

Les relations entre les thèmes potentiels ont été analysés. Un rapide retour dans les revues a été réalisée.

5. « **Defining and naming themes** », **définir et nommer les thèmes**

Un nom et une description a été donné à chaque thème identifié.

6. « **Producing the report : The final opportunity for analysis** », **produire un rapport : la dernière occasion d'analyse**

La majorité des thèmes identifiés ont été retenus.

iii. Méthodologie quantitative

L'analyse lexicale est réalisée, avec le logiciel IRaMuTeQ, sur les résumés des revues. Trois revues sont exclues car elles n'ont pas de résumé. Tous les résumés des revues inclus étant écrits en anglais, aucune traduction n'a été nécessaire. En revanche, des nettoyages ont été nécessaires. Des séries d'analyses ont été réalisées sur chacun des corpus créés au décours des nettoyages successifs. Un premier corpus homogénéisé a été créé après un nettoyage simple par un retrait des caractères spéciaux et un déploiement des acronymes, dans le but de veiller au bon déroulement du processus de lemmatisation. Sur la base de ce premier corpus, un deuxième nettoyage a été réalisé afin d'éliminer les termes fréquemment utilisés, suite au constat qu'ils pouvaient masquer d'autres termes. Ce deuxième corpus est issu du retrait des termes entendus et fréquents (comme les termes *review* ou *literature* ou *studies* ou encore *study*) et des termes de la méthodologie (comme *systematic* ou *control clinical trial* ou encore *aims*, *methodology*, *qualitative*, *research*, *quantitative*, *randomised controlled trial* ou encore *outcome*, *outcomes*, *compare*, *comparing*, *compared*). Sur cette base, un troisième corpus a été constitué après un nettoyage des termes qui nomment les modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (essentiellement : *community treatment order*, *community treatment orders*, *mandatory outpatient treatment*, *mandatory treatment*, *mandatory*, *supervised community treatment*, *supervised treatment*, *supervision*, *supervised*, *outpatient commitment orders*, *outpatient commitment*, *outpatient civil commitment*, *civil commitment*, *assisted outpatient treatment* et *assisted outpatient treatments*). Puis, nous avons identifié que certains résumés de revues, trop originaux, peuvent impacter les résultats des analyses. Deux nouvelles séries d'analyses ont alors été réalisées sur la base du premier et du troisième corpus, sans les résumés des trois revues Cochrane. Enfin, des analyses bivariées ont visées à identifier les thèmes selon les pays (sur la base du premier corpus).

C- État de l'art national français

a. Question de recherche et objectifs spécifiques

Question de recherche

Quels sujets, relatifs aux Programmes de soins définis par la Loi française du 5 juillet 2011, révisée en 2013, ont été traités dans la littérature française ?

Objectif

L'objectif principal est d'identifier ce qui a été écrit dans la littérature de recherche française concernant les Programmes de soins définis par la Loi française du 5 juillet 2011, révisée en 2013.

b. Matériel

L'*unité d'analyse* de cette revue systématique est l'« article ». Les articles inclus sont des articles de revues et de magazines, des documents dont des actes de congrès et de la littérature grise traitant du Programme de soins défini par la loi de 2011 révisée en 2013.

c. Méthode

i. Méthodologie générale

Identification de la littérature pertinente/ Stratégie de recherche

Pour répondre à la question de recherche, les documents ont été inclus sans distinction de leur propre méthodologie (qualitative, quantitative ou mixte). Le mot clé utilisé était : « Programme de soins ». Il n'a pas été nécessaire d'écrire d'équation booléenne car les essais réalisés mettent en évidence que les résultats sont trop peu nombreux et restreignent l'accès à une certaine partie de la littérature intéressante pour le sujet. Le mot clé « sortie d'essai », testé dans un premier temps, a été abandonné car, même si les programmes de soins sont parfois décrits comme « dans l'esprit des sorties d'essai », ces dernières soulèvent des problématiques. La littérature concernant les Autorisations de Sortie de Courte Durée (ASCD) n'a pas été incluse car elles soulèvent également des enjeux spécifiques. Également, certaines populations n'ont pas été incluses pour les mêmes raisons. Enfin, quelques documents juridiques qui utilisent des termes juridiques précis ne sont pas inclus car ils nécessitent des connaissances judiciaires avancées. La littérature étant assez abondante, deux filtres sont retenus : restreindre à la littérature française et appliquer une limite de date de 2008 à 2018.

Les bases de données interrogées, en septembre et octobre 2018, ont été choisies avec l'aide du guide Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire en santé du Centre de documentation de l'IRDES, Décembre 2017, Marie-Odile Safon. (66)

Elles se composent de :

- Banques de données bibliographiques
 - o **IRDES**
 - o **Banque de Données de Santé Publique BDSP**
 - o **Littérature Scientifique en Santé (LiSSa)**
 - o **EM Premium (couvre Science direct)**
 - o **CISMeF**
 - o **Base SantéPsy (Advocacy)**
 - o **Banque de données juridique : Dalloz**
- Portails et répertoires
 - o **Cairn**
 - o **Sudoc**
 - o **Theses.fr**
 - o **Scopus**
 - o **ResearchGate**
 - o **Portail Isidore**
 - o **Portail Erudit**
- Littérature Grise
 - o **HAL-SHS**
 - o **OpenGrey**
- Organismes et agences gouvernementaux
 - o **HAS**
 - o **Ministère de la santé**
 - o **Ministère de la justice**

Plusieurs bases de données ne permettent pas d'exporter le résultat de la requête et donc d'éliminer les doublons. L'ensemble des titres a donc été lus pour sélectionner les articles qui ont été inclus.

Critères de sélection de la littérature

Critères d'inclusion

- Article (de revue et de magazine), document (dont acte de congrès) et littérature grise traitant du Programme de soins définit par la loi de 2011 révisée en 2013, en France
- Article en français

- Publié entre 2008 et 2018
- Concernant une population adulte (= âge supérieur ou égal à 18 ans)

Critères de non inclusion

- Article et littérature grise relatif aux modalités d'application et de suivi des soins hospitaliers sous contrainte en France (SPDT, SPDTU, SPPI)
- Article et littérature grise relatif aux personnes en programme contraignant en lien avec les soins hors programme de soins (type injonction de soin dans le cadre de suivi socio-judiciaire)
- Article et littérature grise traitant de l'Autorisation de Sortie de Courte Durée (ASCD)
- Article traitant des sorties d'essai de personnes hospitalisées d'office
- Article traitant de la contrainte en psychiatrie sans traiter du Programme de soins
- Articles de média
- Document juridique tel que rendu de Cour de Cassation, Ordonnance de cours d'appel, etc.
- Article de revue juridique nécessitant des connaissances juridiques avancées
- Article traitant d'un équivalent judiciaire du Programme de soins ambulatoire hors France
- Article et littérature grise relatif aux modalités d'application et de suivi des soins ambulatoires sous contrainte prenant en charge :
 - o les personnes placées sous-main de justice
 - o les personnes reconnues irresponsables pénalement
 - o les personnes en Unité pour Malades Difficiles
 - o les personnes Auteurs de Violences Sexuelles
 - o les personnes présentant un déficit intellectuel isolé
 - o les personnes avec problématique addictive exclusivement (dont les troubles du comportement alimentaire)
 - o les mineurs
 - o les militaires
 - o les personnes en soins palliatifs

Critère de non inclusion spécifique à l'analyse quantitative :

- absence d'accès au document en format électronique

Évaluation de la qualité des données

Un temps de recherche a été consacré à la recherche d'un outil d'évaluation de la qualité des articles pour cette revue systématique mixte. Des outils d'évaluation d'articles qualitatifs ont été identifiés comme la grille COREQ (COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research), la grille RATS ou encore la méthode de Toye et al. Des outils d'évaluation d'articles quantitatifs ont été également identifiés comme les outils CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés ou encore PRISMA (61) La problématique était de trouver un outil d'évaluation pour des articles qualitatifs, quantitatifs ou mixtes. La recherche a permis d'identifier la grille MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) (67) qui utilise différents critères pour différentes méthodes. Elle permet d'évaluer la qualité méthodologique des composantes qualitatives à partir de critères utilisés pour évaluer les méthodes qualitatives ; d'évaluer les composantes quantitatives à partir de critères utilisés en épidémiologie pour évaluer les méthodes quantitatives ; et enfin d'évaluer la qualité générale. (68) La version 2018 a été utilisée. (67) Les articles théoriques n'ont pas pu être évalués.

ii. Méthodologie qualitative

Une méthodologie qualitative a été menée en réalisant une méta-ethnographie, appliquée à l'ensemble des unités d'analyse.

Phase 1 > « Getting started », Se lancer

Pour cette revue, le terme pour définir la modalité juridique psychiatrique coercitive ambulatoire française est simple : il s'agit du Programme de soins, défini dans la Loi du 5 juillet 2011, révisée en 2013.

Phase 2 > « Deciding what is relevant to the initial interest », Décider de ce qui est pertinent

Cette étape est décrite dans la méthodologie générale de la revue française.

Phase 3 > « Reading the studies », Lire les études.

Au décours de la première lecture, sont relevées : les méthodologies des articles, la présence ou l'absence de résumés et de mots et les années de publication des articles. Une première identification des principaux propos des auteurs est réalisée.

Phase 4 > « Determining how the studies are related to each other », Déterminer comment les études sont liées les unes aux autres.

Après lecture des articles sélectionnés, nous nous sommes attachés à identifier ce qui a été dit dans la littérature française concernant les Programmes de soins définis par la Loi française du 5 juillet 2011, révisée en 2013. Pour identifier au mieux les propos des auteurs, nous avons lu tous les articles en identifiant les thèmes abordés redondants en intégrant les similitudes et les divergences de propos et les thèmes abordés originaux. Cela a permis d'identifier les concepts de premiers ordres.

Phase 5 > « Translating studies into each other », Traduire les études les unes par rapport aux autres.

A cette étape, les concepts de deuxième ordre sont créés afin d'uniformiser les concepts de premier ordre, en s'assurant qu'ils couvrent l'ensemble des propos des auteurs. Cette étape a permis une mise en parallèle des résultats de chaque document de la revue, certains allaient dans le même sens, d'autres s'opposaient (parfois à l'intérieur de la même catégorie).

Phase 6 > « Synthesising translations », Synthétiser les concepts issus des étapes précédentes.

Nous avons élaboré des propos de troisième ordre à l'aide des propos de premier ordre et de deuxième ordre identifiés dans les étapes précédentes. Cette dernière étape permet de globaliser ce qui a été dit dans la littérature concernant les Programmes de soins définis par la loi française du 5 juillet 2011 révisée en 2013.

Phase 7 > « Expressing the synthesis », Rendre compte de la synthèse.

Cette phase se développe au travers de l'écriture d'une thèse de DES de Psychiatrie et d'une présentation orale à la Journée Nationale « Les Programmes de soins en psychiatrie, droits des usagers, hétérogénéité des pratiques et responsabilités des prescripteurs » organisée par le GCS-CCOMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale et l'EHESP, le 7 juin 2019.

iii. Méthodologie quantitative

L'analyse statistique textuelle a été réalisée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ sur l'ensemble du corps du texte des documents (hors titre, résumé et mot clés) ou sur la partie du corps du texte qui traite des PDS. Cinq documents (dont trois thèses de médecine) n'ont pas été inclus pour cette l'analyse. Tout d'abord un corpus homogène a été créé par un retrait des caractères spéciaux et un déploiement des acronymes, dans le but de veiller au bon déroulement du processus de lemmatisation. Puis, après une première série d'analyses, nous avons réalisé une autre série d'analyses après avoir retiré les mots fréquents, qui n'apportaient pas d'intérêt (comme les mots « psychiatre », « psychiatrie », « résultats ») et qui pouvaient masquer d'autres termes plus intéressants. Ensuite, nous avons réalisé des analyses pour explorer les champs lexicaux selon les disciplines des auteurs. Pour cela, nous avons créé et analysé huit sous-corpus (Psychiatre, Psychologue clinicien, Sciences infirmières (Formateur IFSI et cadre de santé), Chercheurs Universitaire Droit, Philosophie et Sociologie, Chercheuse IRDES, Juriste, Avocat/ Représentant du CRPA et Représentant des familles d'utilisateur.s). Un troisième travail a porté sur l'évolution des champs lexicaux selon les années. Enfin, une dernière analyse a exploré rapidement les champs lexicaux selon les années et selon les revues.

RESULTATS

A- Revue internationale

a. Résultats généraux

Processus de sélection /Flow Chart

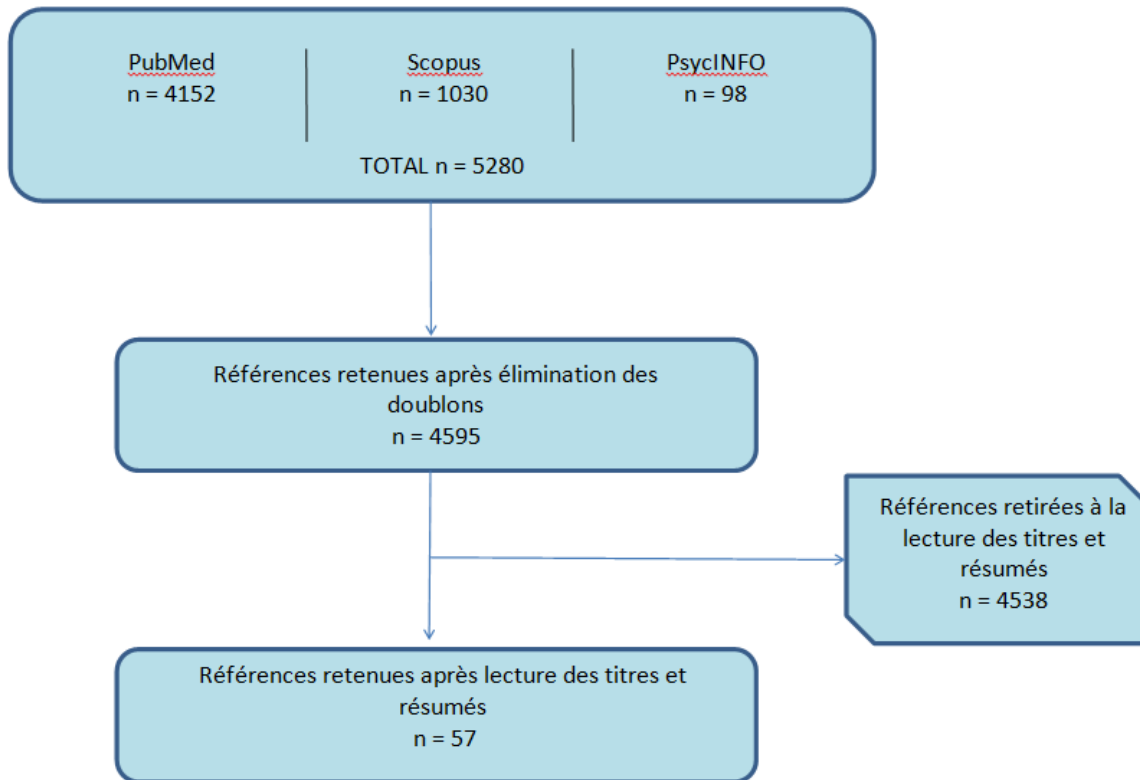


Figure 8. Diagramme de flux

3 revues ont été exclues de l'analyse qualitative (incluses dans l'analyse quantitative car les résumés étaient accessibles) :

Auteur	Titre	Motifs
Buchanan <i>et al.</i> (69)	Care of the mentally disordered offender in the community., 2nd ed. Chap. Community psychiatric treatment under legal mandates: the international experience.	Refus de l'Université de Yale d'envoyer à l'Université de Lille une copie du chapitre.
Cullen-Drill <i>et al.</i> (70)	The case for mandatory outpatient treatment	Non accessible par internet, pas de réponse via le E-Learning Center et pas de réponse des auteurs via Research Gate.
Vaghari (71)	Preventive outpatient commitment for serious mental illness: Psychological and legal perspectives.	Refus d'envoi par l'Université américaine (thèse)

Tableau 1. Revues exclues de l'analyse qualitative internationale

Description des études incluses

Types d'étude

Revue systématique Cochrane	3
Revue systématique (hors Cochrane)	11
Revue narrative	15
Opinion Paper	23
Rapport NHS	1
Chapitre de livre	1

Reuves et Impact Factor

Revue	Impact Factor
Schizophrenia bulletin	6.94 (source : scijournal 2017/2018)
Cochrane Database of Systematic Reviews	6.75 (source : scijournal 2017/2018)
British Journal of Psychiatry	5.86 (source : scijournal 2017/2018)
Psychological Medicine	5.475 (source : scijournal 2017/2018)
The Lancet Psychiatry	3.79 (source : researchgate 2018)
Canadian Journal of Psychiatry	3.6 (source : Sage Publishing 2017)
International Journal of Nursing Studies	3.6 (source : scijournal 2017/2018)
British Medical Bulletin	3.35 (source : scijournal 2017/2018)
Neuroscience bulletin	3.1 (source : scijournal 2017/2018)
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	2.9 (source : scijournal 2017/2018)
BMC psychiatry	2.4 (source : scijournal 2017/2018)
Psychiatric Services	2.2 (source : scijournal 2017/2018)
International Journal of Social Psychiatry	1.6 (source : Sage Publishing 2017)
Medical Law Review	1.1 (source : scijournal 2017/2018)
International Journal of Law and Psychiatry	0.93 (source : researchgate 2018)
Asian Journal of Psychiatry	0.64 (source : researchgate 2018)
Journal of psychosocial nursing and mental health services	0.608 (source : scijournal 2017/2018)
International Journal of Mental Health	0.6 (source : researchgate 2018)
L'Encephale	0.599 (source : scijournal 2017/2018)

Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie	0.5 (source : researchgate 2017/2018)
Advances in Psychiatric Treatment	0.31 (source : researchgate 2018)
International Journal of Culture and Mental Health	030 (source : researchgate 2018)
Actas espanolas de psiquiatria	0.27 (source : researchgate 2018)
Irish Journal of Psychological Medicine	0.27 (source : researchgate 2018)
L'Information psychiatrique	0.14 (source : researchgate 2018)

Tableau 2. Revues et impact factor

Pays des articles inclus dans les revues (par ordre alphabétique)

Allemagne 1	Irlande 2
Angleterre 15	Israël 4
Australie 15	Japon 1
Autriche 1	Norvège 6
Bésil 1	Nouvelle-Zélande 12
Canada 18	Pays Benelux 1
Chine 1	Pays de Galles 7
Danemark 1	Portugal 1
Ecosse 1	Royaume Uni 24
Espagne 1	Suède 3
Etats Unis 26	Suisse 3
France 3	Taiwan 1
Ghana 1	
Hong Kong 1	
Italie 1	

Tableau 3. Pays

Années de publication

Revue publiée en 2018 : 1	Revue publiée en 2012 : 2
Revue publiée en 2017 : 7	Revue publiée en 2011 : 2
Revue publiée en 2016 : 10	Revue publiée en 2010 : 8
Revue publiée en 2015 : 5	Revue publiée en 2009 : 3
Revue publiée en 2014 : 10	Revue publiée en 2008 : 4
Revue publiée en 2013 : 4	

Tableau 4. Années

b. Résultats qualitatifs

L'analyse des 54 revues sélectionnées a permis d'identifier 6 thèmes principaux déclinés en sous-thèmes : les contextes d'application des MPCA, les parties prenantes des MPCA, les modalités pratiques des MPCA, l'éthique concernant les MPCA, l'efficacité des MPCA et les alternatives aux MPCA.

1. Les contextes d'application des MPCA

a. Contexte historique

Les MPCA sont intrinsèquement liées au **virage ambulatoire**, appelé aussi le mouvement de désinstitutionalisation. Cela augmente les lieux de la contrainte. (72–86)

Dans les pays concernés, **les lois ont évolué** comme l' « Human Rights Act » au Royaume Uni (10,87–89), la « Mental Health Act » en Angleterre et Pays de Galles (10,72,74,75,79,82,86,90–94), les Directives Victoriennes en Australie (74), la Loi de juillet de 2011 en France, le Code Civil en Suisse (95), ainsi que les lois sur la santé mentale en Ecosse (94), au Ghana (77), en Irlande (94), en Suède (59,79). Et les **Politiques publiques** ayant un impact sur la Santé Mentale (comme la prison, la détermination de la peine, politiques de logement et d'aide sociale) ont également changé (79,90,91).

b. Contexte normatif

Les MPCA arrivent la plupart du temps dans un contexte qui met en lien maladie mentale et **dangerosité**. (90) Les **médias** s'en font l'écho en mettant en avant un fait divers qui aura un impact dans la mise en place de la MPCA. (59,90,92) Enfin, la problématique de la **stigmatisation** est soulevée par des auteurs. (75,80,81,87,90,95,96) comme l'indique Hewitt *et al.* (90) : « *European studies in societal attitudes show significant levels of intolerance and stigma towards people with severe mental illness (Huxley 1993, Angermeyer & Matschinger 1996, Rose 1998, Crisp et al. 2001) and increasing concern about the risk of violence from those who have been discharged into the community (Coid 1996).* »

c. Contexte politique

Dans la foulée du thème précédant, il est logique de trouver un contexte politique dont l'enjeu est d'apaiser les préoccupations du public. (59,92,97)

d. Contextes juridiques

Des auteurs proposent des analyses juridiques qui indiquent que les MPCA s'inscrivent dans des contextes juridiques diverses, d'un pays, d'un état ou d'une ville à l'autre. (59,78,79,81,86,92,94,95,98)

2. Les parties prenantes des MPCA

a. Les personnes concernées par les MPCA

i. Les caractéristiques des personnes concernées par les MPCA

Cette thématique récurrente permet de mettre en évidence que les caractéristiques des personnes concernées sont souvent homogènes. Il s'agit le plus souvent d'un homme célibataire et isolé d'une quarantaine d'année avec un trouble psychique ancien et sévère (antécédents psychiatriques et parfois judiciaires) qui présente un syndrome de la porte tournante (9,75–77,79,80,83–86,92,94,96,99–104) et parfois l'usage de drogues (102,105) . Cependant, seuls certains auteurs indiquent des caractéristiques d'adéquation aux besoins de l'utilisateur comme la nécessité de répondre, au moins partiellement, au traitement (102), la nécessité que l'utilisateur reconnaisse, au moins un peu, la MPCA comme une modalité thérapeutique ou encore la nécessité d'un certain insight sur ses problèmes de santé.

ii. Les perceptions des personnes concernées par les MPCA

Les perceptions explorées sont le sentiment de coercition (8,10,12,75,76,79–81,83,88,106–109), le sentiment de stigmatisation (75), la perception de la MPCA comme un filet de sécurité (75,80,106) ou l'expression d'une ambivalence (79,83,103).

b. La perception des psychiatres et les soignants

Les auteurs qui se sont intéressés à la perception des psychiatres et des soignants ont constaté l'expression d'une perception de l'efficacité des MPCA. Les psychiatres peuvent être rapidement convaincus de l'efficacité et/ou ambivalents (79,83,92,101) et si certains laissent une place à l'amélioration dans la mise en œuvre, la surveillance et l'administration des MPCA (101), d'autres pensent impossible le rétablissement sous la contrainte (80,91,110). Enfin, la thématique de la relation thérapeutique est présente (12,75,79,102).

c. La perception des familles

Les familles sont interrogées sur leurs perceptions et sont très majoritairement favorables à cette mesure (75,83,103,103).

3. Les modalités pratiques des MPCA

a. Les **objectifs** des MPCA

Les auteurs indiquent des objectifs divers des MPCA. Elles peuvent avoir :

- des **objectif d'amélioration de la prise en charge** si elles permettent l'accès aux soins (77) et qu'elles sont appréhendées comme une alternative à l'hospitalisation (59,75,76,78–81,83,84,92,94,96,98,104,111) tout en maintenant le lien avec les soignants (72),
- des **objectifs curatifs** en évitant la rechute (59,72,73,75,79,80,82–84,94,96,104,110,112), en recherchant l'amélioration de l'insight (73,80,83,93,104,110,111) et l'observance du traitement (11,72,93,104,110,113),
- des **objectifs préventifs** dans une perspective de dangerosité (90,92,113) ou de risque pour soi-même ou pour autrui (80,83,104,114) et en évitant le risque d'être victime de violence (8,72,107–109).

b. L'**utilisation** des MPCA dans le monde

Des auteurs mettent en avant une hétérogénéité de l'utilisation des MPCA dans le monde avec, au début des années 2000, des taux faibles au Canada, des taux élevés en Australasie (55/ 100 000 à Victoria ; 44/100 000 Nouvelle Zélande ; 10/100 000 Australie-Occidentale) et des taux mélangés aux Etats-Unis (2/100 000 à New York ; 22/100 000 en Caroline du Nord ; 26/100 000 dans le Nebraska). (99) Certains auteurs indiquent des facteurs influençants comme les lois, l'organisation des services communautaires ou encore les convictions des professionnels de la santé mentale concernant les troubles mentaux, les attitudes des usagers envers la psychiatrie et la stigmatisation liées aux troubles psychique (75,80,81,87,90,95,96).

c. La **planification des soins**

i. Le **contenu**

Dans le thème du contenu des MPCA, certains auteurs indiquent un changement ou une augmentation de l'utilisation des services de santé (11,12,75,76,102,110).

ii. La **durée**

La durée est une thématique importante qui attire l'attention sur l'hétérogénéité de la durée selon les pays (84,100,104) et qui souligne l'augmentation du temps de la contrainte et une nécessaire limitation temporelle (12,74,75,91,92).

d. La question de la ré hospitalisation

La question de la ré hospitalisation est également un thème important dans la pratique des MPCA. Considérée par certains auteurs comme une composante de l'efficacité des MPCA (92,104,110,112), la raison de la ré hospitalisation peut être décidée sur des critères de dangerosité (risque d'hétéro agressivité (59,79,111,113,114)), des critères de soin (rechute clinique (79,83,84,115), de non observance au traitement (82,84,113) ou/et de risque d'auto-agressivité (59,111,114)). Par ailleurs, certains auteurs soulignent l'hétérogénéité des décisions et l'incertitude concernant la légalité de la mesure.

e. La place du traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est considéré comme l'intérêt principal des MPCA par de nombreux auteurs (72,75–77,79–82,84,86,92,94,100,101,104–106,111,113). Ici aussi, la question de l'hétérogénéité des décisions est soulevée (100). Par ailleurs, certains auteurs indiquent que cela peut empêcher la recherche d'autres alternatives (95,99). Enfin, certains auteurs souhaitent rassurer sur l'illégalité de la médication forcée en dehors de l'hôpital.

f. La coercition informelle

Des auteurs évoquent une limite floue entre traitement volontaire et involontaire dans les MPCA (96,99). Cela amène plusieurs auteurs à proposer une définition de la « coercition informelle » (9,10,81,88,96) et à interroger l'éthique dans la pratique de « coercition informelle » (9). Des auteurs expriment un besoin de faire de la recherche sur cette dernière (88).

4. L'éthique concernant les MPCA : Les concepts et les tensions sous l'aura des Droits de l'Homme

a. Les Droits de l'Homme

De nombreux auteurs évoquent les Droits de l'Homme, sans précision (76,77,83,87,88,91,102,115,116). Les pouvoir avoir un effet positif ou négatif (87). Certains auteurs indiquent qu'il conviendrait de mieux évaluer les Droits (88). Enfin, certains auteurs s'intéressent aux possibilités de limiter les droits en identifiant des situations précises d'exceptions (116) et en s'intéressant aux moyens alloués par l'Etat dans les situations de limitation des Droits.

b. Les concepts et tension

- **La liberté et l'autonomie**

Ces concepts centraux sont traités de façons diverses. Ils peuvent être présentés comme une préoccupation philosophique (74), une évolution des lois et des conventions comme la CEDH et la CDPH (78,86,89,91,116,117) ainsi que des textes nationaux (la Section 7 de la Charte Canadienne, le Cinquième amendement de la Constitution des Etats Unis d'Amérique, la loi néo-zélandaise sur la Déclaration des Droits ou encore la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 en France. Ils sont également présentés sous l'angle de vu des restrictions des libertés individuelles (73,74,83,84,86,104), de la promotion de l'autonomie (79,104) ou encore dans une réflexion sur une balance « restriction des liberté » et « promotion de l'autonomie » défavorable (9).

- **La liberté d'aller et venir**

La liberté d'aller et venir est une liberté importante en lien avec les MPCA (59,79,80,83,84,98,105,116).

- **La sécurité**

La sécurité a deux facettes. D'un côté, il s'agit de la sécurité de la personne avec une perspective de protection des personnes vulnérables - avec le droit à la sécurité (87) - au risque du contrôle dans la communauté (91,104). Et d'un autre côté, la protection de la société (59).

- **La contrainte et le traitement inhumain**

Ce concept éthique est évoqué concernant les MPCA (87) même s'il relève davantage de la contrainte à l'intérieur de l'hôpital.

- **Le droit à la vie privée**

Le droit à la vie privée est lui un concept important dans les MPCA (87,89).

- **Le droit de refuser un traitement**

En lien avec les concepts de dignité et du droit de décider pour soi-même, le droit de refuser un traitement est un concept éthique central dans les MPCA (76,78,104).

- **La dignité**

La dignité est également importante (87,104,116) comme l'indique cette citation : « *these orders have the potential to have a negative effect on an individual's sense of autonomy and dignity.* » (Khurmi2010) (87)

- **Le droit à l'auto-détermination**

Le droit à l'autodétermination n'est pas non plus spécifique des MPCA mais est évoqué par plusieurs auteurs dans cette mesure (75,76,110,116).

- **Le consentement et la décision**

Concepts importants dans la contrainte en psychiatrie, le consentement et son évaluation vont déterminer la capacité à décider de la personne (9,78,91,104). En lien également avec le droit à l'auto-détermination, le thème de la prise de décision partagée (« Shared decision-making ») est largement présent dans la littérature internationale (76–78,81,84,92,95,104,110,116).

- **Le paternalisme**

Plusieurs auteurs évoquent le paternalisme (73,92,94,102,104), comme l'indique cette citation : « *Improvements in other key outcomes, such as the amelioration of symptoms and improved social functioning, might also justify this liberty gap from a paternalistic perspective (Pelto-Piri et al., 2013).* » (Kaur Nagra2016) (73)

- **La discrimination**

La discrimination et les études sur les minorités intéressent plusieurs auteurs (75,78,79,81–83,86,92,94,104,118).

- **La stigmatisation**

Ce thème est plus transversal : de la stigmatisation liée aux représentations du « fou dangereux » et des maladies mentales en générale (90) à la question de la diminution de la stigmatisation grâce aux MPCA (en permettant une alternative à l'hospitalisation (59,75,76,78–81,83,84,91,92,94,96,98,104,111)) ou au contrainte de l'augmentation de la stigmatisation par les MPCA (en augmentant la discrimination, en diminuant l'autonomie ou encore en imposant un traitement (9,72,75–84,86,87,92,94,100,101,104–106,111,113)).

- **L'éthique des pratiques**

Deux mouvements critiques des MPCA semblent se suivre et se compléter : une critique relative à la **restriction des Droits humains** et une critique de l'utilisation des MPCA devant le manque de **données probantes** satisfaisantes. Dans ce contexte, des auteurs questionnent l'éthique des pratiques entre doute (74,75,82,92,93,104,105) et affirmation qu'il ne faudrait pas utiliser les MPCA (78,83).

5. L'efficacité des MPCA

a. La diversité des indicateurs d'efficacité

Les auteurs utilisent des indicateurs concernant l'**utilisation des services** (le taux de réhospitalisation (8,11,12,74,76,77,79–84,86,92,98,103,104,107–109,112–114,119,120), la durée de séjour hospitalier (11,12,74,80,83,84,86,92,94,98,103,119,120), le contact avec les services (intensification de l'utilisation des services communautaires des soins ou au

contrainte désengagement) (9,12,74–76,80,81,83,84,86,91,94,103,113,115)), le **fonctionnement social** (l'accès au logement (8,12,76,79,80,83,86,92,94,98,103,104,107–109,113,114), le taux de ré arrestation ou de séjour en prison (8,12,76,79,80,83,84,86,92,94,98,104,107–109,112–114)), la **pathologie et le handicap** (le fonctionnement global et les symptômes selon les psychiatres (8,12,80,83,86,94,98,104,107–109,113,114), le fonctionnement global selon les familles, le suicide (76), le risque d'être victime de violence (8,12,76,79–81,83,84,107–109,113,121), la qualité de vie (8,9,12,76,79–81,83,84,86,92–94,98,103,107–109,112–114,116), l'usage de drogues (12,113,121), la compliance au traitement (8,12,74,76,80,81,83,84,94,113,121), la santé somatique (26,72,74)).

b. La place des **données probantes**

Les données probantes sont une thématique importante dans l'efficacité des MPCA. Des auteurs soutiennent l'idée que les pratiques médicales doivent être fondées sur les données probantes (8,11,76,78,82–84,92,102,103,107–109,114) or, les données probantes de haut niveau n'ont pas prouvé l'efficacité des MPCA (8,10,11,73,75,78,80–84,86,88,91–95,102,107–109,112). Pourtant, certains auteurs indiquent que les données actuelles de la recherche sont suffisantes pour l'utilisation des MPCA (85,91,92).

c. Les **enjeux méthodologiques**

L'essai contrôlé randomisé est la méthodologie qui permet de produire le plus haut niveau de preuve. Cependant, certains auteurs indiquent qu'il peut induire en erreur dans l'évaluation d'interventions communautaires complexes qui sont sensibles aux structures de soins locaux (79,85,114). Par ailleurs, la randomisation soulève des questions de légalité (72). Ainsi certains auteurs discutent une méthodologie adaptée rigoureuse comparable aux essais contrôlés randomisés (84,112).

d. L'**analyse médico-économique**

Des auteurs s'intéressent à l'analyse cout-efficacité des dépenses de soins (92,102) ou des dépenses judiciaires (102). Par ailleurs, certains auteurs indiquent le besoin d'un financement dédié à l'évaluation des MPCA pour éviter des dépenses publiques inutiles (83,99).

6. Les alternatives aux MPCA, sur le modèle du rétablissement

Enfin, de nombreux auteurs évoquent les alternatives aux MPCA : les services orientés rétablissement (avec une certaine nuance puisque certains auteurs considèrent par exemple les *Assertive community treatment* comme alternatives au MPCA (73,76,80,84,91,96) ou comme pouvant être associés aux MPCA (77,113)), le soutien individuel (73) comme par exemple dans le Programme « Housing First », les directives anticipées (73,76,79,83,86), le soutien par les pairs (73) ou le Case Management Intensif (76).

c. Résultats quantitatifs

La première série d'analyses, sur le premier corpus homogénéisé, a permis d'identifier trois champs lexicaux (**Figures 9.1 et 9.2**) : les termes de la méthodologie des revues (classe 3), les mots qui nomment les MPCA (classe 1) et le champ lexical des principales thématiques traitées par les chercheurs (classe 2). Les thématiques principales des chercheurs sont contenues dans la classe 2.

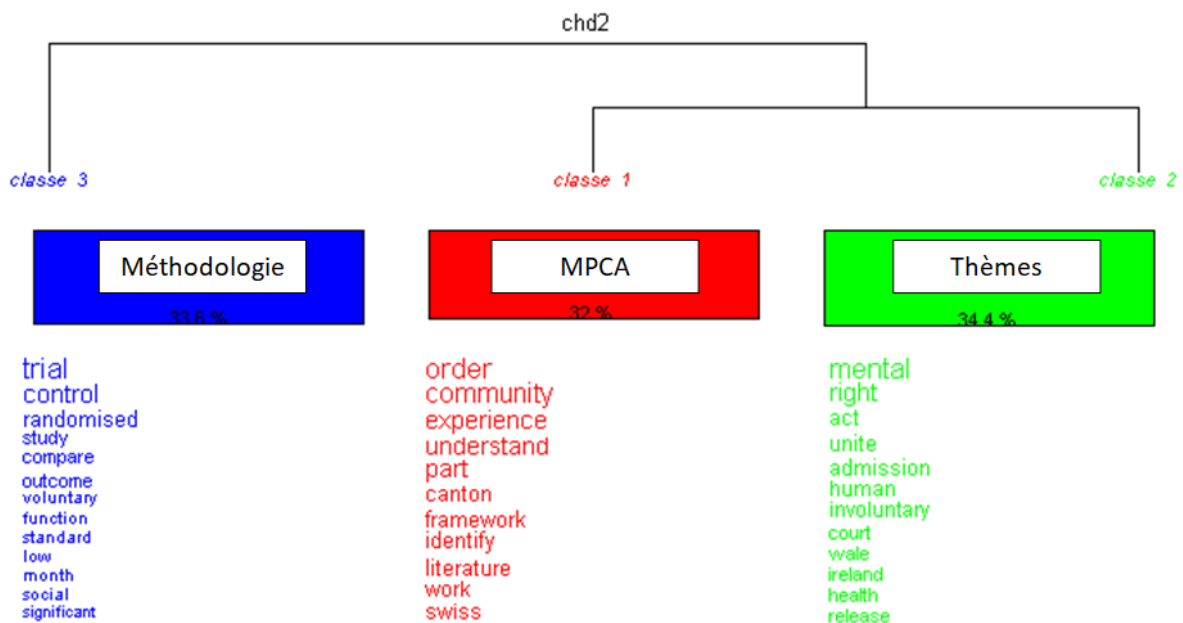


Figure 9.1. Résultats de la première série d'analyses quantitatives internationales

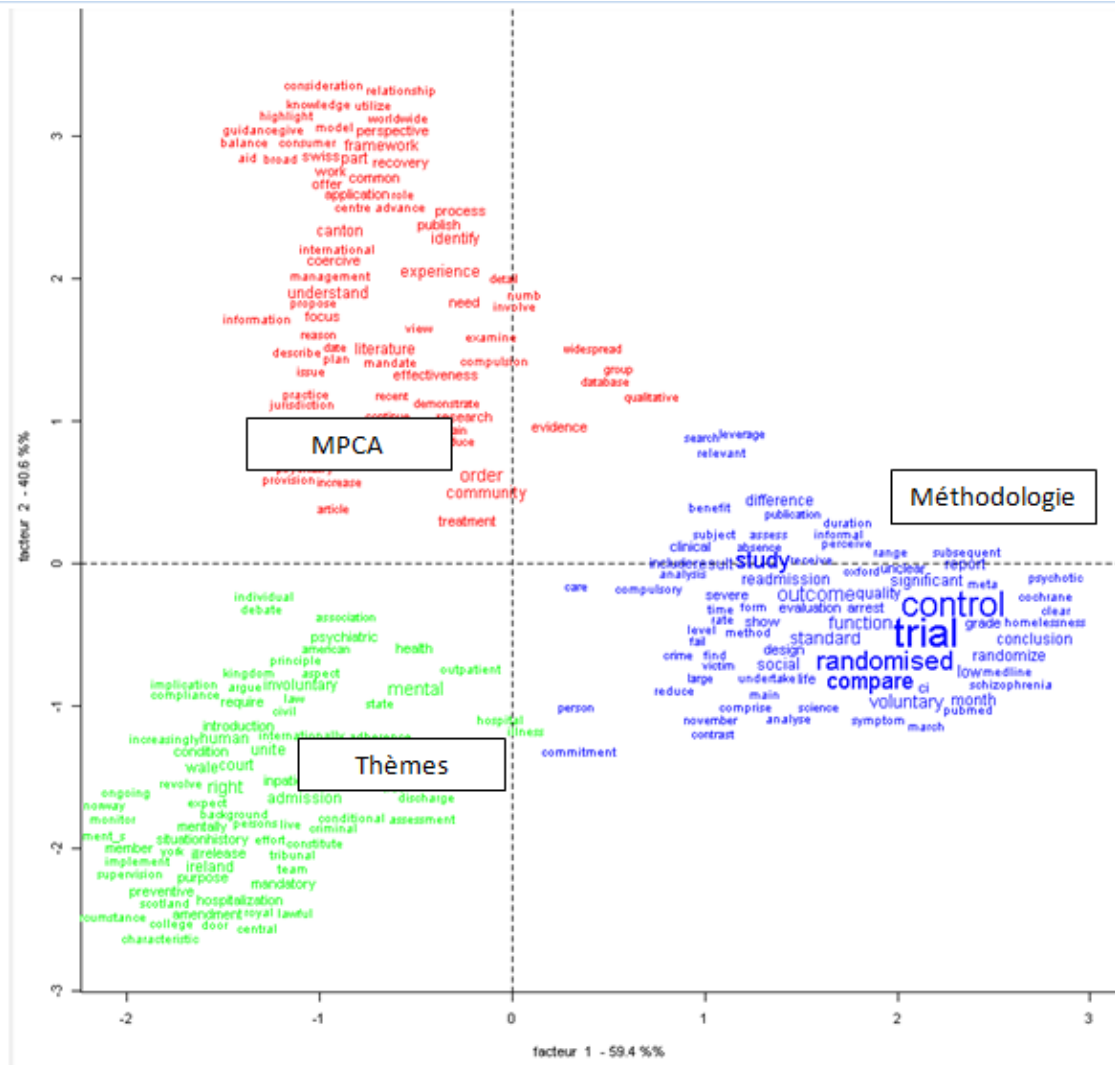


Figure 9.2. Résultats de la première série d’analyses quantitatives internationales

Une deuxième série d’analyses, sur le même corpus, scinde ce dernier en deux (**Figure 10**). D’un côté, les classes 1, 2, 6, 7 et 8 et d’un autre côté, les classes 3, 4 et 5. Une contextualisation des termes permet de nommer les classes : les termes de la classe 4 (20% du corpus) correspondent à la Revue Cochrane avec la méthodologie Cochrane, les termes de la classe 5 (9.5% du corpus) correspondent au champ lexical des troubles mentaux sévères et les termes de la classe 3 (5.6 % du corpus) correspondent au champ lexical des indicateurs de l’efficacité des MPCA. Les champs lexicaux des classes 1, 2, 6, 7 et 8 sont difficiles à interpréter.

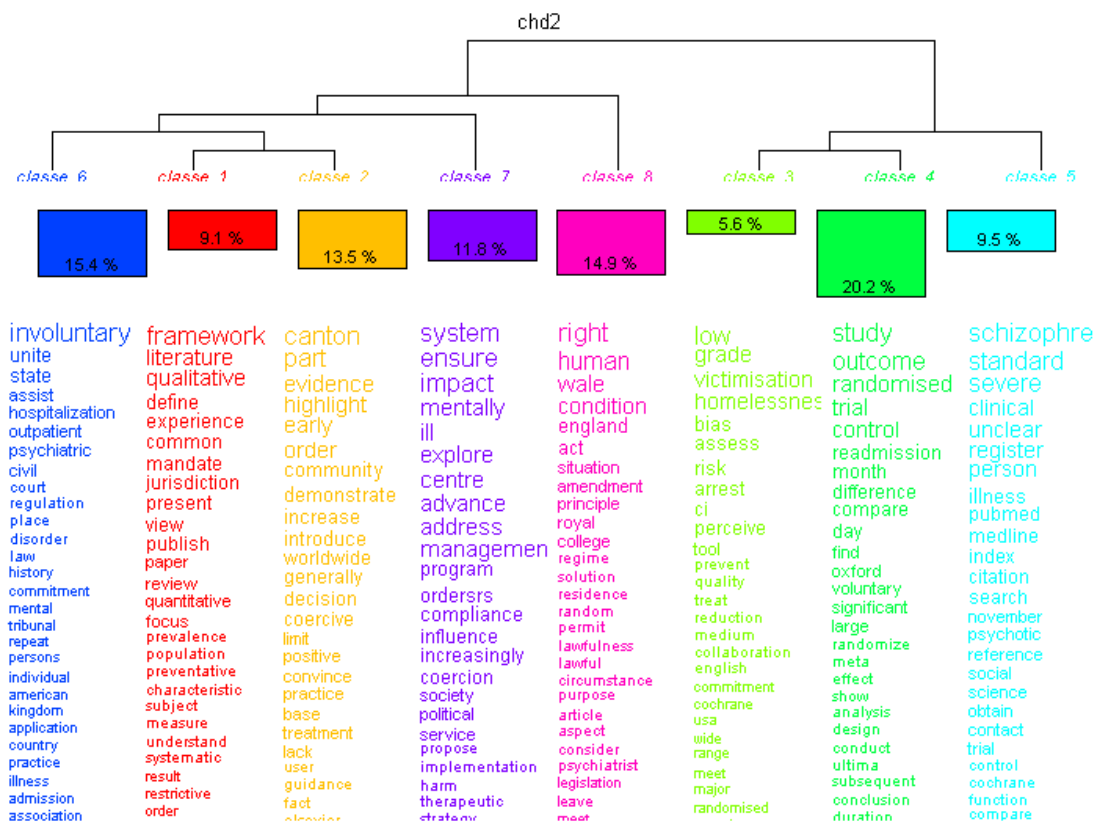


Figure 10. Résultats de la deuxième série d’analyses quantitatives internationales

Après un deuxième nettoyage, les premiers champs lexicaux des principales thématiques traitées par les chercheurs commencent à apparaître (**Figure 11**) : l’exploration du caractère involontaire, contraint en lien avec les unités d’hospitalisation psychiatriques (classe 1) et le caractère de contrôle social des modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (classe 3). Cependant, le champ lexical des mots qui désignent ces modalités (classe 2) - qui ont la particularité d’être nommées différemment selon les régions du monde- empêche d’identifier toutes les principales thématiques traitées par les chercheurs.

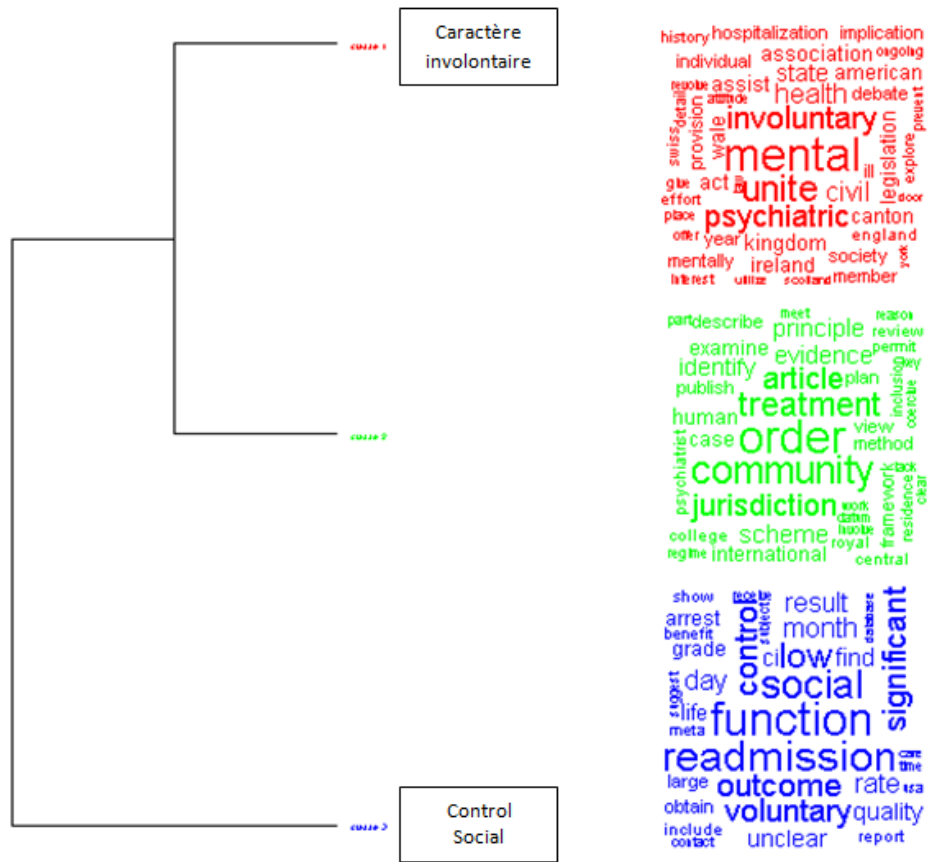


Figure 11. Résultats de la troisième série d’analyses quantitatives internationales

Les analyses réalisées dans les suites du troisième nettoyage du corpus n’ont pas permis de créer un dendrogramme très stable (**Figure 12**). Cependant, elles ont permis de mettre en évidence plusieurs choses. Tout d’abord, les termes utilisés dans les résumés des revues Cochrane semblent représenter un champ lexical encore important (classe 5). Des thématiques semblent apparaître : un champ lexical du ressenti, de l’expérience et de la perception de la coercition semble être une thématique principale (classe 1), un champ lexical de l’éthique en santé mentale (classe 2).

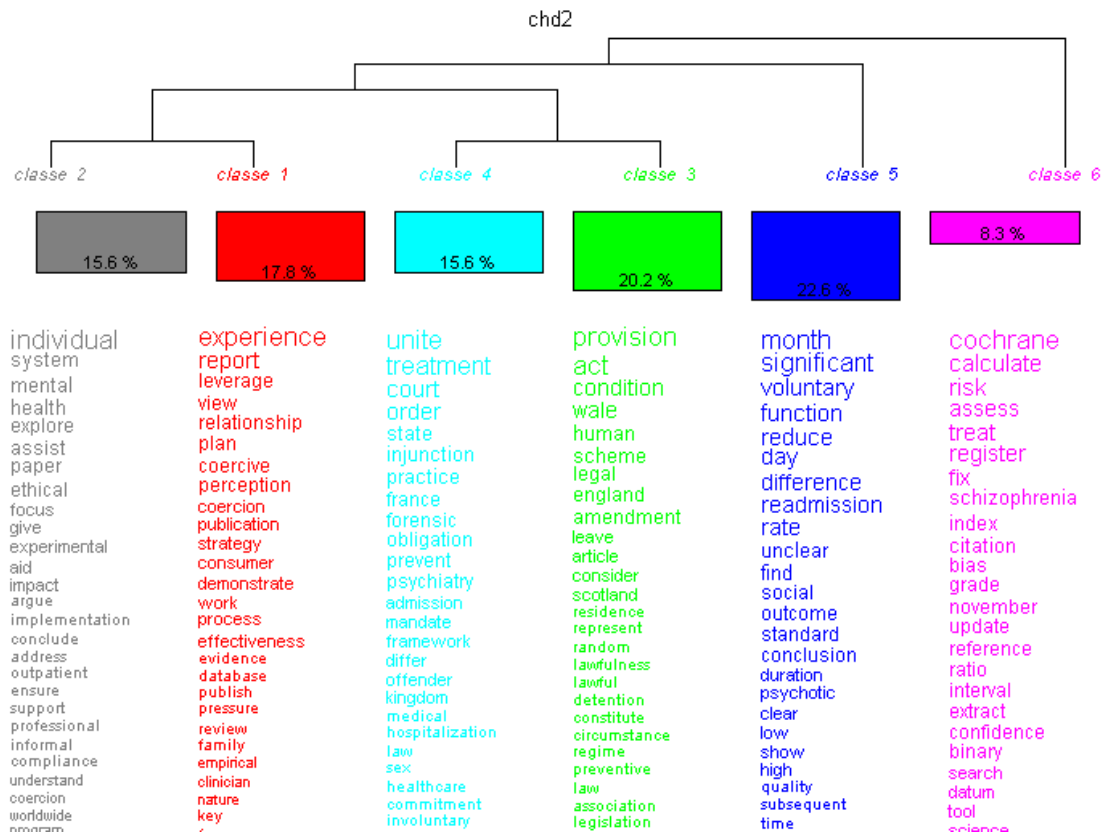


Figure 12. Résultats de la quatrième série d'analyses quantitatives internationales

Puis, la série d'analyses réalisées sur la base du quatrième corpus (avec retrait des résumés des trois revues Cochrane) permettent de mettre en évidence quatre thématiques : les indicateurs d'efficacité des MPCA (classe 1), les Droits (classe 3), les mesures involontaires dont l'hospitalisation involontaire (classe 1) et enfin le vécu de la coercition (classe 2).

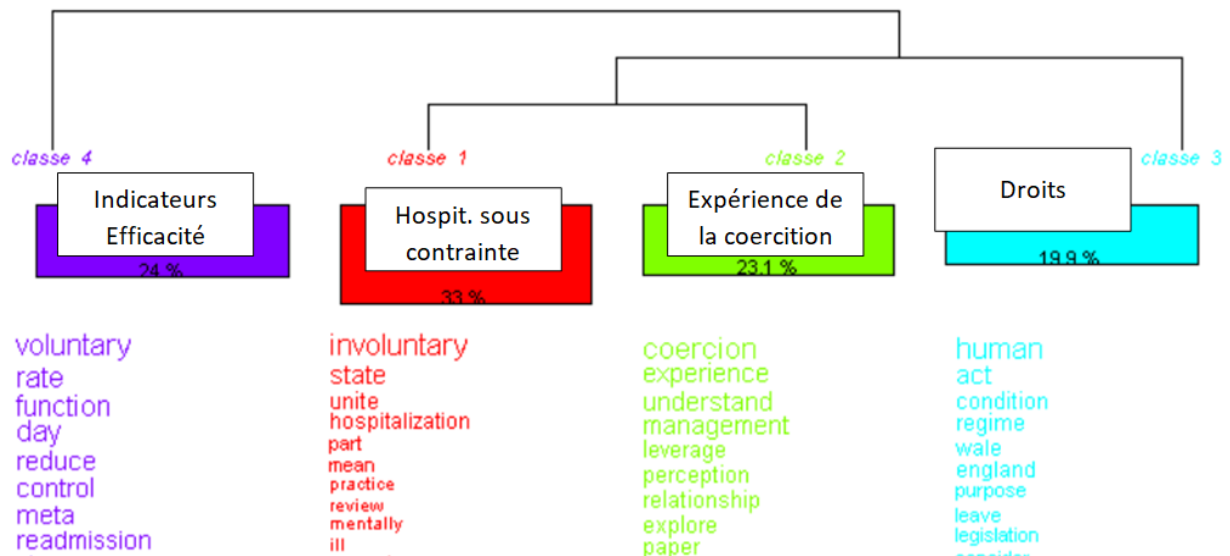


Figure 13. Résultats de la cinquième série d'analyses quantitatives internationales

Enfin, une dernière série d’analyses a visé à identifier les thèmes selon les pays.

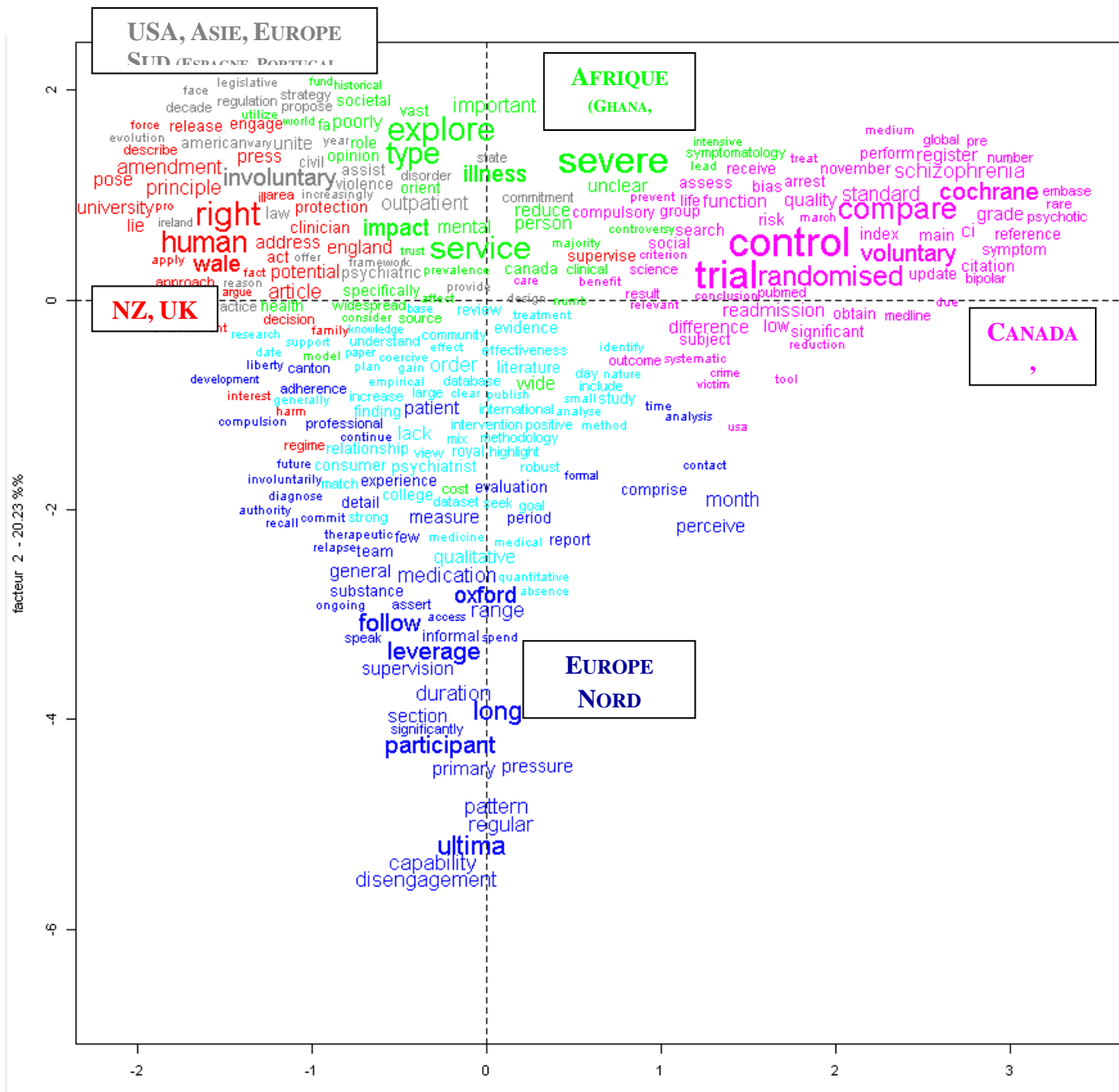


Figure 14. Résultats de la sixième série d’analyses quantitatives internationales

B- Revue française

a. Résultats généraux

Processus de sélection /Flow Chart

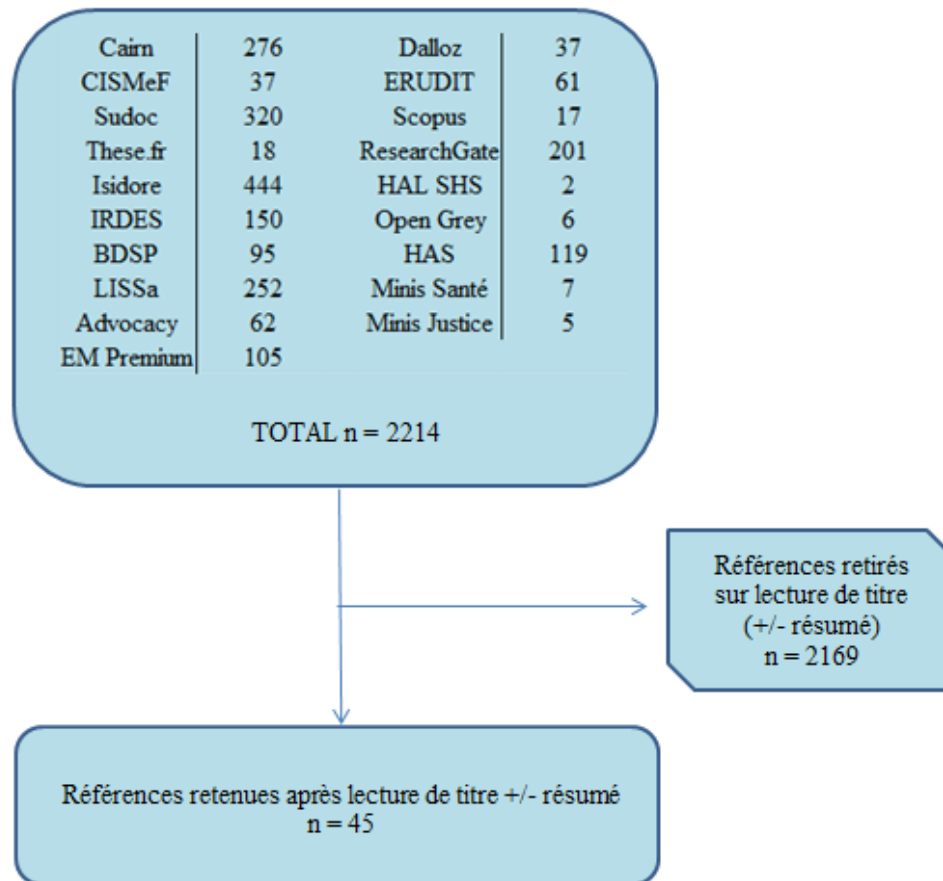


Figure 15. Diagramme de flux

5 documents ont été exclus de l'analyse quantitative (inclus dans l'analyse qualitative) :

Auteur	Titre	Revue
Cochez2012 (122)	Les soins psychiatriques sans consentement : après la loi du 5 juillet 2011	Actualités Sociales Hebdomadaires
Dupuy2011 (123)	Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée.	Livre
Jolivet2015 (124)	Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie : outil juridique ? outil thérapeutique ?	Thèse
Lafossas2016 (125)	Le programme de soins : étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre Hospitalier Charles Perrens	Thèse

Metz2011 (126)	Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010	Thèse
-------------------	--	-------

Tableau 5. Documents exclus de l'analyse quantitative française

Description des études incluses

Types d'études

Etude qualitative : 4

Essai quantitatif contrôlé randomisé : 0

Etude quantitatif non randomisé : 0

Etude quantitative descriptive : 5

Etude avec méthode mixte : 0

Articles théoriques : 29

Documents de la littérature grise : 7

Nombre d'études et de documents avec ou sans résumé

Documents avec résumé : 29

Documents sans résumé : 16

Nombre d'études et de documents avec ou sans mots clés

Documents avec mots clés : 24

Documents sans mot clé : 21

Année de publication

Articles et documents publiés en 2018 : 7

Articles et documents publiés en 2017 : 3

Articles et documents publiés en 2016 : 2

Articles et documents publiés en 2015 : 6

Articles et documents publiés en 2014 : 8

Articles et documents publiés en 2013 : 6

Articles et documents publiés en 2012 : 9

Articles et documents publiés en 2011 : 4

Reuves et Impact Factor

Revue	IF
L'Encéphale	0.599 (source : ELSEVIER 2017)
Revue française des affaires sociales	0.33 (source : ResearchGate 2012)
Santé Publique	0.27 (source : ResearchGate 2013)
Annales Médico-Psychologiques	0.222 (source : ELSEVIER 2017)
L'information psychiatrique	0.14 (source : ResearchGate 2014)
EMC - Psychiatrie	0.12 (source : ResearchGate 2006)
Soins Psychiatrie	0.06 (source : ResearchGate 2013)
La revue de l'infirmière	0.04 (source : ResearchGate 2014)
AJDA Actualité Juridique Droit Administratif	-
ASH Actualités Sociales Hebdomadaires	-
Cliniques	-
La Revue des Droits de l'Homme	-
Presses de Sciences Po (PFNSP)	-
Les Tribunes de la santé	-
Médecine & Droits	-
Question d'économie de la santé IRDES	-
Revue Laennec	-
RDSS Revue de Droit Sanitaire et Social	-
Santé Mentale	-
VST Vie sociale et traitements	-

Tableau 6. Revues et impact factor

b. Résultats qualitatifs

La méta ethnographie réalisée dans cette analyse a permis d'identifier 47 concepts ou thèmes de premier ordre, illustrés ci-dessous par des citations directement issues des articles de la revue. Ces thèmes de premier ordre sont issus d'articles pouvant être contradictoires, similaires ou originales. Par la suite, 7 concepts ou thèmes de deuxième ordre ont été identifiés, sur la base des thèmes de premier ordre. Enfin, 3 grandes thématiques dites de troisième ordre ont été écrites pour synthétiser les étapes précédentes.

i. Les concepts de premier ordre

1. Le programme de soins dans une perspective historique des soins obligatoires en dehors de la psychiatrie et des soins sans consentement psychiatrique en France

- Les soins obligatoires en France

- « *Hors de la psychiatrie, certains soins obligatoires existent déjà en France, telles les vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite). L'obligation intervient aussi dans le cadre de l'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (codifiée à l'article 131-36-4 du Code pénal).* » (127)
- « *L'injonction de soins (IS), ordonnée par un juge dans le cadre de mesures pénales, et le programme de soins (PS), demandé par un médecin dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, constituent deux formules de soins récentes fondées sur un principe de contrainte hors les murs. Bien que ces formules se déploient dans des champs différents (champ juridico-pénal pour l'IS et champ sanitaire pour le PS), elles reposent toutes les deux sur une contrainte consistant en un suivi médical régulier et obligatoire d'un patient évoluant librement dans la société.* » (128)

- L'histoire des soins sans consentement en France

- La Loi du 30 juin 1838 dite « loi Esquirol » organise l'hospitalisation sous contrainte dans un souci protectionniste et hospitalocentriste. [...] considérée comme avant-gardiste, elle apparaît comme la concrétisation « *d'une longue évolution qui avait permis pour la première fois d'élever le fou à la dignité de malade.* » (129)
- « *la loi Esquirol du 30 juin 1838 visait notamment les personnes dont « l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » (art. 18). Ces critères traditionnels du « placement d'office » (ancienne appellation de l'internement sous la loi Esquirol) demeurent indispensables tant sur le plan de la motivation (A) que sur le plan du bien fondé de la mesure de police administrative de soins (B).* » (130)
- « *La première loi qui encadre la psychiatrie est votée en 1838⁵ et instaure deux modes légaux permettant d'hospitaliser des personnes : le placement volontaire et le placement d'office, tous deux sans consentement. Ces placements ont lieu dans un lieu unique, l'asile d'aliénés, et le statut légal est celui de la contrainte. Bien que la seule sortie prévue par cette loi soit la sortie définitive, des sorties d'essai, régulées a minima par les règlements intérieurs des établissements⁶, sont pratiquées.* » (128)

- La circulaire du 4 juin 1957

- « On repère en 1957 une première tentative de régulation via la circulaire du 4 juin 1957⁸ définissant les modalités de leur mise en place (durée, réintégration éventuelle à l'hôpital, dispositions financières) et les objectifs thérapeutiques « en facilitant la réinsertion sociale du sujet, en favorisant sa réadaptation professionnelle, la sortie d'essai permet, dans bien des cas, de hâter la convalescence et la guérison », et précisant également l'importance du suivi des soins pendant la période de sortie. » (128)
- « Les sorties d'essai font donc l'objet d'une régulation nationale via les règlements intérieurs et la circulaire de 1957. » (128)

- Loi du 27 juin 1990

- « s'appuyant sur les évolutions sociétales et psychiatriques, elle reprend deux schèmes initiés [...] : hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office à la demande du Préfet. [...] elle inscrit l'hospitalisation libre –donc avec consentement– comme principe « prima facie ». Elle propose, pour tout patient, la possibilité de choisir son médecin [...] elle autorise des sorties d'essai « sous le joug de la contrainte » : prémises d'une « obligation de soins » dont maintes dérives ont été constatées – avec en premier lieu leur durée excessive sans motivation clinique. » (129)
- « Depuis la loi 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, la France a plusieurs fois été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme pour des internements psychiatriques abusifs. » (131)
- « Fin septembre 2010, le Conseil Constitutionnel a été saisi d'une question relative à la conformité des droits et libertés, garantis par la Constitution, dans le cadre des hospitalisations sans consentement. » Deux mois plus tard, les sages ont exigé une évolution de la réglementation française » (131)
- « Il faut toutefois attendre la loi du 27 juin 1990⁹ pour que leur soit consacrée une partie du Code de la santé publique (CSP), l'article L350 mentionnant les conditions de leur mise en place, les acteurs compétents, le lieu de leur réalisation, la durée de la mesure (trois mois renouvelables) et les documents nécessaires dans le cadre de sa mise en place (« bulletin de sortie d'essai », « proposition écrite et motivée » d'un psychiatre). » (128)

- Remplacement de la loi du 27 juin 1990

- « *s'est [...] posée la question de l'intérêt à proposer des soins psychiques –parfois imposés- à des patients vivant à leur domicile. Dès 1997 puis en 2001, les rapports Strohl et Piel-Roeland envisagent cette solution, relayé en cela par les associations de familles de patients souffrant de troubles psychiques.* » (129)

- Rapport Strohl 1997

- « *Le rapport Strohl aborde également la question des sorties d'essai¹¹ : il constate qu'elles sont de plus en plus fréquentes et utilisées pour faire pression sur certains patients afin qu'ils n'abandonnent pas les soins et de leur éviter des hospitalisations récurrentes. Pour la première fois, l'opportunité de déconnecter traitement obligatoire et hospitalisation est évoquée, à l'instar d'autres pays où existent des soins ambulatoires sous contrainte. Le rapport souligne néanmoins avec force qu'il faut éviter qu'il y ait confusion entre soins et punition¹² : « Cette forme de substitution à l'hospitalisation doit être une forme de soins comme une autre et cela seulement » – ce qu'oubliera la loi récente du 5 juillet 2011.* » (132)
- « *C'est avec le rapport Strohl que cette modalité de soins commence à être évoquée auprès de l'exécutif, au motif que cette modalité de soins serait plus adaptée aux modes de prise en charge modernes, la contrainte devenant possible dans des lieux différents et sans requérir une hospitalisation (voir aussi le rapport Piel et Roeland (2001), et le Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale de septembre 2003).* » (127)

- La loi du 4 mars 2002

- « *La loi du 4 mars 2002 a modifié les relations entre médecins et « usagers du système de santé », ce qui a fait dire à de nombreux commentateurs que l'époque du paternalisme médical était passée. L'utilisateur (pour ne pas dire patient, présumé stigmatisé de ce passé de dépendance) devient codécideur de son traitement avec le médecin (article L. 1111-4 du code de la santé publique) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » tout en gardant la possibilité de décliner le traitement proposé « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ». » (133)*

- Rapport de 2004

- « *Le rapport [sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement] déposé en mai 2004* 14 préconise le renforcement des pouvoirs de l'autorité préfectorale face à l'évolution qu'a connue la psychiatrie et un meilleur suivi des malades mentaux susceptibles de présenter un danger pour l'ordre public. Il souligne que la problématique de la sûreté des personnes et de la préservation de l'ordre public est insuffisamment prise en considération par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, quand elle n'est pas ignorée d'elles, celles-ci se contenant de faire jouer aux préfets un rôle de « chambre d'enregistrement ». » (132)

- L'année 2006

- « *C'est à l'automne 2006 que Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, propose une loi dite « de prévention de la délinquance » (loi du 5 mars 2007) dans laquelle il intègre la réforme de la loi de 1990, ce qui provoque l'ire des familles et des professionnels qui dénoncent l'amalgame entre troubles mentaux et délinquance.* » (132)

- Loi du 5 juillet 2011

- « *Depuis 2011, la judiciarisation de la psychiatrie vient considérablement changer les choses avec une intervention de plus en plus précise du législateur dans des domaines autrefois largement ignorés par le droit (isolement, contention, programme de soins, examen médical...)* » (134)
- « *Le terme de « programme de soins » apparaît dans la loi du 5 juillet 2011 qui régit les hospitalisations sous contrainte. Ce style de pratique est néanmoins depuis longtemps admis dans d'autres pays et même en France au travers des sorties d'essais, depuis 1838.* » (135)

- La Question Prioritaire de Constitutionnalité de 2012

- « *Le 20 avril 2012, les juges constitutionnels ont estimé que les patients traités en ambulatoire « 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 soins.* » (36)
- « *« Le conseil d'État, dans sa décision n° 2012-235 du 20 avril 2012, a néanmoins rappelé qu'il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à*

l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis ». *Ce faisant, le Conseil constitutionnel rappelle, à juste titre, que l'exercice de la contrainte ne peut s'exercer que la sphère hospitalière. Dans cette perspective, la loi n° 2013-869 du 27 septembre 20134 confirme qu'« aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge » en ambulatoire ou à domicile (art. 1). Les soins sous contrainte relevant d'un programme de soins ne sont donc pas susceptibles d'une exécution forcée. »* (127)

- « Cette dichotomie entre catégories de patients pourrait partiellement être résorbée, si les soins sans consentement en ambulatoire étaient, comme le suggère une partie des psychiatres, soumis au contrôle du juge des libertés et de la détention, dans des conditions qui autorisent un réel examen des dossiers des patients. » (36)

2. Le programme s'inscrit dans une loi qui porte des éléments contradictoires.

- « La loi du 5 juillet 2011 est fille de deux éléments antagonistes : d'un côté, le discours sécuritaire d'Antony du 2 décembre 2008, de l'autre, la QPC du 26 novembre 2010. Le premier prône le resserrement de la surveillance des personnes atteintes de troubles psychiatriques et particulièrement de leur sortie, temporaire ou définitive, des établissements de soins ; l'esprit du discours pose le malade psychiatrique comme un « danger potentiel » dont la société doit se préserver. La seconde précise les exigences constitutionnelles à respecter en matière de soins psychiatriques sous contrainte et déclare inconstitutionnelle la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) en ce qu'elle ne prévoit pas de contrôle par le juge judiciaire de la nécessité de la privation de liberté exercée par le corps médical sur le patient dans un délai de quinze jours. » (136)
- « Les droits des patients renforcés » (137)

3. Le programme de soins apparait en France dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, dans un contexte d'utilisation médiatique et politique de faits divers.

- « en décembre 2004, un dramatique fait divers où un malade tue de manière horrible deux soignantes à l'hôpital de Pau. L'émotion est forte tant chez les professionnels que dans l'opinion publique, dont le pouvoir politique exploite la peur. » (127)

4. Le programme de soins apparait dans un contexte sociétal d'urgence.

- « Ultimatum est alors donné au Gouvernement pour réformer l'état du droit en la matière avant le 1er août 2011. C'est donc dans ce climat d'urgence et avec cette arrière-pensée sécuritaire que Gouvernement et Parlement ont dû forger un nouveau texte plus respectueux des libertés de la personne atteinte de troubles psychiques. Une urgence bienvenue puisque, enfin, la révision de la loi de 1990, quémandée depuis plus de quinze ans par tous les acteurs du monde de la psychiatrie, est obtenue ; mais une urgence à l'origine d'un texte source d'insatisfaction unanime. » (136)
- « Sous la pression conjuguée de la Cour européenne des droits de l'homme et du Conseil constitutionnel, le Parlement français a été contraint de faire évoluer le droit applicable dans les hôpitaux psychiatriques. » (138)

5. Le programme de soins apparait dans un contexte sécuritaire et une exacerbation de la représentation du « fou dangereux ».

- « renforcement de la contrainte et du contrôle social des patients pressentis comme une menace pour la société » (139,140)
- « tournant sécuritaire et « putsch » judiciaire » (140)
- « quelques faits divers, repris avec une vision sécuritaire du traitement de la folie, ont amené les représentants de la Nation, dans le cadre de la Loi du 5 juillet 2011, à entériner la notion de programme de soins ambulatoires sans consentement. » (129)
- « effet « précipitation » et « sécuritaire » de cette loi » (129)
- « En juin 2003, c'est le ministère de l'intérieur qui se saisit de la question en ordonnant une enquête sur la manière dont fonctionnent les services de l'État pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Il annonce la volonté du ministre de l'époque (devenu depuis président de la République) de faire prévaloir les enjeux de sécurité publique sur les exigences des soins. » (127)

- « *Ce programme ne peut donc valoriser l'idée d'un encadrement sécuritaire, d'un rapport de dépendance ou de contrôle social.* » (141)
- « *Pour les patients les plus dangereux, qui seront définis ultérieurement, le préfet, avant de modifier éventuellement son arrêté, prend l'avis d'un collège introduit dans la législation par la présente loi et dont la composition est définie dans ce chapitre général concernant les droits des patients.* » (142)
- « *On note un caractère plus sécuritaire de la nouvelle loi* » (137)
- « *Le troisième objectif de cette réforme porte sur le suivi « attentif des patients, pour leur sécurité et pour celle des tiers, dont l'aménagement est exigé par la consécration de la pratique des soins en dehors de l'hôpital ». L'aspect principal du suivi est, ici présenté, comme intimement lié à l'idée de renforcement de mesures de précautions pour certaines catégories de patients dit "potentiellement plus dangereux" » (143)*

6. Le programme de soin est une nouvelle modalité qui nécessite d'être expliqué pour être utilisé en pratique.

- « *Seconde modalité après l'hospitalisation complète continue à disposition du psychiatre pour assurer les soins au-delà de la période d'observation et de soins (72 heures).* » (144)
- « *[Le PDS] est élaboré ou modifié afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne.* » (144)
- « *Internement à domicile* » (139,140)
- « *un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil. Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leurs périodicités.* » (129)
- Le PDS « *définit le type de soins, les lieux de réalisation et leur périodicité (art. L. 3211-2-1 CSP)* » (145)
- « *Le décret d'application de cette disposition a précisé que l'élaboration du programme est nécessairement précédée d'un entretien avec le patient au cours duquel le psychiatre recueille son avis, entend ses éventuelles observations et l'informe que s'il ne suit pas le programme de soins à venir, risquant ainsi une dégradation de son état de santé, le psychiatre pourra proposer son hospitalisation complète (art. R. 3211-1 III CSP).* » (145)

- « *Un programme de soin est ainsi élaboré durant l'hospitalisation entre l'équipe et le patient, et ce par l'intermédiaire du psychiatre référent prescripteur de ce soin.* » (141)
- « [le programme de soins] « *définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.* » » (36)
- « *On sait qu'une des innovations de la loi est de prévoir que les soins sans consentement réalisés en dehors de l'hospitalisation complète doivent s'appuyer sur un programme de soins (PDS) rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil après information du patient et recueil de son avis.* » (146)
- « *Le décret 2011-847 du 18 juillet 2011 précise les conditions de rédaction, son contenu et son utilisation (article R. 3211-1 du Code de la santé publique).* » (142)
- « *Un PDS est établi dès lors qu' « une surveillance médicale constante » du patient n'est plus justifié et qu' « une surveillance médicale régulière » du patient est manifeste.* » (144)
- « *De manière mensuelle un avis ou un certificat mensuel sera établi par le psychiatre référent en vue de préciser la nécessité de maintenir les soins ambulatoires sans consentement. Nécessairement il apparaît une redondance logique dans le contenu des pièces médicales dans le cadre de l'évaluation clinique du patient, au fil des mois, pour des suivis anciens.* » (147)
- « *Ce qui ne change pas [...] les soins consentis [...] deux formes de soins sous contraintes [...] les soins ambulatoires sous contrainte Les sorties d'essai d'hospitalisation à la demande d'un tiers, comme les sorties d'essai d'hospitalisation d'office persistent, sous la nouvelle appellation de programmes de soins. [...] Les mesures d'urgences [...]* » « *Ce qui change [...]* » (137)
- « *Une copie de ce programme doit être remise au patient.* » (148)
- « *La complexité des changements apportés nous a semblé rendre opportun ce court article afin d'en réaliser une mise au point synthétique et de fournir un outil pratique pour le quotidien des praticiens de secteur.* » (137)

7. Le programme de soins identifié comme une modalité biopolitique qui interroge les limites du pouvoir médical.

- « *Il y a alors risque d'aliénation du soin à un projet biopolitique, au mépris de l'équipotentialité seule à même de porter une valence thérapeutique.* » (134)

- « on peut se demander s'il s'agit d'un avatar de la police sanitaire ou une excroissance du service public » (149)
- « Il serait réducteur d'analyser cet épaississement du cadre de régulation et cette prolifération d'écrits en situation sous le seul angle de l'avènement d'une démocratie sanitaire. Bien que cette évolution soit indéniable et que les règles et écrits, on l'a vu, visent à garantir aux patients des droits dont ils ne bénéficiaient pas ou moins auparavant, on remarque qu'ils sont également au service d'une société de surveillance visant à contrôler de façon plus accrue les populations. » (128)
- « Le député D. Robiliard, dans son rapport à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, écrivait que l'interprétation consistant à analyser la création des programmes de soins comme une extension de la contrainte hors les murs de l'hôpital (42) est « désormais clairement infirmée par le Conseil constitutionnel » (43). Cette affirmation est illusoire : il ne s'agit pas d'une disparition mais d'une évolution de la contrainte (44) qui s'inscrit dans les évolutions du contexte social contemporain. On se réfèrera ici aux travaux de Michel Foucault sur la société disciplinaire (45) et, à sa suite, de divers auteurs les ayant dépassés en postulant le passage de l'Occident, à partir des années 1970, à des formes d'organisation sociale post-disciplinaires (46). L'essence de la société disciplinaire était, selon Foucault, une organisation globale opérant la mise en conformité de l'individu à la norme (47) par inclusion, tout au long de son existence, dans des institutions de contrôle social (48) cloisonnées exerçant alors leur pouvoir sur un mode autoritaire et coercitif (l'école, la caserne, l'usine, la prison, l'asile...). Ces modes traditionnels du contrôle social, dans le monde post-disciplinaire, tendent à être concurrencés par des dispositifs plus variables, souples et dispersés dans le corps social dont le ressort essentiel n'est plus tant d'insérer l'individu dans la norme de manière autoritaire que de l'insérer par interaction avec ses affects (49). Les modes disciplinaires de contrôle social, à l'exemple de la prison, ne disparaissent pas complètement mais sont progressivement supplantés comme levier principal d'action et subsistent essentiellement dans une double fonction de menace pour les individus enclins à s'écarter de la norme ainsi que de prise en charge de l'anormalité manifeste (50). » (150)
- « Cette décision pose la question de savoir si la contrainte psychiatrique peut être imposée hors des murs de l'hôpital et soulève, par conséquent, celle des limites du pouvoir médical. » (36)

« Elle pose la question de l'extension du champ de la contrainte, des limites du pouvoir de la psychiatrie, du sens de la liberté et de l'autonomie des patients en psychiatrie, telles que se les représente le corps médical, des attitudes à l'égard des patients psychiatriques. » (36)

8. Le programme de soins marque une évolution concernant le risque d'atteinte à l'ordre public et à la sûreté des personnes.

• *« En d'autres termes, l'ordre public est un élément à prendre en considération pour la mise en place de soins ambulatoires en application du programme de soins. A fortiori, lors d'une réhospitalisation à temps complet (qui demeure plus attentatoire aux droits fondamentaux de la personne que les soins ambulatoires), cet élément de l'ordre public doit être caractérisé. » (130)*

• *« Cependant, cette décision paraît quelque peu surprenante car une personne internée initialement en raison de l'atteinte grave à l'ordre public et bénéficiant par la suite de soins ambulatoires pourra être réhospitalisée sur la base de considérations purement médicales. » (130)*

• *« Le régime juridique introduit par la loi du 5 juillet 2011 a donc effacé dans le cadre d'un ré-internement d'une personne faisant l'objet de soins forcés à l'initiative du Préfet, la notion de l'ordre public (et la sûreté des personnes) pour ne conserver qu'un élément médical, l'hypothèse de l'« inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé ». » (130)*

• *« la protection de l'ordre public » (145)*

9. Le Programme de soins pose la question de la responsabilité.

• *« À partir de 1919, le Conseil d'État a développé une jurisprudence permettant l'émergence d'une théorie de la responsabilité sans faute de la puissance publique sur le fondement du risque, de sorte que les victimes d'un risque regardé comme exceptionnel sont en droit de recevoir réparation de leur préjudice, sans avoir à prouver l'existence d'une faute commise par la puissance publique. » (134)*

• *« Il faut sans doute aussi y voire une volonté de responsabilisation du patient car la liberté suppose une autonomie et par voie de conséquence une forme de responsabilité individuelle. » (134)*

- « *En maintenant un lien juridique entre le patient et l'institution, on assure aux victimes potentielles la possibilité de se retourner contre un créancier solvable.* » (134)
- « *Tout devient en effet peu clair et acrobatique [...] pour le médecin à l'origine de la préconisation, pour qui le programme est des plus contraignants en termes de responsabilité.* » (149)
- « *Rappelons la dissociation de la responsabilité d'un patient en matière pénale et civile. Même reconnu non punissable pénalement le patient peut être tenu responsable civilement d'exactions. Concrètement, durant les permissions ou le programme de soin, le patient est sous notre responsabilité, et celle assurantielle de l'établissement. Quant à la responsabilité pénale et civile du psychiatre, elle a été mise en lumière par l'instruction puis le procès fait à des collègues tenus responsables de passage à l'acte de leurs patients, qui viennent s'ajouter à la souffrance morale dans des situations souvent dramatiques. Cette responsabilisation est un poids supplémentaire sur nos épaules, qui contribue à considérer l'influence croissante, le pouvoir des juges sur notre exercice, conformément à la formule à sens unique : contrôler, dénoncer, juger, punir.* » (151)

10. Le programme de soins s'inscrit dans une loi qui porte un changement de paradigme.

- « *changement radical de paradigme* » (139)
- « *d'une logique soignante à une logique policière de contrôle social* » (140)
- « *il y aurait eu « un saut épistémologique. Avant on disait à la personne “si tu n'arrêtes pas de déconner, je t'interne”. Aujourd'hui, on lui dit “tu as une maladie, tu es obligé de te soigner dedans ou dehors”* » (G.V.). » (36)
- « *un revirement majeur du juge administratif ainsi que du juge pénal semble s'être opéré à cette occasion. Jusqu'à présent, le juge acceptait le risque que représentait une prise en charge psychiatrique ambulatoire et rétablissait l'équilibre face une administration plutôt coercitive. Mais dans cette affaire, en retenant le défaut de surveillance de l'établissement ainsi que la mise en danger d'autrui par le psychiatre, malgré les circonstances, le juge administratif et le juge pénal ont mis en cause la responsabilité des psychiatres hospitaliers en exigeant d'eux des moyens renforcés équivalents à une quasi-obligation de résultat.* » (152)
- « *Il ne s'agit plus d'imposer l'hospitalisation mais les soins.* » (148)
- « *Le vocabulaire utilisé a évolué : on ne parle plus d'« hospitalisation en psychiatrie », qu'elle soit libre ou sans consentement, mais de « soins en psychiatrie ».* » (143)

- « Cette évolution signe un changement de représentation des soins sans consentement en psychiatrie, soins qui ne se résument plus l'hospitalisation complète mais peuvent également exister en ambulatoire ou en hospitalisation séquentielle. » (143)

11. Le programme de soin décrit comme levier de stigmatisation.

- « Sur le plan social et politique, veiller à ne pas stigmatiser une population déjà vulnérable de par la présence de la maladie relève d'un impératif éthique et collectif. » (129)
- « Il n'est d'ailleurs absolument pas certain que cette innovation législative s'inscrive « dans la droite ligne de la volonté du législateur de privilégier, en 2011, la liberté du malade et de déstigmatiser le trouble mental » » (134)
- « La mesure de contrainte, en lien avec le statut de malade psychique, est perçue par les patients comme associée par la société aux notions de criminalité et de dangerosité. Il en découle un sentiment de stigmatisation et de rejet. » (153)

12. Le programme de soins s'inscrit dans l'exception psychiatrique de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

- « La loi du 4 mars 2002 a modifié les relations entre médecins et « usagers du système de santé », ce qui a fait dire à de nombreux commentateurs que l'époque du paternalisme médical était passée. L'utilisateur (pour ne pas dire patient, présumé stigmaté de ce passé de dépendance) devient codécideur de son traitement avec le médecin (article L. 1111-4 du code de la santé publique) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » tout en gardant la possibilité de décliner le traitement proposé « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ». » (133)
- « Pour pouvoir décider, accepter ou refuser un traitement, c'est-à-dire y consentir, il est bien entendu nécessaire de disposer de toutes ses facultés intellectuelles : « 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 ». La psychiatrie présente une exception puisque la loi permet sous certaines conditions les soins sans consentement. » (133)
- « Les droits des patients renforcés » (137)

13. Le programme de soins s'inscrit dans une loi qui vise à reconnaître les personnes comme citoyens.

- « Du point de vue légal et 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. » (36)
- « D'un point de vue philosophique, se pose la question du sens de la liberté individuelle pour ces patients et pour ceux que l'on a longtemps désignés comme des aliénés, dans un contexte où la médecine est marquée par une tradition paternaliste. » (36)
- « D'autres médecins considèrent ainsi qu'à la souffrance de la maladie mentale ne doit pas s'ajouter la privation de droit et l'infantilisation. » (36)

14. Le programme de soin donne des garantis au patient comme le recueil de son avis, la délivrance de l'information.

- « Les garanties générales offertes au patient sont constituées par la nécessité d'une part de lui apporter une information précise avant l'établissement de ce PDS, d'autre part de recueillir son avis lors de la définition du PDS et avant toute modification de celui-ci. Cet avis sera recueilli à l'occasion d'un entretien avec le psychiatre. » (142)
- « la délivrance de l'information médicale, qui constitue le préalable à tout consentement, est prévue par l'article L. 3211-3 du CSP disposant que la personne admise en soins psychiatriques sans consentement doit être informée « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions [relatives à la prolongation et aux modalités des soins], ainsi que des raisons qui les motivent ». (150)
- « Le programme de soin est donc à mettre en mots par celui qui le prescrit mais également par ceux qui s'y engagent, c'est-à-dire une équipe intra hospitalière qui initie ce qui sera soutenu par une équipe implantée dans la cité. » (141)
- « Et il est impératif d'informer les patients concernés que les certificats continuent de devoir être produits pour « cadrer » leur trajectoire, afin d'évoquer leur consentement problématique, puisque ce que soulève toujours l'avenir de leur sortie est aussi la question de la remise en place éventuelle de la contrainte¹³ . . . puisqu'avec le programme de soins, il est reconnu certes un début d'accord thérapeutique, mais la fois maintenue le constat

d'une alliance thérapeutique non pleinement consentie, et donc à placer sous contrainte « morale » ou psychologique » (134)

15. Le Programme de soins s'inscrit dans le contexte de virage ambulatoire.

- *« Les programmes de soins étendent ainsi les principes de la désinstitutionalisation des soins psychiatriques aux soins sans consentement. » (41)*
- *« ainsi le programme de soins ambulatoires va nécessairement déplacer, géographiquement, le lieu d'une partie des soins, vers le domicile, promu lieu de soins, dont à terme il convient de voir comment en pratique il demeure un lieu de liberté privé. » (134)*

16. Le Programme de soins comme alternative à l'hospitalisation.

- *« Mr S exprime sa surprise quant à cette nouvelle contrainte mais si elle permet la sortie rapide d'hospitalisation, alors... » (129)*
- *« c'est un nouveau dispositif d'alternative à l'hospitalisation complète en établissement de santé. » (131)*
- *« l'alternative à l'hospitalisation que constituent les soins ambulatoires sans consentement dans le cadre d'un programme de soins » (154)*
- *« De façon récurrente, les soins sans consentement en ambulatoire sont paradoxalement défendus au nom des formes de liberté qu'ils permettent aux patients de recouvrer ou du surcroît de liberté qu'ils apportent aux patients que ce soit sur un plan symbolique ou par opposition à la contrainte de l'hospitalisation qui réduit, de fait, la liberté de circulation. » (36)*
- *« Le député Denys Robiliard rappelle l'une des ambitions de cette innovation : « Le programme de soins a été institué pour répondre à la demande de familles qui constataient la difficulté à s'assurer de la continuité des soins après la sortie de l'hôpital. La formule du parlementaire est intéressante car le programme de soins serait un moyen de prolonger le suivi et non une alternative à l'hospitalisation. » » (134)*
- *« d'offrir des alternatives moins restrictives et économiquement plus avantageuses aux hospitalisations involontaires » (153)*
- *« Le concept de soins obligés en ambulatoire a été élaboré avec la participation des représentants des usagers et des familles et répond à certaines de leurs attentes en tentant d'éviter au maximum les hospitalisations. » (155)*

17. Le programme de soins institut le changement du lieu de la contrainte.

- « *Ce ne sont plus l'hospitalisation mais ce sont les soins qui sont imposés au patient.* » (131)
- « *Mr S exprime sa surprise quant à cette nouvelle contrainte mais si elle permet la sortie rapide d'hospitalisation, alors...* » (129)

18. Le programme de soins permet un cadre légal de la contrainte en ambulatoire, dans la philosophie des sorties d'essai.

- « *les dérives passées concernant les sorties d'essai « ad vitam aeternam »* » (129)
- « *aide à la prise en charge ambulatoire par la formalisation d'un suivi plus strict et la possibilité de mise en place de visites à domicile* » (156)
- « *Le programme de soins vient clarifier et étendre cette pratique en inscrivant les modalités de soin à suivre (consultations médicales, suivi de situation sociale, renouvellement de traitement à domicile, etc.) lors du séjour hors de l'hôpital dans le cadre d'un contrat conclu entre le médecin et le patient.* » (154) – **contrat**
- « *Ces soins ambulatoires confèrent une forme légale à une pratique ancienne : les sorties d'essai.* » (36)
- « *La formule de la sortie à l'essai qui avait été novatrice au milieu du siècle dernier et permettait à des patients d'être enfin soignés en dehors des murs de l'asile, n'a sans doute plus la même utilité 50 ans plus tard.* » (142)
- « *Les sorties d'essais ne précisaient pas les modalités du soin et le contrat passé avec le patient. Elles étaient définies comme un aménagement des conditions de traitement des personnes hospitalisées sans consentement, dans l'objectif de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale. Elles étaient initiées essentiellement par les médecins en charge du suivi du patient. Plusieurs auteurs soulignent que les sorties d'essais ont fait l'objet de dérives, qu'en l'absence de contrôle systématique elles pouvaient durer indéfiniment, sans motivation clinique à fournir.* » (135) – **contrat**
- « *La rigueur dans la définition de ces soins ambulatoires sous contrainte, ainsi que les contrôles afin d'éviter l'échappement aux soins sont renforcés.* » (137)
- « *Les soins ambulatoires, déjà existants dans la loi de 1990 sous l'appellation de sorties d'essai, trouvent avec la nouvelle loi, une définition plus rigoureuse.* » (137)

- *« Antérieurement, les psychiatres ne disposaient pas d'autre cadre juridique que celui des "sorties d'essai" pour permettre une prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation partielle, rendue possible par une amélioration de l'état du patient. Certains patients demeuraient, ainsi, en sortie d'essai durant plusieurs années, ce qui répondait à un besoin mais allait à l'encontre de l'esprit de la loi "de 90". » (143)*
- *« La réforme de juillet 2011 organise un régime de prise en charge sans consentement sous la forme de soins en ambulatoire ou en hospitalisation partielle avec l'adjonction d'un programme de soins en supprimant les "sorties d'essai". » (143)*
- *« A un épaississement du contexte de régulation encadrant les deux mesures s'ajoutent une multiplication d'écrits en situation ainsi qu'une régulation plus précise de ces derniers. » (128)*
- *« Ainsi, la loi donne une définition plus rigoureuse des modalités de soins susceptibles d'être prononcées dans le cadre d'un programme. » (157)*
- *« S'il n'apporte pas de solution concrète à toutes les situations, le programme de soins a le mérite de donner un cadre juridique aux soins contraints sans hospitalisation. » (148)*
- *« la délivrance – prévue par la loi – d'une information complète sur les conditions de la prise en charge et la remise d'une copie du programme de soins peuvent être considérées comme les bases d'un « contrat de soins » entre l'équipe soignante et le patient – à condition toutefois que ce dernier soit en mesure de comprendre l'information donnée. » (148) - contrat*

19. Le programme de soins, un « OVNI » juridique.

- *« Dans ce contexte, un nouveau modèle de régulation de la maladie mentale s'est développé en psychiatrie à la fin du XXe siècle : « l'incitation à collaborer, de sa place et selon ses besoins, à la gestion des contraintes dans le cadre d'une division du travail entre les instances de domination et ceux qui y sont assujettis » (51). Le régime des programmes de soins constitue une parfaite hypostase, au plan juridique, de cette nouvelle répartition des rôles : l'institution psychiatrique propose les soins au malade et l'incite à y collaborer en faisant planer sur lui la menace de l'hospitalisation complète ; le malade, tant qu'il continue à coopérer à sa propre prise en charge avec le zèle requis, conserve le bénéfice d'échapper à la privation de liberté et permet à l'autorité publique l'économie de coûteuses mesures de contention. S'instaure ainsi une dynamique de prise en charge de l'anormalité mentale que*

le droit n'organise plus fondamentalement, comme dans la loi de 1838 sur les aliénés, autour d'une opposition entre individu malade et non malade (52) mais d'une opposition entre individu collaborant aux soins et individu non collaborant aux soins. [...] Les soins pénalement ordonnés résonnent d'un basculement comparable. » (150)

- *« Le Pr Péchillon n'hésite pas ainsi à qualifier ces programmes de « monstres juridiques » puisque le programme de soins n'est pas un contrat de soins, mais une décision unilatérale prise par une autorité administrative (préfet ou directeur) sur proposition d'un psychiatre. » (149) – contrat*

20. Le Programme de soins, un contrat qui n'en est pas un.

– contrat

21. Le Programme de soin convoque le débat concernant les libertés.

- *« S'il est une question sur laquelle les juristes et les psychiatres n'ont pas fini de débattre c'est bien celle de la liberté et de ses limites. » (134)*

- *« en filigrane un adage souvent partagé par les soignants : La folie est une pathologie de la liberté... Le but de la psychiatrie, c'est la désaliénation » (129)*

- *« Liberté individuelle et libertés personnelles sont désormais très nettement distinguées par le Conseil constitutionnel » (145)*

22. Le Programme de soin et la différence entre liberté individuelle et liberté personnelle.

- Liberté individuelle

- *« L'article L. 3211-2 du code de la santé publique prévoit ainsi que la personne admise librement en soins psychiatriques « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades soignés pour une autre cause ». En revanche, s'agissant des droits des personnes contraintes aux soins psychiatriques, le législateur dispose que l'exercice des libertés individuelles de la personne peut être restreint, à condition toutefois que ces restrictions apparaissent « adaptées, nécessaires et proportionnées à son état de santé mentale et à la mise en œuvre du traitement requis » (art. L. 3211-3 CSP). » (145)*

- « *l'applicabilité de l'article 66 est limitée à la « notion étroite de sûreté personnelle » » (145)*

- « *C'est cette conception restrictive de la liberté individuelle et donc de sa compétence que l'autorité judiciaire va retenir à juste titre ici. » (145)*

- Liberté personnelle

- « *la liberté personnelle, protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789 » (145)*

- « *la modalité de soins restrictive de libertés personnelles, qui affecte aussi bien la liberté d'aller et venir de la personne que son éventuel droit au consentement, n'a pas à être assujettie aux exigences qu'impose le respect de l'article 66 de la Constitution » (145)*

- « *Bien que selon certains membres de la doctrine le législateur n'ait pas « précisé les limites apportées à la liberté du patient soigné en « soins ambulatoires » », les sages de la rue Montpensier ont jugé que ce dispositif légal était conforme à la Constitution dans la mesure où il s'agit que d'une limitation à la liberté personnelle. » (130)*

23. Le Programme de soins s'inscrit dans une distinction entre privation de liberté et limitation de liberté.

- « *La validation [par la QPC 235-2012 du 20 avril 2012] de cet article [article L. 3211-2-1], avec cette précision particulière, est sans doute intéressante sur le plan théorique car elle différencie bien les mesures privatives de liberté de celles qui ne sont que limitatives de liberté. » (142)*

24. Le programme de soins au risque de l'euphémisation de la contrainte.

- « *L'argument pragmatique conjoint à une considération d'utilité et à une préoccupation conséquentialiste pèse plus de poids que le souci des libertés ou des droits individuels. La volonté de maintenir le patient dans un cadre de soins peut avoir pour conséquence une euphémisation du poids de la contrainte pour ces patients. » (36)*

- « *Une partie des discours recueillis minore la réalité et la valeur de la contrainte légale pour les patients qui sont les plus malades, lorsqu'il est question de la liberté de circulation, des contraintes sur la vie quotidienne et de l'obligation de prendre un médicament. Cette euphémisation passe assez souvent par une réinterprétation du sens de la contrainte dans un cadre théorique voire analytique. » (36)*

- « *Il est courant, aujourd'hui encore, que le respect des droits individuels constitutionnels de certains patients passe au second plan au nom de motifs pragmatiques ou s'enracinant dans un souci indéniablement médical mais paternaliste et discriminant.* » (36)

25. Le programme de soin entraîne une incertitude juridique.

- « *une zone d'incertitude juridique existe ainsi réellement tant pour l'établissement que pour son Directeur qui va mesurer les risques pour chaque décision individuelle entre non-assistance à personne en danger et abus de restriction de liberté d'aller et venir.* » (144)

26. Le programme de soins est conforme à la Constitution selon le juge constitutionnel.

- « *C'est donc pour notre part seulement sur sa position concernant le contrôle judiciaire de la situation des patients en programme de soins que nous allons nous focaliser : le gardien de la Constitution dresse par ce biais de premiers garde-fous et lignes de conduite concernant les différents régimes de SSC et leurs particularités ; des indications dont il faut tirer les conséquences...et les inconséquences !* » (136)

27. Le Programme de soins met en évidence des incompétences des juges du tribunal administratif, du juge judiciaire et du JLD.

- Incompétence du juge des référés du tribunal administratif
- « *Elle demandait au juge qu'il enjoigne au centre hospitalier spécialisé, d'une part, de rétablir son régime antérieur de permissions de sortie et, d'autre part, de s'abstenir de procéder à l'augmentation envisagée du dosage au motif de l'atteinte grave et manifestement illégale que cette mesure porterait au droit pour un patient majeur de donner, lorsqu'il est en mesure de s'exprimer, son consentement à un traitement médical. Le 18 juin 2012, le juge administratif des référés a décliné sa compétence sur le premier moyen et donné raison à la patiente sur le deuxième, considérant qu'elle était en état de s'exprimer et que le refus de soins ne « posait aucun problème particulier au regard de ses risques de survie » (TA Rennes, 18 juin 2012, Madame A. c/ CHS Guillaume Régnier, req. n° 1202373, JCP Adm. 2012, n° 2321, note E. Péchillon).* » (145)

- Incompétence du juge judiciaire
 - *« Entre-temps, le juge judiciaire ayant décidé de la mainlevée de l'arrêté préfectoral du 1er juin 2012 décidant de l'hospitalisation complète, un programme de soins était établi le 4 juillet 2012. Le 20 août 2012, la patiente a demandé au juge judiciaire la mainlevée de ce programme de soins et la suspension non seulement de l'augmentation de la dose de Risperdal devant lui être administrée, mais aussi du nombre de « permissions de sortie » décidé. Considérant que la contestation portait non pas sur le principe même d'un programme de soins, mais sur les modalités précises des soins, le juge des libertés et de la détention a décidé à son tour que l'autorité judiciaire n'était pas compétente (TGI Rennes, ord. JLD, 14 sept. 2012, n° 12/04081 (1)), ce qui sera confirmé en appel (CA Rennes, ord., 28 sept. 2012, n° 12/00228) (2). » (145)*
 - *« Les requérants contestaient le fait que la loi n'ait pas soumis les programmes de soins à ce contrôle judiciaire obligatoire, visant notamment ceux d'entre eux qui comprennent des périodes d'hospitalisation prolongées. Le Conseil constitutionnel, répondant à cette QPC dans sa décision du 20 avril 2012, n'y trouvait cependant à redire car lorsque des personnes sont soumises « à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; [...] ces personnes 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 programme de soins ». En d'autres termes, il n'y a pas de privation de liberté imposant un contrôle obligatoire du juge judiciaire puisque ces personnes ne peuvent être contraintes par la force de venir à leurs consultations et peuvent quitter l'établissement quand elles l'entendent. En somme, comme le résume un auteur, « le programme de soins peut être imposé au patient mais [...] il est impossible de l'exécuter si le patient s'y oppose » (9). » (150)*
 - *« Le juge des libertés et de la détention a considéré que la loi ne lui a pas donné compétence pour apprécier le bien-fondé de l'administration de tel médicament et que sa compétence se limite à « ordonner la mainlevée de l'hospitalisation complète » ou à « statuer sur l'opportunité de la transformation d'un programme de soins vers une hospitalisation complète » (TGI Rennes, ord. JLD, 14 sept. 2012, préc.). » (145)*

28. Le Programme de soins met l'usager dans un statut juridique ambigu entraînant une insécurité.

- « *les ambiguïtés juridiques du statut du patient en programme de soins* » (144)
- « *Le directeur a admis le patient en soins sans consentement. Parfois la décision n'est pas soumise au contrôle systématique du Juge des Libertés et de la Détention, si le PDS est établi immédiatement à l'issue de la période d'observation et de soins. L'acte demeure et est revu mensuellement, occasionnant souvent des problèmes de compréhension du patient sur son statut* » (144)
- « *difficile conception du statut juridique du patient en programme de soins* » (147)
- « *Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique.* » (152)
- « *Programme de soins : quel statut juridique pour le patient ?* » (158)

29. Le Programme de soins entraîne des décisions obligatoires pour les usagers, non soumises au contrôle systématique du JLD.

- « *protection de la liberté des personnes internées contre leur gré, supposé garanti par l'intervention du JLD.* » (139,140)
- « *Dès lors, le programme de soins peut, de manière tout à-fait légale, donner lieu à des régimes d'hospitalisation quasi complète, la fenêtre de sortie se résumant éventuellement à une heure hebdomadaire. Or de toute évidence, on ne peut qualifier ces modalités d'hospitalisation non-complète comme de simples restrictions de liberté. Dans son avis rendu au nom de la commission des lois du Sénat le 27 avril 2011, le Sénateur Jean-René LECERF leur reconnaît au contraire le caractère de « véritables atteintes à la liberté d'aller et de venir ». Dès lors, leur refuser le régime de privation de liberté et sa garantie attenante du contrôle systématique du JLD paraît un jeu sur les mots ne tenant pas compte des réalités vécues.⁹* » (136)
- « *l'absence d'extension du contrôle automatique sur les mesures prononcées dans le cadre des programmes de soins nous paraît contestable en termes de protection de droits et libertés. Certes, une fois encore, le Conseil constitutionnel a validé le dispositif en posant la réserve selon laquelle aucune contrainte n'est exercée lors de la mise en œuvre de ces programmes, précision figurant désormais, on l'a souligné, dans la loi. De plus, le législateur, comme nous l'avons mentionné, a encadré le contenu des programmes de*

soins en précisant que les séjours à temps complet dans un établissement devaient être de courte durée. Malgré tout, ils restent des mesures de soin sans consentement qui atteignent nécessairement différents aspects des libertés de l'intéressé. Un contrôle du juge judiciaire permettrait à l'évidence de s'assurer que ces limitations sont justifiées. »
(157)

30. Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, met en évidence une pluralité d'acteurs.

- *« il ressortait des propos des participants une certaine confusion du rôle de chacun des acteurs du dispositif de soins sans consentement. »* (153)

31. Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, redéfinit la place de chacun (le Directeur d'établissement, le psychiatre, le JLD, le psychologue clinicien, les familles).

- Le directeur

- *« contrairement au Représentant de l'Etat, le Directeur est toujours lié par la décision médicale. Néanmoins, le directeur peut engager sa responsabilité pénale, et/ou la responsabilité de son établissement, s'il constate le non-respect par le psychiatre des droits fondamentaux du patient, et son information précise sur le contenu du PDS. »*
(144)
- *« [le Directeur] s'assure aussi de la conformité du PDS aux textes et à la jurisprudence de la Cour de Cassation. »* (144)
- *« Concrètement, durant les permissions ou le programme de soin, le patient est sous notre responsabilité, et celle assurantielle de l'établissement. »* (151)

- Le psychiatre

- *« Le PDS est donc une prise en charge relevant du seul pouvoir d'appréciation du psychiatre, tant pour la décision que pour son contenu. »* (144)
- *« la loi, en prévoyant que la personne qui ne se conforme pas au programme de soins pourra voir sa forme de prise en charge modifiée pour une hospitalisation complète, aurait lié l'appréciation de la nécessité de la décision médicale à celle de la nécessité de la mesure de soins elle-même »* (156)

- « *se satisfaisant de psychiatres interchangeable, plus centrés sur la « surveillance comportementale », qu'ouverts à une rencontre thérapeutique.* » (134)
- « *Concrètement, durant les permissions ou le programme de soin, le patient est sous notre responsabilité, et celle assurantielle de l'établissement.* » (151)
- « *Certains participants rapportaient un vécu d'abus de pouvoir du médecin et de prise de décisions arbitraires à leur encontre mais par ailleurs, les patients sont rassurés par le fait que la loi engage la société et les soignants envers les malades, leur assurant ainsi une certaine forme de protection.* » (153)
- « *En effet, la mission première des professionnels psychiatriques est thérapeutique. Que devient-elle quand elle est assujettie aux décisions du juge des libertés et de la détention, ou du directeur d'établissement ?* » (159)

- Et expression d'un sentiment d'inconfort

- « *Tous les praticiens qui voudront s'aventurer, non seulement dans des dispositifs de programmes de soins, avec l'insécurité juridique décrite, mais qui proposeront également de mettre un terme aux soins non consentis sont évident concernés.* » (160)
- « *Un psychothérapeute n'est pas un juge chargé d'appliquer des lois pour garantir l'ordre public* » (149)

- Le JLD

- « *Si la position du Conseil d'État n'évolue pas, les juges des libertés et de la détention vont devoir considérablement élargir le champ de leur contrôle et ceci dans des conditions d'urgence peu propices à une bonne justice. Cette tâche est d'autant plus ardue que la technique du programme de soins est encore bien fragile.* » (147)
- « *Ces positions favorables aux soins sans consentement en ambulatoire, inattendues chez les personnes qui les expriment, s'expliquent notamment par une aversion l'hospitalo-centrisme. Elles peuvent s'assortir d'une exigence de contrôle judiciaire de la privation de liberté qui rend sa cohérence au positionnement non hospitalo-centré voire anti-psychiatrique chez ces individus. L'exigence de contrôle judiciaire est amplifiée chez les opposants aux soins sans consentement en ambulatoire.* » (36)
- « *Un nouvel acteur vient prendre place dans la prise en charge des hospitalisations complètes : le JLD.* » (137)

- « *les sages ont considéré que la possibilité de saisine facultative du juge de la liberté et des droits palliait l'exigence de contrôle du juge sans nécessairement être systématique.* » (152)

- Le psychologue clinicien

- « *Son champ d'exercice est celui de l'écoute clinique du désir et du transfert.* » (141)
- « *Sa mission principale repose sur l'accueil et le traitement des demandes d'interventions psychologiques, celles-ci pouvant prendre de nombreuses formes.* » (141)

- Les familles

- « *d'obtenir un rétablissement satisfaisant pour notre proche, son autonomie dans la société et que nous, les familles, puissions reprendre le cours normal de notre vie.* » (161)

32. Le Programme de soins s'inscrit dans une loi qui a provoqué des affrontements entre les différents acteurs du champ de la psychiatrie (usagers, psychiatre, soignants, familles, législateur)

- « *large front d'opposition à la loi* » (139)
- « *quelques faits divers, repris avec une vision sécuritaire du traitement de la folie, ont amené les représentants de la Nation, dans le cadre de la Loi du 5 juillet 2011, à entériner la notion de programme de soins ambulatoires sans consentement, malgré une réticence – voire résistance ?- marquée de la part de nombreux professionnels et associations de patients.* » (129)
- « *a profondément éveillé polémique voire résistance* » (129)
- « *provoque l'ire des familles et des professionnels qui dénoncent l'amalgame entre troubles mentaux et délinquance.* » (132)
- « *C'est encore prendre le risque de voir intervenir le juge dans la composition même du programme de soins.* » (134)
- « *Le libre choix, la libération des choix aliénants par l'exploration psychanalytique, le libre investissement des activités thérapeutiques. . . toutes ces options relèvent du soin psychique auquel le législateur ne se consacre pas véritablement, quand bien même c'est cela que les soignants vivent avec les malades, qui l'acceptent dans leur très grande majorité.* » (149)

- « Dans le programme de soins, il faut réintroduire un droit à l'erreur, aux conduites absurdes, voire aux choix déraisonnables afin que le dispositif reste humain et thérapeutique plutôt qu'un protocole impersonnel de surplomb. Soigner est toujours prendre un risque et suppose une recherche constante d'innovation. » (149)
- « On peut donc légitimement regretter la préférence du législateur pour l'appellation « Personne faisant l'objet de soins psychiatriques » (PFOSP), indice d'une « ubérisation de la santé », plutôt que « personne en souffrance mentale ». » (149)
- « L'association Cercle de réflexion et de propositions d'actions sur la psychiatrie a contesté certaines dispositions d'un des tous premiers décrets d'application de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de prises en charge. » (146)
- « Les psychiatres sont tour à tour trop laxistes ou trop autoritaires c'est-à-dire sécuritaires, pris en tenaille entre la libération à l'excès des patients en programme de soin et la sommation de faire disparaître la contrainte en psychiatrie ! » (151)
- « Nous souscrivons à l'affirmation de bon sens – clinique – de M. Azoulay et S. Raymond : « La tendance actuelle semble (alors) être un certain déni de la pathologie et oublier qu'un trouble psychiatrique sévère et décompensé est la première atteinte aux libertés et au libre arbitre de nos patients ». Cet énoncé fait écho à la formulation de Th. Trémine qui souligne les pressions et les contradictions auxquelles nous sommes confrontés : ...D'un côté on ignore la violence dans une santé mentale idéalisée et de l'autre on voudrait bien refiler au "psyquel-quechose" le terrorisme, la radicalisation et tout ce qui s'en suit ». (142)
- « Il y a eu dès l'origine incompréhension, notamment dans le milieu soignant, sur l'intérêt de ces nouvelles modalités de contrôle des mesures de soins par le juge. En effet, l'objectif du législateur était moins le contrôle du travail des médecins que le fait qu'ils touchent directement, par ce biais, une des libertés les plus cruciales de l'individu et qu'il paraît peu supportable, dans une société libérale, de laisser une telle possibilité d'emprise à la merci d'un simple être humain, avec ses failles. L'erreur est humaine et la médecine une science inexacte...⁴ Or, les psychiatres ont souvent ressenti ce contrôle comme une disqualification, par un œil extérieur au champ médical, de leur expertise et de la qualité de leur appréciation là où auparavant, ils opéraient en toute liberté. Ce sentiment ajouté au manque de moyens qu'exigeait une mise en œuvre satisfaisante de cette loi a pu servir d'argument à un rejet en force de ces nouvelles dispositions législatives. » (136)

- « *Le juge répressif instruit en l'occurrence un procès en « laxisme » et engage dorénavant les praticiens à des décisions plus collégiales et à une réflexion plus conséquente entre les bénéfiques et les risques liés à leurs décisions. En réaction à cette condamnation, le psychiatre J-C Pénochet a rappelé que « cette accusation de laxisme que les magistrats font subir aux psychiatres avec ce jugement, les juges l'ont eux-mêmes subie ces dernières années ». Ainsi, pour le praticien syndicaliste, « quand le mécanisme du bouc émissaire s'enclenche, il fonctionne partout ». » (160)*
- « *[le juge constitutionnel] applique en effet au programme de soins une rigoureuse logique juridique qui s'avère être en décalage avec la réalité quotidienne de la psychiatrie. » (158)*

33. Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, entraîne de vives réactions chez les psychiatres.

- « *L'introduction des soins sans consentement en ambulatoire a suscité un clivage notable chez les médecins psychiatres lors de son introduction sous une forme légale en 2011. » (36)*
- « *La législation des soins sans consentement en ambulatoire a clivé la profession pour des raisons de principe car elle interroge les limites même et les modalités de l'exercice médical de la psychiatrie. » (36)*
- « *Même chez certains des médecins les plus soucieux de la liberté formelle – définie par la jouissance de droits garantis par la loi – de leurs patients et les plus engagés dans sa défense, les soins sans consentement en ambulatoire sont défendus pour la liberté de circulation qu'ils autorisent. En ce sens, une attitude de type libertaire à l'égard de la psychiatrie et soucieuse des libertés individuelles n'est pas prédictive des attitudes à l'égard des soins sans consentement en ambulatoire. » (36)*
- « *La profession s'est en effet partagée sur la question des soins sans consentement en ambulatoire, dans la mesure où se trouve en jeu une représentation de la fonction de l'hôpital et des moyens de contrainte qui y sont associés. » (36)*
- « *De façon fondamentale, c'est sur la question du sens de l'autonomie et de la liberté individuelle pour des patients gravement malades que se partagent les médecins. » (36)*
- « *Le programme de soins est présenté par les plus optimistes comme une alternative à la mesure individuelle de privation de liberté d'aller et venir de l'hospitalisation complète*

sous contrainte et par les plus pessimistes comme un moyen de maintenir une surveillance sur des personnes qui auparavant étaient en soins libres. » (134)

- *« il est bien certain que le dispositif est loin de faire l'unanimité tant chez les soignants que chez les patients. » (134)*
- *« L'intense débat, entre professionnels de la psychiatrie notamment, a nécessité de laisser place aux différents acteurs du champs d'étude » (129)*
- *« le programme de soins oblige le psychiatre à réfléchir sur la contrainte et à être rigoureux dans l'élaboration du projet de soins. » (156)*
- *« la psychiatrie fait actuellement l'épreuve douloureuse d'une mue identitaire » (134)*

34. Le Programme de soins s'inscrit dans une logique gestionnaire, protocolaire et qui permet une description de ceux-ci.

- *« Les personnes en programmes de soins ayant nécessité une hospitalisation à temps plein (soit en début de programme, soit en cours sous forme séquentielle, ou à l'occasion d'une réintégration suite à une rupture du programme de soins), l'ont été en moyenne 75 jours dans l'année (dont 61 jours sans consentement) contre 68 jours (dont 45 jours sans consentement) pour les personnes prises en charge sans leur consentement hors programme de soins. » (41)*

- *« le temps d'hospitalisation « contraint » est supérieur à celui des personnes hors programmes de soins. » (41)*

- *« 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. » (154)*

- *« caractère protocolaire et descriptif de la prise en charge » (129)*

- *« le soin [...] et son catalogue d'actions » (129)*

- *« La « loi » cherche à apporter des garanties procédurales permettant d'éviter une privation de liberté arbitraire et disproportionnée²³ Il ne peut être porté atteinte à la liberté fondamentale d'aller et de venir (notamment) sans motif médical. » (147)*

35. Le Programme de soins et un alourdissement du travail du psychiatre.

- « Une telle pratique alourdit considérablement la tâche du psychiatre. » (142)

36. Le Programme de soins est décrit selon : les personnes concernées, son contenu dont la question des hospitalisations pendant le PDS (et la question des faux PDS), la place de la confidentialité, la durée et l'évolution du programme.

- Caractéristique des personnes

- « A l'échelle nationale, 34 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été suivis en programme de soins en 2012. » (154)
 - « le recours aux programmes de soins était significativement plus fréquent à l'issue des séjours hospitaliers en SDRE, ce qui est concordant avec la nécessité d'apporter des garanties supplémentaires concernant le suivi ambulatoire, afin de pallier aux problèmes d'observance. » (162)
 - « Les programmes de soins sont plus fréquemment utilisés dans le cadre des SDRE (53 % des patients en SDRE en 2015) pour lesquels il est possible de mobiliser les forces de l'ordre si la personne rompt son programme. » (41)
 - « majoritairement destinés aux personnes présentant des troubles psychotiques (59 % des personnes en programmes de soins), et ce quel que soit le mode légal de prise en charge. » (41)
 - « Les patients souffrant de troubles schizophréniques et d'autres troubles psychotiques sont surreprésentés en programme de soins (respectivement 38 % et 26 % des patients en programme de soins, contre 23 % et 22 % des personnes exclusivement hospitalisées sans leur consentement). » (154)
 - « Sur le plan national, la catégorie diagnostique F20 est surreprésentée en programme de soins et un constat similaire est fait dans notre échantillon : des troubles psychotiques étaient retrouvés dans 70,7 % des cas (n = 99). » (162)
 - « En paraphrasant Ph. Paumelle qui disait dans les années 1970 qu'«il ne suffit pas d'attendre un psychotique dans une salle d'attente » nous pourrions aujourd'hui dire qu'une minorité de patients seulement relèvent des soins obligatoires en ambulatoire et qu'il faut, pour eux, aménager, à plusieurs dans l'équipe psychiatrique – pour être

efficace – une attention et des soins importants, variés et construits à la mesure du handicap de chaque patient. » (155)

- Contenu possible du PDS :

• *« 81 % des personnes en programmes de soins ont eu des consultations médicales, 61 % des entretiens soignants (graphique 4). Plus de la moitié a également eu un suivi social, 25 % des soins à domicile. Ces taux sont près de deux fois supérieures à ceux observés pour les personnes hospitalisées sans consentement mais hors programme de soins. » (41)*

• *« Cet accès plus important à l'ensemble des modalités de soins s'accompagne d'une plus grande intensité de ces soins mesurée en nombre moyen d'actes ou de journées de prise en charge dans l'année (graphique 5). Les programmes de soins constituent ainsi une forme de soins intensifs à destination des personnes souffrant de troubles psychiques sévères nécessitant des soins sans consentement. » (41)*

• *« L'article L. 3211-2-1 (en vigueur à l'époque des faits) dispose que les soins contre le gré de la personne peuvent prendre la forme d'une « hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code » ou bien « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type ». » (130)*

• *« Rédigé par un praticien hospitalier référent, ce programme peut prendre différentes formes : l'hospitalisation séquentielle, partielle, les soins ambulatoires de consultations, les soins en hôpital de jour, les visites infirmières à domicile, etc. » (141)*

• *« Le programme inclut généralement des consultations et des activités thérapeutiques en hospitalisation de jour. » (141)*

• *« Le programme décrit avec une certaine précision les conditions des soins. » (146)*

• *« Le PDS doit ainsi indiquer la modalité de soins :*

▪ *hospitalisation à temps partiel ;*

▪ *soins ambulatoires ;*

▪ *soins à domicile ;*

• *existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques. Il précise éventuellement la forme que revêt l'hospitalisation partielle, la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et la durée pendant lesquels les soins sont dispensés si elle est prévisible. Il doit également mentionner l'ensemble des lieux où se déroulent les prises en charge. » (146)*

- « *Le programme de soins (PS) établit le type de soins, le lieu des soins et la périodicité de ceux-ci sans mentionner la nature des traitements.* » (163)
- « *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.* » (163)
- « *Force est de constater que l'organisation de la psychiatrie sur un mode sectoriel va rendre possible ce type de prise en charge intensive. N'oublions pas, de surcroît, qu'en France, les soins psychiatriques sont totalement gratuits* » (155)

- Spécificité de l'hospitalisation pendant un PDS

- « *Dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel précise qu'à l'occasion de ce type de soins, des séjours en établissement peuvent être organisés. En revanche, il indique que le patient, dans ces circonstances, « ne saurait se voir administrer des soins de manière coercitive, ni être conduit ou maintenu de force pour accomplir les séjours en établissements prévus par le PDS* ». Ainsi, persistent assez correctement les libertés individuelles auxquelles chacun a droit. L'article L 3211-2-1 du CSP n'est donc pas contraire à la constitution. » (146)
- « *La validation découlant de la décision du Conseil constitutionnel est intéressante à plusieurs points, notamment en ce qu'elle confirme qu'à l'occasion du PDS des périodes d'hospitalisations complètes sont possibles. Cependant, durant celles-ci, le patient garde sa liberté d'aller et de venir. Il peut donc refuser les soins et sortir de l'hôpital éventuellement contre avis médical. Les praticiens qui contreviendraient à cette pratique engageraient la responsabilité de leur établissement et éventuellement leur responsabilité pénale personnelle.* » (146)
- « *On relèvera enfin que dans la pratique, ce recueil d'avis n'est pas toujours respecté et les patients n'ont parfois même pas conscience d'avoir changé de régime de prise en charge : ils obtiennent une possibilité de sortie d'une heure mais pour le reste, demeurent en apparence soumis au même régime d'hospitalisation. Alors que, cette modification, parfois infime en apparence, des modalités de prise en charge change tout dans le mécanisme de contrôle par le JLD et donc des garanties, il est facile de le faire passer inaperçu au patient.* » (136) – **faux PDS**
- « *Une récente décision de la Cour de cassation (C Cass, 4 mars 2015, req. n° 14-17824) vient d'ailleurs de tirer les conséquences de ces dispositions en décidant qu'il **appartenait au juge judiciaire de sanctionner les « faux programmes de soins »**, autrement dit requalifier en hospitalisations complètes sous contrainte les formes de prises en charge*

*qui conduisent à retenir une personne contre sa volonté » à l'hôpital ou à employer contre lui la force. Cela sera notamment le cas, lorsqu'un « prétendu programme de soins » comporte de fréquentes périodes d'hospitalisation entrecoupées de courtes périodes de sortie. » (158) - **faux PDS***

- Confidentialité

- « Pour des motifs de préservation de l'intimité et de la confidentialité, il ne comporte pas d'indication sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni sur les résultats d'examens complémentaires. Il ne mentionne pas non plus les traitements médicamenteux, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie et la modalité d'administration et sa durée. » (142)

- Durée du PDS

- « L'absence de temporalité déterminée – dans sa durée et son contrôle-, son aspect protocole pourraient-ils compromettre l'objectif d'accompagner un retour vers l'autonomie ? » (129)
- « Penser cette protection comme temporaire ou transitoire sonne alors comme une exigence éthique. » (129)
- « Le programme de soins n'a pas de durée déterminée et peut être établi pour plusieurs mois. » (148)
- « Les PDS sont institués pour des durées importantes (1 an pour les SPDT et 2 ans pour les SRE/Jud) » (155)

- Evolution du programme de soins

- « Quoiqu'il n'existe pas d'obligation légale pour les médecins de réintégrer les patients qui ne respectent pas le programme de soins. La loi stipule que si le psychiatre considère que l'inobservance de ce programme ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à son état, il doit, en application de l'article L. 3211-11-1 créé par la loi du 5 juillet 2011, prendre un certificat médical circonstancié proposant la réhospitalisation complète du patient et l'adresser au directeur de l'établissement qui en saisit le préfet. En revanche, si le médecin estime que ni l'importance des manquements au programme de soins ni leur impact sur la santé du patient ne justifient un retour en HC, il peut considérer qu'une modification de ce programme est nécessaire. » (36)

- « *Celui-ci [le PDS] doit être modifié régulièrement pour être effectivement représentatif des soins qui sont proposés au fur et à mesure de l'évolution du patient.* » (142)

37. Le Programme de soins fait parler sur la (in) capacité à consentir, à décider...

- « *la question de l'incapacité à consentir demeure un problème complexe, sujet à caution au niveau éthique, compte tenu des dérives possibles sur le plan du respect des libertés individuelles : « un individu n'est libre que dès l'instant où il est en mesure de s'opposer à une décision extérieur. De ce droit au refus va découler celui de consentir.* » (129)
- « *Dans la pratique psychiatrique quotidienne, on considère que lorsque l'on objective chez un patient une abolition de son discernement, prévaut le principe de l'intervention médicale dans l'intérêt d'un sujet dont on estime qu'il n'est pas en état de donner un consentement libre et éclairé.* » (155)
- « *La finalité des soins psychiques, par l'instauration d'une relation thérapeutique empreinte de confiance et de collaboration, implique le retour aux capacités à choisir, à décider* » (129)
- « *Le déni peut être temporaire ou durable, total ou partiel, mobilisable, rendant possible cette négociation préalable au programme de soin qui repose sur une base minimale d'alliance thérapeutique.* » (151)

38. ...et se révèle être une mesure paradoxale entre le consentement et la contrainte.

- « *le fait de distinguer le mode d'admission en soins psychiatriques sans consentement et la mise en place du PDS pour lequel aucune mesure de contrainte ne peut être exercée à l'encontre du patient, car il a retrouvé sa liberté d'aller et venir.* » (144)
- « *Le consentement aux soins est posé comme une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de la Santé publique). Néanmoins, la législation française prévoit aussi, en cas de troubles psychiatriques sévères affectant la conscience du trouble et le besoin de soin, le recours aux soins sans consentement afin de prévenir le préjudice pour le patient de l'absence de soins.* » (41)
- « *[Le PDS] subsistera jusqu'à ce que le patient consente à bénéficier d'une prise en charge psychiatrique et que le médecin lève donc la mesure de soins sans consentement.* » (144)

- « *Le programme de soin peut être imposé au patient, mais il est illégal de l'exécuter s'il s'y oppose, pouvant engager la responsabilité des soignants, du Directeur, voire de l'établissement.* » (144)
- « *si une hospitalisation à temps partiel est prévue par le PDS, il s'agit d'une hospitalisation libre, mais à laquelle le patient ne peut se soustraire du fait du PDS* » (144)
- « *si le patient suit son PDS à la lettre, il est compliant, et donc consentant, et ce alors qu'il fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement* » (144)
- « *se pose également la question du statut du patient en PDS qui vient se faire hospitaliser sur sa propre initiative.* » (144)
- « *la recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ?* » (129)
- « *Ce type de démarche thérapeutique impose une continuité des soins, cela sans le consentement du patient mais après avis de celui-ci : un moyen de solliciter au moins sa participation à défaut de son autonomie au sens plein du terme ? « Désormais, les patients peuvent être contraints de suivre des soins, non plus seulement dans les murs de l'établissement, mais aussi chez eux ou dans leur environnement familial, au sein même de la cité* » (129)
- « *Saisi d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité par une association de patients – le CRPA -, le Conseil constitutionnel ne remet pas en cause le principe de soins ambulatoires sans consentement mais insiste sur 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, contre leur gré, la personne dans les meilleurs délais. A ce jour, l'obligation de soins ambulatoires existe sans la contrainte ! Le conseil Constitutionnel, conscient de ce paradoxe, laisse au législateur un délai de 18 mois pour modifier la Loi – échéance au 1^{er} octobre 2013.* » (129)
- « *le juge constitutionnel, repris également sur ce point par le Conseil d'Etat, a considéré que l'obligation de soins psychiatriques comprise dans le programme de soins accompagnant une prise en charge sous une autre forme qu'une hospitalisation complète n'autorise pas son exécution sous la contrainte et que notamment ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive, ce que précisément le centre hospitalier Guillaume Régnier s'appêtait à faire avant l'injonction du juge des référés du tribunal administratif. Un tel exercice de la contrainte ne peut se faire qu'en hospitalisation complète.* » (145)

- « Le médecin est donc obligé, dans la mesure où l'état de la personne le permet, de lui délivrer une information et de lui permettre d'exprimer sa volonté. Mais la loi n'impose pas au médecin le respect de cette volonté. » (145)
- « le patient ne consent pas à ce programme de soins, il le subit, au mieux après avoir exprimé sa volonté. » (145)
- « Ces dispositions législatives et réglementaires organisent l'expression de la volonté de la personne, mais à aucun moment elles n'obligent le médecin à respecter cette volonté lorsqu'il décide du traitement. » (145)
- « Il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, en accord avec le patient » (131)
- « la loi de 2013 reprend une règle issue de la décision du Conseil Constitutionnel selon laquelle, comme le prévoit à présent le même article L. 3211-2-1, « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme [d'un programme de soins] ». Ce faisant, la loi de 2013 mène à une forme d'aporie juridique puisque, dans le même temps, elle énonce que tout consentement est exclu dans les soins psychiatriques ordonnés mais que, pour autant, certains de ces soins ne peuvent être pratiqués sur la personne si elle les refuse. » (150)
- « Cette Loi [...] se montre ainsi symptomatique de la brume toujours plus épaisse dans laquelle pénètre le droit contemporain à propos de certaines catégories traditionnelles de la réflexivité juridique, notamment celles de contrainte et de consentement. » (150)
- « La loi du 27 septembre 2013 aboutit donc à une étrange situation dans laquelle les soins psychiatriques sans consentement, lorsqu'ils se déroulent sous la forme d'un programme de soins, ne peuvent être mis en œuvre contre la volonté de la personne. Cette situation provoque certains rapprochements avec les soins pénalement ordonnés et notamment l'injonction de soins. » (150)
- « Les requérants contestaient le fait que la loi n'ait pas soumis les programmes de soins à ce contrôle judiciaire obligatoire, visant notamment ceux d'entre eux qui comprennent des périodes d'hospitalisation prolongées. Le Conseil constitutionnel, répondant à cette QPC dans sa décision du 20 avril 2012, n'y trouvait cependant à redire car lorsque des personnes sont soumises « à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; [...] ces personnes 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 programme

de soins ». *En d'autres termes, il n'y a pas de privation de liberté imposant un contrôle obligatoire du juge judiciaire puisque ces personnes ne peuvent être contraintes par la force de venir à leurs consultations et peuvent quitter l'établissement quand elles l'entendent. En somme, comme le résume un auteur, « le programme de soins peut être imposé au patient mais [...] il est impossible de l'exécuter si le patient s'y oppose » » (150)*

- *« la loi crée une catégorie intermédiaire de malades dont la possibilité de mise en œuvre des soins ordonnés procède d'une forme d'acceptation au moins tacite. » (150)*

- *« même si la loi ne fait pas formellement référence au recueil d'un consentement, l'article L. 3211-2-1 du CSP dispose que « l'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil [...] ». (150)*

- *« comme l'énonce le nouvel article L. 3211-2-1, une personne faisant l'objet de tels soins psychiatriques « est dite en soins psychiatriques sans consentement ». » (150)*

- *« L'avis du patient doit être recherché dans le cadre de l'élaboration d'un programme de soins. Est-ce juridiquement un consentement ou un assentiment ? » (147)*

- *« des considérations éthico-pratiques s'opposent à l'existence de véritables soins sous contrainte physique en milieu ouvert. En effet, la médecine, s'agissant de pathologies ayant leur siège dans l'appareil mental de l'individu, ne fonctionne pas correctement en cas de défiance du malade à l'encontre de la mesure de soins. L'outil pharmacologique peut être efficace pour prévenir les crises mais, pour beaucoup d'affections, le médecin ne peut obtenir des résultats durables que par des voies psychothérapeutiques. Or, celles-ci reposant largement sur l'échange verbal par interaction avec la subjectivité du malade, elles ne peuvent produire que peu d'effet en l'absence d'une forme de coopération de l'individu. » (150)*

- *« Les soins psychiatriques ambulatoires ne consistent pas directement à contraindre physiquement la personne. » (130)*

- *« Ainsi, les notions de contrainte et de consentement aux soins - et peut-être même de consentement tout simplement - s'offrent à une nouvelle investigation qui devrait faire l'objet de l'attention qu'elle mérite de la part du législateur » (150)*

- *« La contrainte psychologique est réelle dans la mesure où elle réside dans la menace au retour au statu quo ante, l'hospitalisation complète forcée en cas de non respect du programme de soins » (130)*

- « La loi du 5 juillet 2011, créé avec les programmes de soins, un « “entre-deux” entre la contrainte exercée en hospitalisation complète et l’alliance thérapeutique consentie sur laquelle reposent les soins libres » (Robiliard, 2013). » (149)
- « une ambiguïté demeure clairement attachée à la situation de soins : qu’est-il recherché au final, maintenant qu’on connaît l’interdiction du recours à la coercition ? » (134)
- « comment expliquer clairement qu’avec les programmes de soins, les équipes doivent intégrer désormais « le fait que, lors des passages dans l’établissement, le patient est juridiquement en hospitalisation libre, pouvant dès lors, à l’instar des entrants en soins libres, refuser les traitements prescrits et même quitter les lieux à tout moment. » (149)
- « Tout devient en effet peu clair et acrobatique tant pour le médecin à l’origine de la préconisation, pour qui le programme est des plus contraignants en termes de responsabilité, que pour le patient dont la récupération d’une partie de sa liberté d’aller et venir contraste avec une surveillance marquée à laquelle est suspendu son retour en soins libres stricto sensu, à défaut de quoi plane sur sa tête l’épée de la réintégration en hospitalisation complète. » (149)
- « au cours d’un PDS des périodes d’hospitalisation complète sont possibles ; cependant, comme pour les autres soins engagés lors d’un PDS, le patient est libre de les accepter ou de les refuser. » (142)
- « Or, en réalité, le patient est mis face à un choix pipé : soit il accepte le programme de soins dans les termes posés par le psychiatre, soit il reste en hospitalisation complète. Peut-on qualifier cette alternative comme une véritable liberté de choix ? Au mieux peut-on parler de liberté par défaut. » (136)
- « Cette précision importante mais équivoque, sur laquelle nous reviendrons, laisse penser qu’un patient bien qu’en soins sans consentement ambulatoires ne doit pas pour autant subir de soins contraints. » (152)
- « il s’agit donc d’une obligation de soins à laquelle la personne doit se plier mais qui ne supposerait pas la contrainte, si elle ne s’y plie pas. Dans ce cas, il "faudrait l’amener vers les soins mais sans coercition ni usage de la force. » (152)
- « Le principe du consentement aux soins est un principe fondamental du droit de santé dont la mise en œuvre est problématique dans les services de psychiatrie. » (138)
- « En 2013, le législateur a d’ailleurs inscrit dans le code de la santé publique une disposition reprenant ce point de vue en écrivant qu’« aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l’égard d’un patient [sous programme de soins] ». » (158)

- « En effet, le législateur prend acte de l'intervention de la décision QPC du 20 avril 2012 les concernant en intégrant ses termes : « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge [sous une autre forme que l'hospitalisation complète] ». On s'en souvient, pour les requérants, la possibilité de séjours forcés en établissement dans le cadre d'un programme de **soins** constituait un enfermement privatif de liberté, qui, sans contrôle systématique du juge judiciaire, était attentatoire à la liberté individuelle. Un tel contrôle ne se justifie pas selon le Conseil constitutionnel puisqu'il ne peut être fait usage d'aucune mesure de contrainte pour la mise en œuvre de ces programmes. » (157)
- « Mais lorsque le patient est suivi de manière prolongée dans le cadre d'un programme de soins, le respect du consentement aux soins et de la dignité des personnes défini par la loi Kouchner du 4 mars 2002 devient hors de propos. Informé du risque de ré hospitalisation en cas de non-respect du programme de soins, le patient ne donne pas un consentement libre mais se soumet durablement à une obligation de traitement. » (148)

39. Il existe un flou concernant le non-respect du Programme de soins.

- « En conclusion, l'Unafam est sensible à cette forme d'alliance thérapeutique mais pose la question épineuse de la rupture des soins et aimerait trouver des solutions concrètes avec vous. » (161)
 - « À la différence d'une injonction de soins, la loi n'a pas prévu de sanction du patient qui ne respecterait pas sa parole. » (158)
 - « Il faut aussi signaler la difficulté rencontrée en cas de rupture du programme de soins. » 156)

40. Le Programme de soins est flou concernant la décision de ré hospitalisation.

- « Si la révision de la loi en 2013 précise qu'"aucune contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins", la menace de réhospitalisation en cas de non respect des programmes de soins peut être vécue comme une atteinte à la liberté pour la personne soumise à ces programmes. » (41)
 - « En effet, le législateur n'a jamais entendu faire de la psychiatrie un corps de policiers de la santé mentale soignant par la force en tous lieux du territoire. » (150)

- « le nouvel article L. 3211-2-1 du CSP prévoit que, en cas de mise en place d'un programme de soins, le psychiatre avise la personne des dispositions prévoyant qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à son égard tout en l'informant des dispositions de l'article L. 3211-11. Or, d'une part, l'alinéa 1er de ce texte prévoit que le programme de soins peut être modifié à tout moment en fonction de l'évolution de l'état du patient ou être transformé en hospitalisation complète. Et, d'autre part, son alinéa 2nd prévoit surtout que celle-ci a vocation à intervenir lorsque la prise en charge sous forme d'un programme de soins « ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état ». En somme, le psychiatre informe le malade sur son devoir de collaborer à la mesure de soins, devoir dont la violation est assortie d'une sanction consistant en la potentialité d'une privation de liberté par retour en hospitalisation complète (17). Comme l'expliquait le député D. Robiliard dans son rapport à la commission des affaires sociales, « il pèse [...] sur le patient en programme de soins une obligation légale et morale de respecter ce programme, obligation assortie d'une sanction : le retour éventuel en hospitalisation complète en cas d'échec » (18). C'est alors des soins pénalement ordonnés que le programme de soins se rapproche. » (150)

- « Reste la problématique complexe de la réintégration du patient en programme de soins, qu'elle émane de la demande du psychiatre référent ou du patient lui-même ! Le législateur a en effet omis d'aborder la situation du patient qui souhaite réintégrer, se présentant spontanément auprès du service. » (147)

- « L'autre question est celle du programme de soins et de la position particulière dans lequel celui-ci met le médecin : en effet, ce dernier doit indiquer au patient que s'il ne respecte pas le programme proposé, il devra le signaler au directeur de l'établissement qui pourra prévenir le préfet qui décidera d'une réhospitalisation... » (132)

- « la loi a prévu l'hypothèse inverse où les modalités de prise en charge du malade pouvaient être modifiées (A) en ré-hospitalisant la personne mais sans pour autant exiger les mêmes conditions légales que l'admission ou le maintien en hospitalisation complète (B). » (130)

- « L'article L. 3211-11 du code de la santé publique rappelle que la modification de la prise en charge peut avoir lieu pour « tenir compte de l'évolution de l'état de la personne » (§1) et en raison « notamment du fait du comportement de la personne » (§2) ne permettant plus de dispenser les soins nécessaires à son état ». Au vu des dispositions précitées, ce qui peu paraître surprenant tient à l'absence de critère en référence à l'atteinte à l'ordre public (ou à la sûreté des personnes) pour décider de la ré-hospitalisation complète de la

personne. En effet, alors que la personne ne peut être contrainte à une admission en hospitalisation complète contre son gré décidée (et maintenue) sans que l'administration ne caractérise une atteinte à autrui, le ré-internement qui abouti à une privation totale de la liberté d'aller et venir n'est conditionné que par l'évolution de l'état de la personne. En d'autres termes, si la phase initiale ou de maintien d'une hospitalisation forcée comporte un volet médical (les troubles mentaux et la nécessité des soins) et de dangerosité (l'atteinte grave à l'ordre public ou l'atteinte à la sûreté des personnes), la novation de soins en ambulatoire (dans le cadre de soins à l'initiative du Préfet) en hospitalisation complète ne comporte plus ce dernier volet. La ré-hospitalisation ne posera donc guère de difficulté puisqu'il suffira de mentionner dans le certificat médical que la personne ne prend plus son traitement ou qu'elle demeure récalcitrante. » (130)

- *« désormais les magistrats n'ont plus à caractériser explicitement l'actuelle dangerosité pour ré-interner un individu. » (130)*
- *« Même si le refus de traitement est susceptible d'avoir une incidence directe quant au risque d'atteinte à l'ordre public par la personne suivie, l'absence de référence explicite désormais à ce critère de dangerosité risque de faciliter les réadmissions en hospitalisation complète. » (130)*
- *« Les décisions qu'implique la réintégration mettent en présence des normes et des principes apparemment irréconciliables, tel le respect de la liberté individuelle, le principe de précaution et la responsabilité pénale du médecin » (36)*
- *« La résolution de la question pratique de savoir comment et qui fait la réintégration du patient en hospitalisation complète n'est pas sans incidence sur la prise en charge du patient par la suite ni sans susciter chez les intervenants 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 non-nuisance. » (36)*
- *« Lorsqu'un patient ne respecte pas le PDS, la loi a prévu que celui-ci peut être modifié ou que le patient doit être réhospitalisé sans son consentement, ce qui lui ouvre à nouveau le droit d'un contrôle systématique du juge dans les 15 jours. » (146)*
- *« On remarque également que ce document constitue un levier lors du non-respect, par le patient, des obligations qu'il était tenu de respecter. » (128)*

41. Le Programme de soins est pensé selon des concepts éthiques (assistance à personne en danger, liberté d'aller et venir, bienfaisance, autonomie, dépendance, respect de la Vie privée, Respect de la propriété, qualité de vie).

- *« L'imposition de la contrainte, en milieu hospitalier comme en ambulatoire, soulève toutefois des questions éthiques non pas simplement parce qu'elle est synonyme de privation de liberté, d'ingérence dans le champ d'action d'autrui, de recours à la violence mais aussi parce qu'elle mobilise un argumentaire de la bienfaisance thérapeutique et de l'intérêt du patient, parce qu'elle mobilise des normes morales, telles que « la fin justifie les moyens », ainsi qu'une détermination de ce que sont les devoirs associés à la fonction de psychiatre de l'hôpital public. » (127)*
 - Non-assistance à personne en danger
 - Abus de restriction de la liberté d'aller et venir
- *« Sur le plan juridique, considérer le programme de soins sous l'angle de la « juste » proportionnalité apparaît comme une « borne » éthique relevant de la protection de la vulnérabilité et du respect potentiel de l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques. » (129)*
- *« L'information de la personne et le recueil de ses observations ou de son avis sont une indication pour le médecin, qui décide ; elles relèvent du principe éthique de la « bienfaisance » » (145)*
- *« de simples considérations économiques et logistiques font obstacle à la possibilité de soins en milieu ouvert sans un minimum de collaboration de l'intéressé. En effet, le coût humain et financier de la mise en œuvre par la force de mesures de soins serait démesuré. Il faudrait organiser un corps de policiers-infirmiers spécialement formés à l'administration de traitements médicamenteux chargés d'intervenir en tous lieux du territoire, y compris en forçant des portes, ou organiser de multiples déplacements sous contrainte physique vers les centres de soins qui mobiliseraient des ressources humaines et matérielles considérables. En d'autres termes, il est beaucoup plus « rentable » d'obtenir la collaboration aux soins du malade en le menaçant simplement d'une privation de liberté. » (150)*
- *« de simples considérations économiques et logistiques font obstacle à la possibilité de soins en milieu ouvert sans un minimum de collaboration de l'intéressé. En effet, le coût*

humain et financier de la mise en œuvre par la force de mesures de soins serait démesuré. Il faudrait organiser un corps de policiers-infirmiers spécialement formés à l'administration de traitements médicamenteux chargés d'intervenir en tous lieux du territoire, y compris en forçant des portes, ou organiser de multiples déplacements sous contrainte physique de ma la de s vers les centres de soins qui mobiliseraient des ressources humaines et matérielles considérables. En d'autres termes, il est beaucoup plus « rentable » d'obtenir la collaboration aux soins du malade en le menaçant simplement d'une privation de liberté. » (150)

- *« des considérations éthico-pratiques s'opposent à l'existence de véritables soins sous contrainte physique en milieu ouvert. En effet, la médecine, s'agissant de pathologies ayant leur siège dans l'appareil mental de l'individu, ne fonctionne pas correctement en cas de défiance du malade à l'encontre de la mesure de soins. » (150)*
- *« La résolution de la question pratique de savoir comment et qui fait la réintégration du patient en hospitalisation complète n'est pas sans incidence sur la prise en charge du patient par la suite ni sans susciter chez les intervenants 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 non-nuisance. » (36)*
- *« juge constitutionnel déclare qu'il n'y a pas de restriction de liberté individuelle dans un programme de soins ambulatoires sans consentement, justifiant un contrôle systématique du juge. » (152)*

- Dignité

- *« Après avoir énoncé que la dignité de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement doit être respectée en toutes circonstances, la loi réduit la participation du patient aux décisions administratives » (145)*
- *« Pour certains, c'est la dignité même des patients qui est mise en cause par ces soins. » (36)*
- *« Une patiente évoquait même un vécu de perte sa dignité humaine. » (153)*

- Autonomie et Dépendance

- *« Classiquement définie comme la capacité à se gouverner soi-même par ses propres lois, l'autonomie renvoie à un « droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet ». La dépendance correspond, quant à elle, au fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou quelque chose ⁵ », elle induit un rapport entre un élément et un autre en sous-tendant une caractéristique relationnelle, là où l'autonomie*

renvoie à une détermination individuelle (Silvestre, 2008). Ces deux notions peuvent se distinguer dans différentes sphères : physique, juridique, sociale et psychique. L'autonomie psychique, qui nous intéresse ici, présuppose la capacité pour un sujet de juger, prévoir et raisonner, ainsi qu'une liberté de choix : accepter ou refuser ce qui s'impose à lui. Lorsque les aptitudes mentales d'une personne sont altérées se pose alors d'une manière particulière la question de son consentement aux soins. Au-delà des déficits intellectuels et des détériorations cognitives, nous pouvons identifier deux registres pathologiques venant obérer les capacités de jugement d'un individu. D'une part, un trouble neurologique dénommé l'anosognosie qui renvoie à une méconnaissance fonctionnelle : la personne est dans l'incapacité de reconnaître la maladie ou la perte de capacité dont elle est atteinte, elle ne peut la percevoir et en prendre conscience. D'autre part, un phénomène désigné par le terme de déni qui s'interprète comme l'impossibilité fondamentale d'admettre l'existence même d'une chose. » (141)

- « la question de l'autonomie individuelle se pose de façon singulière, lorsque les patients sont intégrés dans des programmes de soins à l'issue d'une hospitalisation sous contrainte, en particulier dans le cadre d'une HDT plutôt que d'une HO. Ces critiques font écho à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 rappelant qu'en dehors des cas d'hospitalisation complète, les soins sous contrainte ne sauraient être l'objet d'une coercition. » (36)
- « On ne peut s'autoriser de la difficulté de certains individus à satisfaire l'injonction à l'autonomie, portée par notre époque et supposant en particulier l'indépendance pour ne pas respecter des droits fondamentaux qui leur sont reconnus en tant que citoyens. » (36)
- « Les propos de certains participants posaient la question de savoir si le patient a réellement la possibilité de faire des choix et ainsi décider de s'impliquer dans les soins ou s'il doit de toute façon, on se plier à la volonté du médecin. » (153)
 - Respect de la Vie privée
- « sont mis en cause [...] l'intrusion dans la vie privée des personnes malades. » (36)
- « Les réintégrations en hospitalisation complète ne sont pas toujours faciles à organiser dans un cadre éthique adapté. » (159)
 - Respect de la propriété

- Qualité de vie
- *« un temps long à l'hôpital ne favorisent pas la réinsertion, nous sommes favorables aux soins ambulatoires sans consentement s'ils permettent de raccourcir l'hospitalisation à temps complet et de restaurer plus tôt une plus grande autonomie tout en permettant une meilleure adhésion aux soins. » (161)*

42. Le Programme de soins est une modalité en lien avec la psychopathologie, associé à une nécessité de protection, dans une posture paternaliste du psychiatre.

- *« Dans le champ de la psychiatrie, l'anosognosie, le déni et les détériorations mentales fonctionnent donc comme des aspects décisifs de la prise en soin sans consentement : la personne, qui ne se vit pas comme quelqu'un de « malade », ne peut reconnaître le caractère pathologique de certains de ses comportements, réactions et manières de penser. Bien souvent, elle est amenée à se mettre en péril ou à constituer une forme de danger pour les autres » (141)*
- *« Ainsi, la nécessité d'une protection pour ces sujets suppose une vision différente sur le consentement. » (141)*
- *« Les patients se vivant parfois comme « victime passive » dans le processus de soins. » « D'un autre côté, le patient peut devenir acteur du processus thérapeutique dans certaines conditions. La mesure de contrainte peut ainsi aider à la prise de conscience en venant questionner le sujet sur son état, ce qui peut aussi être douloureux et vécu comme une blessure narcissique. » « Cette prise de conscience passe par le crédit accordé à l'avis médical. » « Finalement, c'est au médecin d'accepter et de permettre le conflit et la négociation, ce qui semble pouvoir amener le patient à être « acteur » du soin, dans la collaboration. » (153)*
- *« C'est ce que Henri Ey résumait de façon lapidaire en disant « la maladie mentale est une pathologie de la liberté. . . le but de la psychiatrie c'est la désaliénation du sujet. . . » » (155)*
- *« un programme de soins sans consentement, établi par un soignant, souligne « l'impérieuse nécessité » de protéger la personne souffrant de troubles psychiques. Peut-on alors considérer ce programme comme une étape ou comme une fin en soi ? » (129)*
- *« force est de constater une congruence remarquable autour de la responsabilité soignante et sociétale à protéger les personnes en situation de vulnérabilité pour cause de troubles psychiques. » (129)*

- « *L'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique –avec ou sans le consentement du patient – est souligné comme faisant potentiellement partie des modalités de soin en psychiatrie. » (129)*
- « *le contenu de la Loi du 5 juillet 2011 ne traite pas tant de la protection de la vulnérabilité que du respect des libertés individuelles et de « l'hospitalité », dans une société libérale à tonalité paternaliste lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de troubles psychiques. » (129)*
- « *Concernant le programme de soins ambulatoires, les positions des uns et des autres oscillent entre un intérêt manifeste pour la mise en œuvre pour cause de protection de la personne ou de la société et la radicalité d'une abrogation et résistance assumées en raison d'une atteinte aux libertés individuelles. » (129)*
- « *Certains participants rapportaient un vécu d'abus de pouvoir du médecin et de prise de décisions arbitraires à leur encontre mais par ailleurs, les patients sont rassurés par le fait que la loi engage la société et les soignants envers les malades, leur assurant ainsi une certaine forme de protection. » (153)*
- « *La période initiale d'hospitalisation complète apparaît comme un événement extrême, influençant par la suite le vécu des soins. Certains patients exprimaient un sentiment d'injustice avec une notion de double peine à propos de la poursuite des soins en soins ambulatoires sans consentement suite à l'hospitalisation. Quant au vécu relatif aux soins ambulatoires sans consentement, le vocabulaire employé par les patients évoque la situation d'un repris de justice en liberté conditionnelle. » (153)*
- « *Pour la plupart des participants, le vécu de contrainte concernant les soins ambulatoires sans consentement est rattaché à un sentiment d'impasse, de suivi sans fin et répétitif sans perspective d'évolution. » (153)*

43. Le Programme de soins impacte la relation soignants/soignés.

- [le PDS] « *spolie la sincérité de la relation de confiance recherchée par les soignants » (139,140)*
- « *De par son intentionnalité et son caractère contraignant, quel que soit la qualité de l'information donnée par le soignant, le programme de soins porte en lui la tendance à renforcer l'asymétrie de la relation de soin. » (129)*

- « *la relation de soin est essentielle au traitement des troubles psychiques, au sens où elle est « au cœur du traitement ». Elle génère une dimension éthique du soin, propre à apporter « hospitalité à la folie » et « sensibilité émotionnelle aux soignants ».* » (129)
- « *Les enjeux relationnels et thérapeutiques permettent cela à travers la confiance accordée par la personne à ceux qui s'occupent d'elle.* » (141)
- « *Il ressort des entretiens que si la contrainte porte sur le cadre de la relation, la relation en soi ne peut être contrainte et repose sur la notion de confiance.* » (153)

44. Le médicament à une place importante dans le Programme de soins.

- « *A l'occasion d'un entretien médical, et sur décision de l'équipe pluridisciplinaire, un programme de soins ambulatoires lui est prescrit, afin de garantir la prise d'un traitement médicamenteux.* » (129)
- « *Procédant de l'habeas corpus, ces systèmes reposent, en effet, sur le droit pour tout individu de refuser un traitement, droit qui ne trouvera limite que lorsque se manifestent chez lui de graves troubles mentaux qui obèrent intégralement sa capacité à comprendre et à vouloir.* » (150)
- « *En premier lieu, imposer des soins par la force physique en milieu ouvert à des individus qui les refusent paraît inenvisageable : cela ferait encourir une condamnation pour traitement inhumain et dégradant sur le fondement de l'article 3 de la CESDH (39). En matière de soins psychiatriques ordonnés, une juridiction avait d'ailleurs en 2012 écarté une telle possibilité même en milieu fermé. Un tribunal administratif avait décidé, s'agissant d'une personne en hospitalisation complète sur décision du préfet, que celle-ci est en droit de s'opposer à l'administration d'un médicament : « le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale » (40). On parvenait ainsi un rapprochement presque complet avec les systèmes nord-américains évoqués plus haut : même placée sous la garde de l'institution hospitalière, une personne serait en droit de refuser un traitement dès lors qu'elle n'est pas privée de la capacité de discernement qui lui permet de s'y opposer. Cette décision a cependant été annulée par le Conseil d'Etat aux motifs que le juge administratif ne serait pas compétent pour examiner une telle question et que, en hospitalisation complète, le malade peut bel et bien faire l'objet de mesures de contrainte physique (41).* » (150)

- « *Ainsi, l'hospitalisation contrainte n'imposait pas nécessairement une obligation d'acceptation des traitements : certains patients pouvaient se prévaloir de cette ambiguïté qui ne peut plus être invoquée dans le cadre du programme de soins.* » (148)
- « *Ne nous le cachons cependant pas, et nous y reviendrons : c'est l'observance médicamenteuse qui centre la question avec son pendant, celui des troubles du comportement* » (155)

45. Le Programme de soins est en augmentation sur le territoire français et est utilisé de façon inégale.

- « *Le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement a augmenté du fait de l'allongement de la durée des soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital.* » (41)
- « *cette sous population en programme de soins [...] tend à croître fortement année après année* » (41)
- « *En psychiatrie les personnes en soins sans consentement représentaient 13 à 15 des admissions en 2005, 21 % en 2015 soit 5,4⁴ de la file active des suivis. L'augmentation de ce pourcentage est en partie liée à l'inclusion des personnes en programme de soins.* » (142)
- « *les quatre constats [...] masquent en fait la disparité, l'hétérogénéité des pratiques de soin en psychiatrie.* » (129)
- « *le recours aux programmes 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 (carte 2). 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.* » (154)

46. Le manque de moyen est pointé dans la difficulté de mise en place du Programme de soins.

- « [Le nombre de personnes en programme de soins] a progressé mais moins fortement que celui des personnes hospitalisés sans consentement. Cette progression limitée s'explique en partie par les difficultés de mise en place sur le terrain. » (41)

47. Le Programme de soins, efficace ou pas efficace ?

- « L'argument pragmatique des partisans du programme de soins, s'oppose une réfutation fondée sur l'inutilité de ce programme, tenu pour un mauvais outil thérapeutique. » (36)
- « Au niveau international, les travaux de recherche n'ont pas démontré son efficacité. » (153)
- « Les programmes de soins sont particulièrement utilisés et adaptés dans le cadre de troubles psychotiques, dont le faible insight des patients conduit bien souvent à des ruptures de soins. Ces mesures permettent ainsi de favoriser l'observance des intéressés, avec la possibilité d'une réintégration en hospitalisation complète plus facile si ces derniers refusent de s'y soumettre. Néanmoins, il serait pertinent de définir des critères cliniques précis concernant le recours aux programmes de soins afin d'en harmoniser les usages. » (162)
- « L'étude objective une amélioration nette très significative – quel que soit le type de mesure sous contrainte – entre le début du PS et le moment de l'étude sur tous les scores de l'impression clinique globale du médecin et sur la sévérité clinique du tableau présenté par le patient, sur son observance, sur son niveau de dangerosité pour autrui et pour soi. » (155)

ii. Les concepts de deuxième ordre

1. Des éléments de l'Esprit de la loi (éléments historiques, éléments de contextes sécuritaire, d'urgence, de droits des usagers, de virage ambulatoire, de démarche qualité)

Le Programme de soins apparaît en France dans la Loi du 5 juillet 2011. Cette Loi vient réviser la Loi de 1990 et s'inscrit dans la longue histoire de la contrainte en psychiatrie. Le contexte joue un rôle prépondérant dans l'élaboration de cette Loi.

Les concepts de premier ordre englobés dans les éléments de l'Esprit de la Loi sont :

- Le programme de soins dans une perspective historique des soins obligatoires en dehors de la psychiatrie et des soins sans consentement psychiatrique en France

- Le programme s'inscrit dans une loi qui porte des éléments contradictoires.
- Le programme de soins apparaît en France dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, dans un contexte d'utilisation médiatique et politique de faits divers.
- Le programme de soins apparaît dans un contexte sociétal d'urgence.
- Le programme de soins apparaît dans un contexte sécuritaire et une exacerbation de la représentation du « fou dangereux ».
- Le programme de soins s'inscrit dans l'exception psychiatrique de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.
- Le programme de soins s'inscrit dans une loi qui vise à reconnaître les personnes comme citoyens.
- Le Programme de soins s'inscrit dans le contexte de virage ambulatoire.
- Le programme de soins permet un cadre légal de la contrainte en ambulatoire, dans la philosophie des sorties d'essai.
- Le Programme de soins s'inscrit dans une logique gestionnaire, protocolaire et qui permet une description de ceux-ci.

2. Des explications de la loi et des modalités pratiques d'application de la loi concernant les Programmes de soins.

Le Programme de soins est une modalité juridique nouvelle en France, incluse dans une loi qui apporte des changements conséquents. Certains articles sont dédiés entièrement à l'explication de la loi et aux modalités pratiques d'application, d'autres développent les explications dans une première partie.

Les concepts de premier ordre englobés dans l'explication de la loi et des modalités pratiques d'application sont :

- Le programme de soin est une nouvelle modalité qui nécessite d'être expliqué pour être utilisé en pratique.
- Le programme de soins marque une évolution concernant le risque d'atteinte à l'ordre public et à la sûreté des personnes.
- Le programme de soin donne des garanties au patient comme le recueil de son avis, la délivrance de l'information.
- Le Programme de soins comme alternative à l'hospitalisation.
- Le programme de soins institue le changement du lieu de la contrainte.
- Le Programme de soins, un contrat qui n'en est pas un.

3. Un changement de paradigme et des changements majeurs concernant une pluralité d'acteurs avec un changement du mandat des juges, de la place du psychiatre et de sa responsabilité créant des tensions et un théâtre d'affrontements.

Au décours de cette Loi et de la création des Programmes de soins, on découvre une pluralité d'acteurs autour des usagers concernés. Le PDS s'impose dans une articulation entre le sanitaire, la société et la justice. Ces changements créent des tensions importantes exprimées dans la littérature.

Les concepts de premier ordre englobés dans cette catégorie sont :

- Le programme de soins identifié comme une modalité biopolitique qui interroge les limites du pouvoir médical.
- Le Programme de soins pose la question de la responsabilité.
- Le programme de soins s'inscrit dans une loi qui porte un changement de paradigme.
- Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, met en évidence une pluralité d'acteurs.
- Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, redéfinit la place de chacun (le Directeur d'établissement, le psychiatre, le JLD, le psychologue clinicien, les familles).
- Le Programme de soins s'inscrit dans une loi qui a provoqué des affrontements entre les différents acteurs du champ de la psychiatrie (usagers, psychiatre, soignants, familles, législateur)
- Le Programme de soins, dans la loi du 5 juillet 2011, entraîne de vives réactions chez les psychiatres.

4. Le Programme de soins, un « OVNI » dans le paysage juridique français qui laisse flou le statut juridique de la personne et insécurise l'établissement et le psychiatre.

Les juristes identifient la modalité juridique qu'est le Programme de soins comme un « OVNI » dans le paysage juridique français. Sa définition, et son application qui évoluent au fur et à mesure de la jurisprudence ne permettent pas de définir clairement le statut juridique des usagers concernés, insécurise certains acteurs et met en évidence l'incompétence des juges, notamment concernant la liberté d'aller et venir.

Les concepts de premier ordre englobés dans cette catégorie sont :

- Le programme de soins, un « OVNI » juridique.
- Le programme de soin entraîne une incertitude juridique.
- Le programme de soins est conforme à la Constitution selon le juge constitutionnel
- Le Programme de soins met en évidence des incompétences des juges du tribunal administratif, du juge judiciaire et du JLD.
- Le Programme de soins met l'utilisateur dans un statut juridique ambigu entraînant une insécurité.

5. Le Programme de soins place le psychiatre, seul décideur, dans une injonction paradoxale entre la délicate évaluation du consentement et de la capacité de décider de la personne (au moment de la mise en place du PDS, pendant le PDS et en cas de non-respect du PDS par l'utilisateur, laissant planer la question de la ré hospitalisation.

Le psychiatre est identifié, dans de nombreux documents inclus dans la revue, comme ayant un rôle important dans le PDS. Seul décideur, il doit faire avec les paradoxes du consentement et de la contrainte ou plutôt de l'interdiction de celle-ci dans un Soins Sans Consentement...

Les concepts de premier ordre englobés dans cette catégorie sont :

- Le Programme de soins fait parler sur la (in) capacité à consentir, à décider...
- ...et se révèle être une mesure paradoxale entre le consentement et la contrainte.
- Il existe un flou concernant le non-respect du Programme de soins.
- Le Programme de soins est flou concernant la décision de ré hospitalisation.
- Le Programme de soins et un alourdissement du travail du psychiatre.
- Le Programme de soins est une modalité en lien avec la psychopathologie, associé à une nécessité de protection, dans une posture paternaliste du psychiatre.

6. Le Programme de soins s'inscrit dans des enjeux éthiques et juridiques (protection de la société, liberté d'aller et venir, assistance à personne en danger, autonomie, dépendance, respect de la vie privée, respect de la propriété, qualité de vie, dignité, stigmatisation, liberté individuelle et liberté personnelle)

L'éthique est convoquée de façon transversale dans la littérature. La tension principale concerne la liberté d'aller et venir et la protection de la société mais d'autres concepts d'éthique sont discutés. Par ailleurs, les réflexions concernant la liberté sont évidemment

présentes et s'articulent avec les notions juridiques de liberté individuelle et liberté personnelle.

Les concepts de premier ordre englobés dans cette catégorie sont :

- Le programme de soin décrit comme levier de stigmatisation.
- Le Programme de soin convoque le débat concernant les libertés.
- Le Programme de soin et la différence entre liberté individuelle et liberté personnelle.
- Le Programme de soins s'inscrit dans une distinction entre privation de liberté et limitation de liberté.
- Le programme de soins au risque de l'euphémisation de la contrainte.
- Le Programme de soins entraîne des décisions obligatoires pour les usagers, non soumises au contrôle systématique du JLD.
- Le Programme de soins est pensé selon des concepts éthiques (assistance à personne en danger, liberté d'aller et venir, bienfaisance, autonomie, dépendance, respect de la Vie privée, Respect de la propriété, qualité de vie).
- Le médicament à une place importante dans le Programme de soins.

7. Les premières évaluations de l'utilisation du Programme de soins mettent évidence une augmentation des mesures de coercition, des inégalités territoriales et des résultats contradictoires concernant l'efficacité.

L'évaluation du Programme de soins est plus timide dans la littérature mais présente. Elle est centrée sur la notion d'efficacité de la mesure, une description du PDS et une analyse de son utilisation sur le territoire français.

Les concepts de premier ordre englobés dans cette catégorie sont :

- Le Programme de soins est en augmentation sur le territoire français et est utilisé de façon inégale.
- Le manque de moyen est pointé dans la difficulté de mise en place du Programme de soins.
- Le Programme de soins, efficace ou pas efficace ?
- Le Programme de soins est décrit selon les personnes concernées, son contenu dont la question des hospitalisations pendant le PDS (et la question des faux PDS), la place de la confidentialité, la durée et l'évolution du programme.
- Le Programme de soins impacte la relation soignants/soignés.

iii. Les concepts de troisième ordre

D'un côté nous avons **une définition du Programme de soins**, modalité juridique d'application dans le domaine psychiatrique qui s'inscrit dans l'historique de la contrainte en France et qui apparaît dans un contexte paradoxal de reconnaissance des droits des usagers et un contexte sécuritaire. Le contexte de virage ambulatoire en psychiatrie, d'urgence et de promotion de la démarche qualité donnant une tonalité gestionnaire est également important. Les premières évaluations sont ambivalentes concernant l'efficacité/l'utilité et l'application de cette mesure sur le territoire français qui est à la fois en augmentation globale et inégalement répartie.

D'un autre côté, cette modalité juridique est décrite comme **un « OVNI » juridique** nébuleux concernant le statut juridique des usagers concernés et insécurisant, laissant le psychiatre, seul décideur, dans un paradoxe entre interdit de la contrainte et soins sans consentement ambulatoire.

Enfin, le **Programme de soins, et plus largement la Loi du 5 juillet 2011, apporte des changements majeurs**, modifiant la place de plusieurs acteurs ce qui a entraîné des tensions et des conflits ainsi que des réflexions concernant des notions éthiques centrées sur les libertés.

c. Résultats quantitatifs

1. Champs lexicaux généraux

L'ensemble du corpus s'organise selon quatre univers lexicaux différents : le champ lexical « Judiciaire », un champ lexical « Loi – Hospitalisation sans consentement » et, d'un autre côté, les champs lexicaux « Contenu du PDS » et « Enjeux de la prise en charge » correspondent au champ lexical du soin.

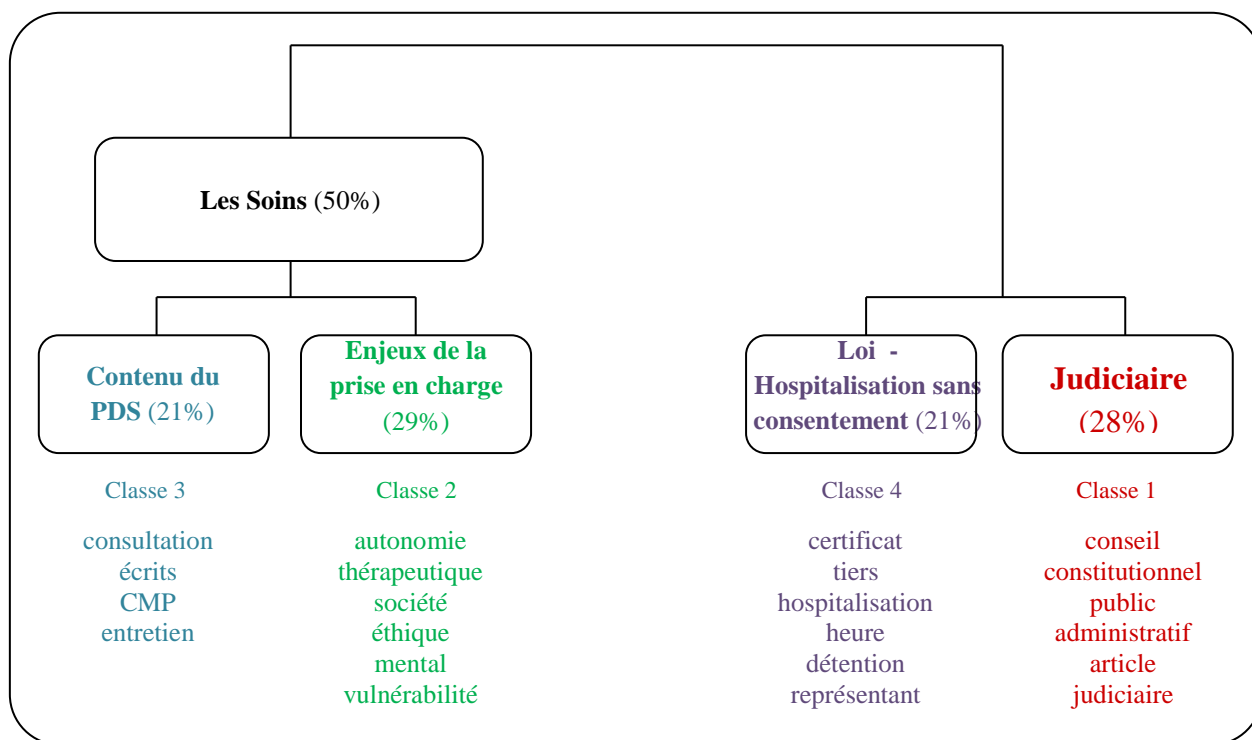


Figure 16. Les champs lexicaux de l'ensemble du corpus français

Champ lexical Enjeux de la prise en charge (29%)

Le terme *autonomie* est utilisé dans les sens : « manque d'autonomie », « marque d'autonomie », « respect de l'autonomie décisionnelle », « autonomie de sa volonté raisonnable », « principe d'autonomie », « solliciter sa participation à défaut de son autonomie », « autonomie au sein de la Cité ».

Le terme *thérapeutique* est utilisé dans les sens : « alliance thérapeutique », « relation thérapeutique », « cadre thérapeutique », « éducation thérapeutique », « outil thérapeutique », « bienfaisance thérapeutique »

Le terme *société* est utilisé dans les sens : « dans la société », « la société contemporaine », « la société toute entière », « au sein de la société », « une société », « les intérêts de la société », « la protection de la société ».

Le terme *éthique* est utilisé dans les sens : « respect des droits et de l'éthique », « une réflexion juridique, politique, éthique », « sur le plan éthique », « point de vue éthique », « question éthique », « un cadre éthique adapté », « une approche véritablement éthique du soin ».

Le terme *mental* est utilisé dans les sens : « maladie mentale », « trouble mental », « le malade mental », « état mental », « santé mentale ».

Le terme *vulnérabilité* est utilisé dans les sens : « vulnérabilité humaine », « la vulnérabilité du malade », « une présomption de vulnérabilité », « protection de la vulnérabilité ».

Champ lexical du contenu du Programme de soins (21%)

Le terme *consultation* est utilisé dans le sens : « qu'il s'agisse des consultations, des activités thérapeutiques », « de consultations, de visites à domicile », « consultation médicale », « la fréquence des consultations ».

Le terme *écrits* est utilisé dans les sens : « différents écrits œuvrant en partie à matérialiser la contrainte », « ces différents écrits participent ils à une modification de leur pratique ? », « étudier finement l'articulation entre écrits et pratiques », « ces règles et écrits visent à promouvoir les droits des patients », « ces règles et écrits participent à la définition de la mise en place de cette contrainte hors les murs ».

Le terme *centre médico psychologique* est utilisé dans le sens : « alerter le centre médico psychologique », « les soignants du centre médico psychologique », « les patients suivis au centre médico psychologique ».

Le terme *entretien* est utilisé dans les sens : « avait été rassuré par l'entretien », « à l'occasion d'un entretien », « les entretiens de premières intentions », « des entretiens semi directifs », « entretien clinique », « entretien soignant ».

Champ lexical Judiciaire (28%)

Le terme *conseil* est utilisé dans les sens : « Conseil Constitutionnel », « Conseil d'Etat ».

Le terme *constitutionnel* est indiqué dans le sens : « Conseil Constitutionnel », « juge constitutionnel ».

Le terme *public* est utilisé dans le sens : « ordre public », « pouvoirs publics », « service public », « droit public », « rapport public ».

Le terme *administratif* est utilisé dans le sens : « ordre juridictionnel administratif », « juge administratif », « tribunal administratif », « circuit administratif ».

Le terme *judiciaire* est utilisé dans le sens : « dossier judiciaire », « juge judiciaire », « l'administratif, le médical et le judiciaire », « autorité judiciaire ».

Champ lexical de la Loi et de l'Hospitalisation en Soins sans consentement (21%)

Le terme *certificat* est utilisé dans le sens : « certificat médical », « rendre les certificats compréhensibles par le Juge des Libertés et de la Détention », « les certificats ».

Le terme *tiers* est utilisé dans les sens : « tiers témoin soignant », « à la demande d'un tiers ».

Le terme *hospitalisation* est utilisé dans le sens : « transforme l'hospitalisation en soins », « en dehors de toute hospitalisation », « hospitalisation complète », « hospitalisation sous contrainte », « hospitalisation libre ».

Le terme *heure* est utilisé dans les sens : « programme de soins qui précise les lieux, les dates et les heures », « supérieur à 48 heures », « période d'observation de 72 heures », « à l'heure actuelle », « pour l'heure ».

Le terme *détention* est utilisé dans les sens : « Juge des Libertés et de la Détention », « la légalité de la détention ».

Le terme *représentant* est utilisé dans les sens : « à la demande d'un représentant de l'état », « un représentant de l'équipe pluridisciplinaire ».

2. Champs lexicaux selon les disciplines des auteurs

La discipline retenue est celle du premier auteur de chaque article ou document.

*Champs lexicaux chez les Psychiatres

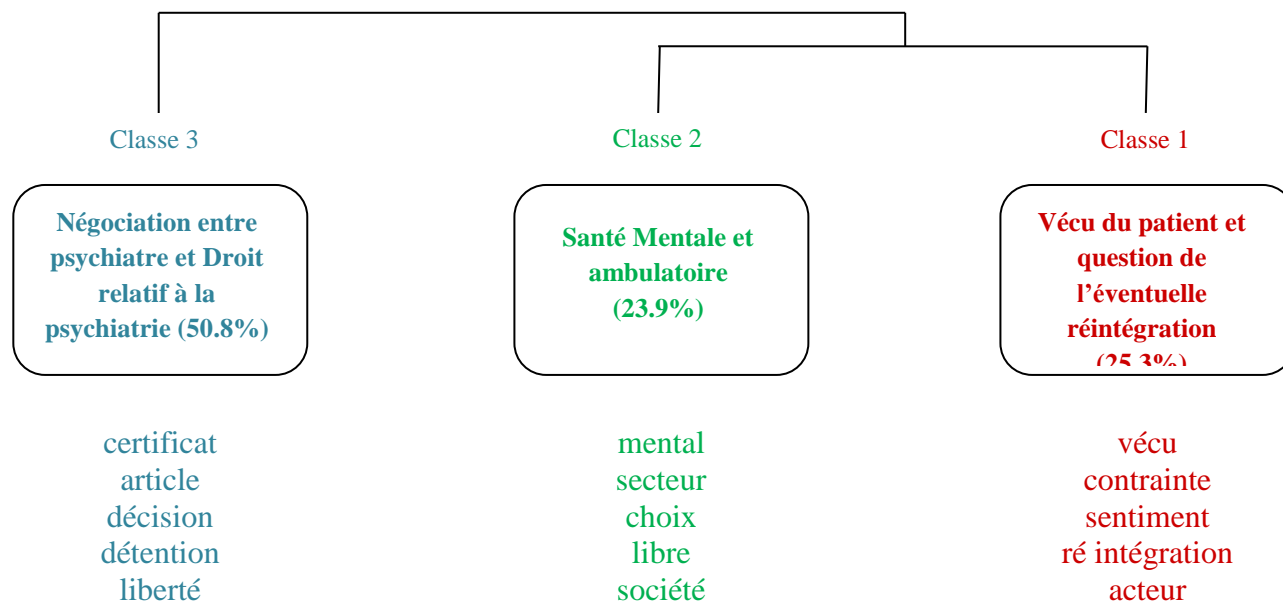


Figure 17. Les champs lexicaux chez les psychiatres

Champ lexical Négociation entre psychiatre et Droit relatif à la psychiatrie (50.8%)

Le terme *certificat* est utilisé dans le sens : « certificat médical », « certificat du médecin ».

Le terme *article* est utilisé dans le sens « article L 3011-11 », « article R 3211 du Code de la Santé Publique », « la validation de cet article », « l'application de certaines articles », « l'article 1221 du Code Pénal ».

Le terme *décision* est utilisé dans les sens : « décision médicale », « décision préfectorale », « décision du juge », « décision de mainlevée », « la décision du magistrat », « décision judiciaire », « décision du Conseil Constitutionnel ».

Le terme *détention* est utilisé dans les sens : « Juge des libertés et de la détention », « détention illégale ».

Le terme *liberté* est utilisé dans les sens : « Juges des libertés et de la détention », « liberté et égalité », « atteinte aux libertés », « redonner la liberté », « a perdu sa liberté d'être du fait de sa maladie ».

Champ lexical Santé Mentale et ambulatoire (23.9%)

Le terme *mental* est utilisé dans les sens : « santé mentale », « souffrance mentale », « maladie mentale », « pathologie mentale », « personne mentalement valide », « stabilité mentale ».

Le terme *secteur* est utilisé dans les sens : « le secteur », « l'équipe infirmière du secteur », « la politique de secteur », « l'équipe du secteur ».

Le terme *choix* est utilisé dans les sens : « le caractère obligatoire serait le meilleur choix pour répondre à la demande sécuritaire. », « choix thérapeutiques », « il y a quand même un horizon de choix », « un choix citoyen », « liberté de choix de nos modernes malades », « l'expression d'un libre choix ».

Le terme *libre* est utilisé dans les sens : « soins libres », « hospitalisation libre », « atteinte aux libertés et au libre arbitre », « le patient reste libre de ses mouvements », « le patient est libre de les accepter ou non ».

Le terme *société* est utilisé dans les sens : « une menace pour la société », « le regard de la société sur la maladie mentale », « aussi de la société (maintien de l'ordre public) », « tentation sécuritaire de la société », « protection de la société », « les intérêts de la société et la liberté individuelle ».

Champ lexical du Vécu du patient et de la question de l'éventuelle réintégration (25.3%)

Le terme *vécu* est utilisé dans les sens : « souvent vécu par les patients », « vécu comme une contrainte injustifiée », « vécu comme impossible par les patients », « vécu relatif aux soins sans consentement », « un vécu interprétatif délirant », « vécu de perte de leur dignité humaine ».

Le terme *contrainte* est utilisé dans les sens : « mesure de contrainte », « soins sous contrainte », « mesure ambulatoire de contrainte », « usant et abusant de la contrainte », « hospitalisation contrainte à vie », « contrainte ambulatoire ».

Le terme *sentiment* est utilisé dans les sens : « sentiment de contrainte », « sentiment de pouvoir négliger ses rendez-vous », « sentiment de persécution », « sentiment d'un gâchis », « sentiment de défiance ressenti par les soignants ».

Le terme *ré intégration* est utilisé dans le sens : « ré intégration en hospitalisation complète ».

Le terme *acteur* est utilisé dans le sens : « nouvelle acteur auprès de la personne malade » (le JLD), « amener le patient à être acteur », « chaque acteur ».

* Champs lexicaux chez les Avocats et Représentant du CRPA

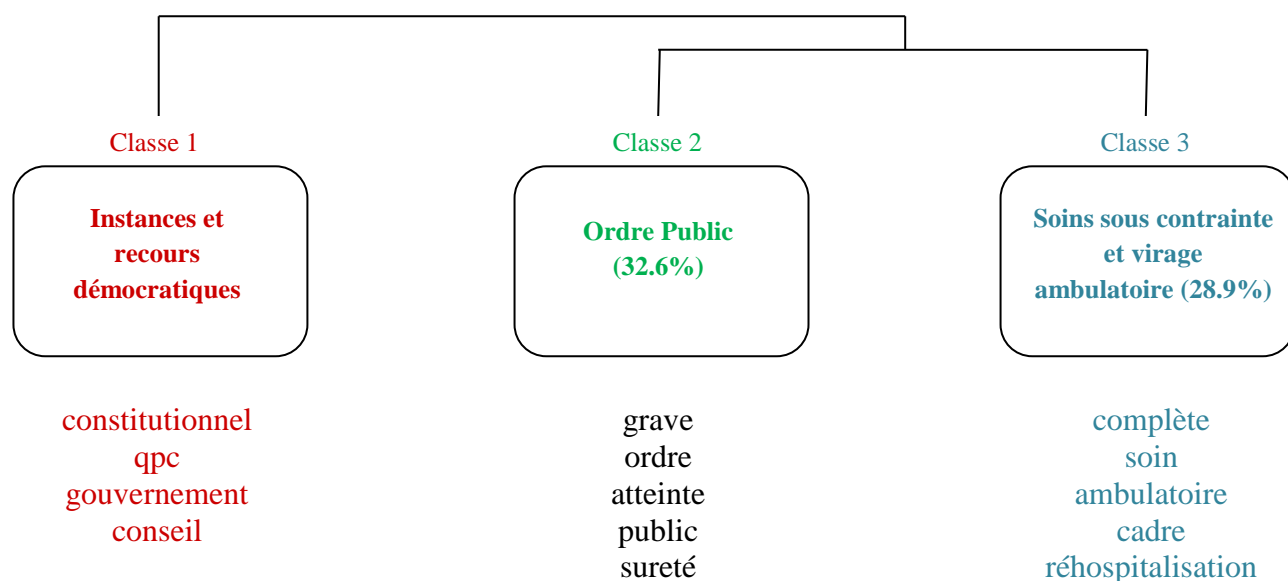


Figure 18. Les champs lexicaux chez les avocats et représentants du CRPA

Champ lexical Instances et recours démocratiques (38.5%)

Le terme *constitutionnel* est utilisé dans le sens : « conseil constitutionnel ».

Le terme *qpc* est utilisé dans le sens : « question prioritaire de constitutionnalité ».

Le terme *gouvernement* est utilisé dans le sens : « ont contraint le gouvernement à prendre des disposition », « projet de loi initial du gouvernement », « entre le gouvernement d'une part ».

Le terme *conseil* est utilisé dans le sens : « Conseil Constitutionnel », « les conseils d'administration des hôpitaux ».

Champ lexical de l'Ordre public (32.6%)

Le terme *grave* est utilisé dans le sens : « atteinte grave à l'ordre public ».

Le terme *ordre* est utilisé dans les sens : « ordre public », « lui donner ordre ».

Le terme *public* est utilisé dans les sens : « ordre public », « subvention sur des fonds publics ».

Le terme *sureté* est utilisé dans le sens : « sureté des personnes ».

Champ lexical de Soins sous contraintes et virage ambulatoire (28.9%)

Le terme *complète* est utilisé dans le sens : « hospitalisation complète », « ré hospitalisation complète ».

Le terme *soin* est utilisé dans le sens : « soins ambulatoires », « soins contre le gré de la personne », « soins à domicile », « nécessité des soins », « soins de manière coercitive ».

Le terme *ambulatoire* est utilisé dans le sens : « soins ambulatoires ».

Le terme *cadre* est utilisé dans le sens : « dans le cadre de soins », « le cadre du contrôle par l'autorité judiciaire », « le cadre d'une mesure de police préfectorale ».

Le terme *ré hospitalisation* est utilisé dans le sens : « une ré hospitalisation à temps complet ».

* Champs lexicaux chez les auteurs issus des Sciences Infirmières (Cadres de Santé et Formateurs IFSI)

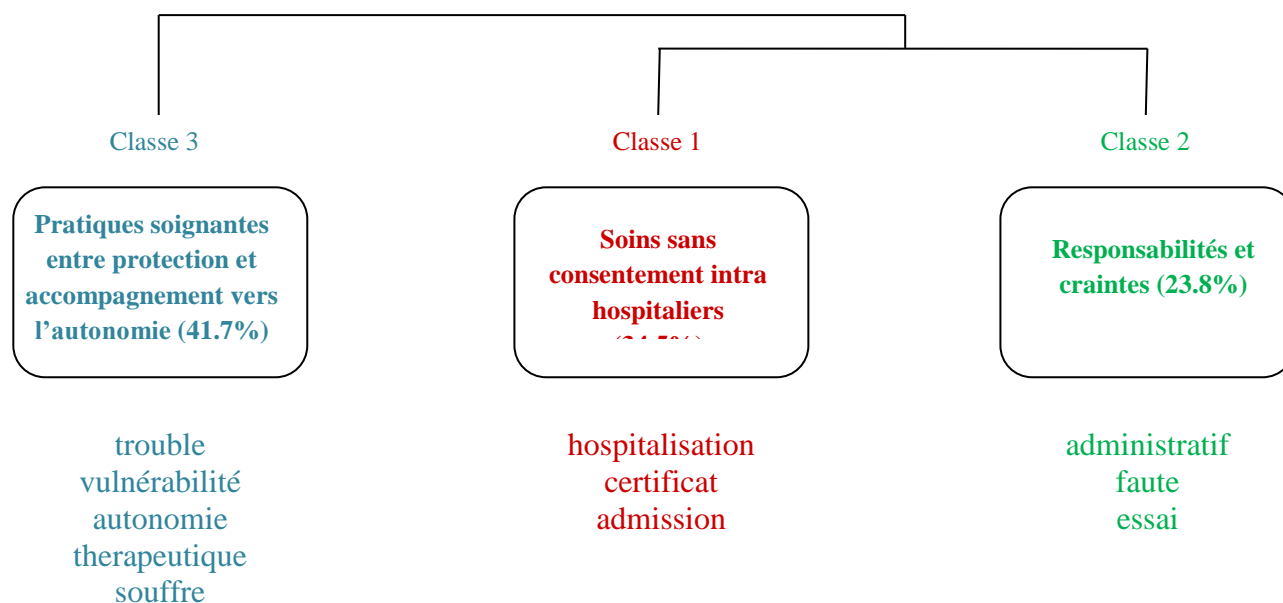


Figure 19. Les champs lexicaux chez les auteurs de sciences infirmières

Champ lexical Pratiques soignantes entre protection et accompagnement vers l'autonomie (41.7%)

Le terme *trouble* est utilisé dans le sens : « troubles mentaux », « personnes en souffrance de trouble ».

Le terme *vulnérabilité* est utilisé dans le sens : « protection de la vulnérabilité », « protéger la vulnérabilité », « concilier vulnérabilité et autonomie », « sa propre vulnérabilité et ses capacités ».

Le terme *autonomie* est utilisé dans le sens : « restaurer les capacités d'autonomie », « respect de l'autonomie », « l'émergence de l'autonomie », « à défaut de son autonomie au sens plein du terme », « le droit des patients et l'autonomie au sens d'une forme d'indépendance », « l'autonomie est la capacité de consentir ».

Le terme *thérapeutique* est utilisé dans le sens : « protecteur d'un cadre thérapeutique », « le cadre thérapeutique », « les moyens législatifs et thérapeutique », « alliance thérapeutique », « relation thérapeutique ».

Le terme *souffre* est utilisé dans le sens : « une personne qui souffre de psychose ».

Champ lexical Soins sans consentement intra hospitalier (34.5%)

Le terme *hospitalisation* est utilisé dans le sens : « après un temps d'hospitalisation », « permet la sortie rapide d'hospitalisation », « passant d'une logique d'hospitalisation à celle de soins », « une période minimale d'hospitalisation ».

Le terme *certificat* est utilisé dans le sens : « certificat médical », « certificats médicaux ».

Le terme *admission* est utilisé dans le sens : « délai de vingt-quatre heures après l'admission en soins », « formalité d'admission ».

Champ lexical Responsabilités et craintes (23.8%)

Le terme *administratif* est utilisé dans le sens : « tribunal administratif », « juge administratif », « cours administrative d'appel », « fond courir plus de risque aux administratifs ».

Le terme *faute* est utilisé dans le sens : « responsabilité indemnitaire pour faute de l'établissement », « sans faute de l'état », « la faute de l'hôpital était suffisamment caractérisée », « commis des fautes multiples ».

Le terme *essai* est utilisé dans le sens : « sortie d'essai ».

* Champs lexicaux chez les Représentants des Familles des Usagers

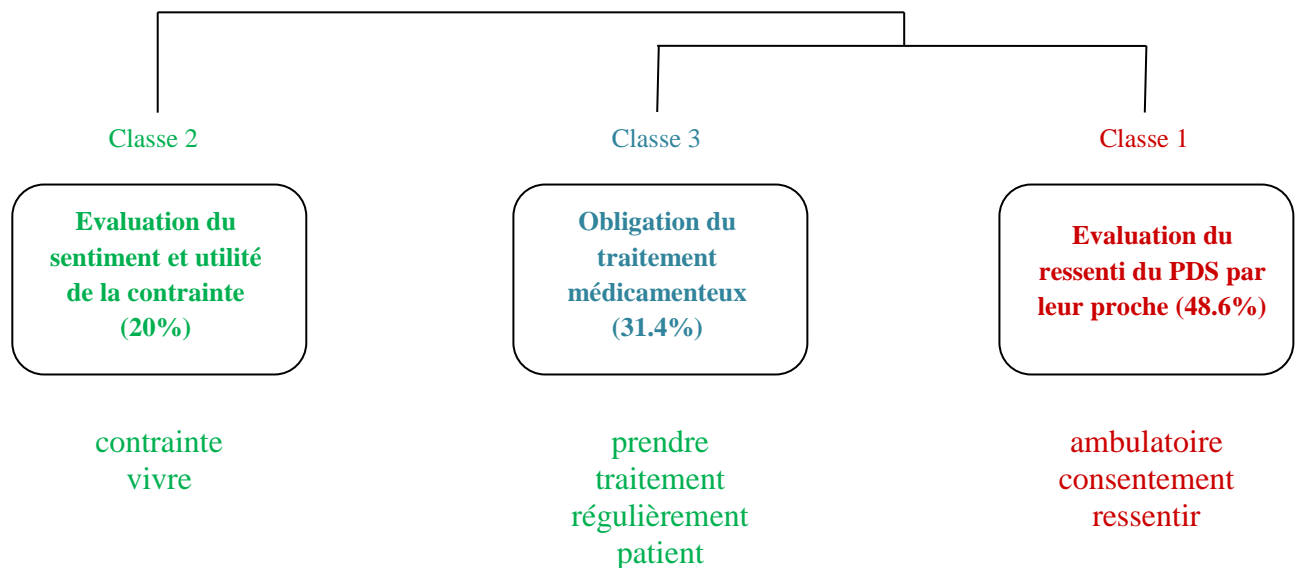


Figure 20. Les champs lexicaux chez les familles

Champ lexical Evaluation du sentiment et de l'utilité de la contrainte (20%)

Le terme *contrainte* est utilisé dans le sens : « il déteste les contraintes », « a trouvé la contrainte injustifiée », « sentiment de contrainte ».

Le terme *vivre* est utilisé dans le sens : « être suivi régulièrement tout en pouvant vivre chez lui ».

Champ lexical Obligation du traitement médicamenteux (31.4%)

Le terme *prendre* est utilisé dans le sens : « prendre un traitement ».

Le terme *traitement* est utilisé dans le sens : « un arrêt de traitement », « le traitement est interrompu ».

Le terme *régulièrement* est utilisé dans le sens : « être suivi régulièrement ».

Le terme *patient* est utilisé dans le sens : « une meilleure adhésion du patient », « le soin est interrompu par le patient », « le patient continu », « le patient ne se rend plus au centre ».

Champ lexical Evaluation du ressenti du PDS par leur proche (48.6%)

Le terme *ambulatoire* est utilisé dans le sens : « soins ambulatoires », « soins ambulatoires sans consentement ».

Le terme *consentement* est utilisé dans le sens : « sans consentement », « soins sans consentement », « soins ambulatoires sans consentement ».

Le terme *ressentir* est utilisé dans le sens : « s'exprimer sur le ressenti », « comment votre proche ressent ».

* Champs lexicaux chez les Chercheurs Universitaire (Droit, Philosophie, Sociologie)

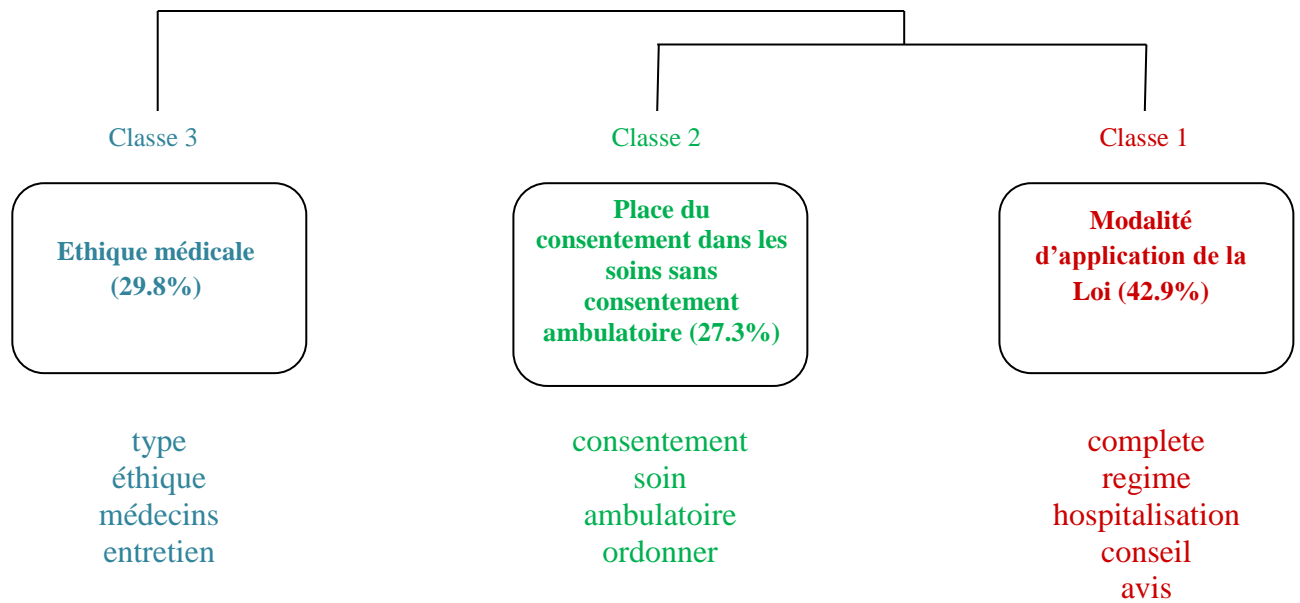


Figure 21. Les champs lexicaux chez les chercheurs universitaires

Champ lexical Modalités d'application de la Loi (42.9%)

Le terme *complète* est utilisé dans les sens : « hospitalisation complète ».

Le terme *régime* est utilisé dans les sens : « rétablir son régime antérieur de permission de sortie », « le régime de soins alternatifs à l'hospitalisation ».

Le terme *hospitalisation* est utilisé dans les sens : « hospitalisation complète », « hospitalisation sous contrainte ».

Le terme *conseil* est utilisé dans les sens : « le Conseil d'Etat », « le Conseil Constitutionnel a refusé de tenir compte de cette modalité de la pratique quotidienne ».

Le terme *avis* est utilisé dans les sens : « avis de la personne sur les modalités de soins », « l'avis du médecin », « recueille l'avis », « l'avis du patient devient un puzzle juridique ».

Champ lexical Place du consentement dans les soins sans consentement ambulatoire (27.3%)

Le terme *consentement* est utilisé dans les sens : « soins sans consentement », « droit au consentement », « de contrainte et de consentement », « le consentement du patient », « l'émergence d'une telle exigence dans des mécanismes juridiques », « consentement libre et éclairé ».

Le terme *soin* est utilisé dans les sens : « soins sans consentement », « admise librement en soins », « obligation de soins », « soins sans consentement en ambulatoire ».

Le terme *ambulatoire* est utilisé dans les sens : « soins sans consentement en ambulatoire », « patients traités en ambulatoire », « l'internement en ambulatoire », « soins ambulatoires ».

Le terme *ordonne* est utilisé dans les sens : « le tribunal administratif [...] ordonne au centre hospitalier », « sa compétence se limite à ordonner la mainlevée de l'hospitalisation complète ».

Champ lexical de l'Éthique Médicale (29.8%)

Le terme *type* est utilisé dans les sens : « types de soins », « type de traitement », « une attitude de type libertaire », « les types caractéristiques de médecins », « types de troubles », « type de décisions », « type de prise en charge », « type de contentieux ».

Le terme *éthique* est utilisé dans les sens : « principe éthique de bienfaisance », « une question éthique et normative », « problème éthique », « questions éthiques », « sur le plan éthique », « en terme éthique », « éthique appliqué », « l'éthique reflète grosso modo le consensus de règle de vie », « attitude spécifique en matière d'éthique », « un sens de l'éthique spécifique à chacun ».

Le terme *médecins* est utilisé dans les sens : « la décision des médecins d'administrer un traitement », « le clivage notable chez les médecins », « difficulté pratique pour les médecins », « chez certains des médecins les plus soucieux de la liberté », « le contrôle du travail des médecins ».

Le terme *entretien* est utilisé dans les sens : « un entretien avec le patient », « entretien semi directif ».

* Champs lexicaux chez les Juristes

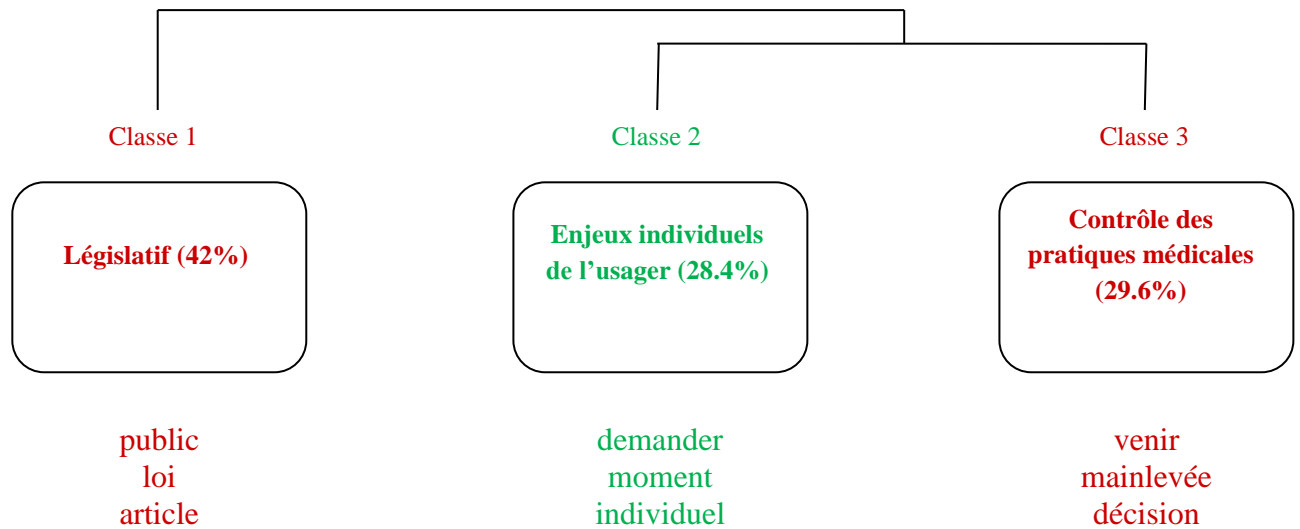


Figure 22. Les champs lexicaux chez les juristes

Champ lexical législatif (42%)

Le terme *public* est utilisé dans les sens : « ordre public », « service public ».

Le terme *loi* est utilisé dans le sens : « modifier une Loi », « premier bilan de la Loi », « la Loi du 5 juillet 2011 ».

Le terme *article* est utilisé dans le sens : « article 4 », « chaque article devait permettre de garantir la sécurité juridique », « les articles L. 3211.3 et L.3216.1 du Code de Santé Publique ».

Champ lexical Enjeux individuels de l'utilisateur (28.4%)

Le terme *demander* est utilisé dans les sens : « demander au juge », « lui demander de fournir les coordonnées de la personne qu'il souhaite prévenir ».

Le terme *moment* est utilisé dans les sens : « autoriser à tout moment et n'importe où tout type de comportements », « qui souhaite s'isoler pour un moment », « au moment de l'admission », « ce moment particulier qu'est l'audience ».

Le terme *individuel* est utilisé dans les sens : « libertés individuelles », « comportement individuel », « décisions individuelles », « interdiction individuelle ».

Champ lexical Contrôle des pratiques médicales (29.6%)

Le terme *venir* est utilisé dans le sens : « liberté d'aller et venir ».

Le terme *mainlevée* est utilisé dans le sens : « mainlevée de la mesure ».

Le terme *décision* est utilisé dans le sens : « que les décisions prononcées respectent les droits », « une décision administrative », « une décision écrite », « la décision de contraindre ».

* Champs lexicaux chez Chercheuse IRDES

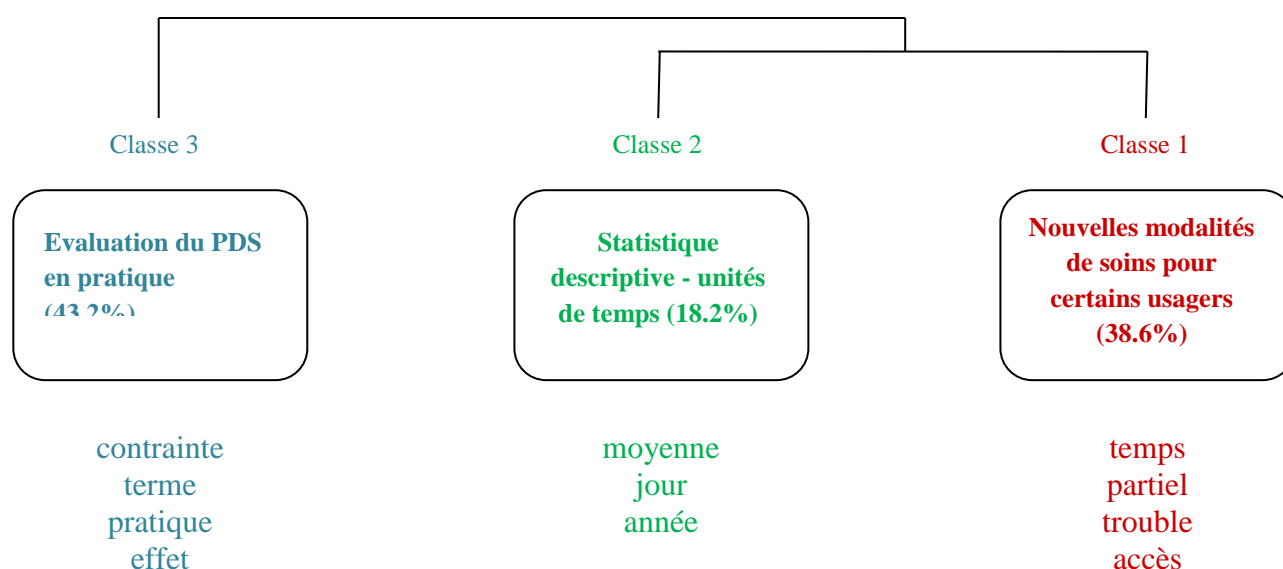


Figure 23. Les champs lexicaux IRDES

Champs lexical Nouvelles modalités de soins pour certains usagers (38.6%)

Le terme *temps* est utilisé dans le sens : « prise en charge extra hospitalière à temps partiel », « hospitalisation à temps partiel », « centre d'accueil thérapeutique à temps partiel », « jamais été hospitalisé à temps plein ».

Le terme *partiel* est utilisé dans le sens : « hospitalisation à temps partiel ».

Le terme *trouble* est utilisé dans le sens : « trouble psychotique », « un trouble sévère », « trouble schizophrénique ».

Le terme *accès* est utilisé dans le sens : « accès plus importante à l'ensemble des modalités », « accès à des modalités de soins alternatives », « accès à des consultations ».

Champ lexical Statistique descriptive - unités de temps (18.2%)

Le terme *moyenne* est utilisé dans le sens : « 64 jours en moyenne », « la moyenne annuelle », « 53 jours en moyenne ».

Le terme *jour* est utilisé dans le sens : « 75 jours », « 61 jours sans consentement », « 49 jours en moyenne ».

Le terme *année* est utilisé dans le sens : « prise en charge dans l'année », « fréquence de séjours hospitaliers dans l'année ».

Champ lexical Evaluation du PDS en pratique (43.2%)

Le terme *contrainte* est utilisé dans le sens : « aucune contrainte ne peut être mise en œuvre », « le patient sous contrainte », « durée totale de la contrainte », « recours à la contrainte », « mesure de contrainte ».

Le terme *terme* est utilisé dans les sens : « en terme de droits », « en terme d'état de santé », « sur le long terme ».

Le terme *pratique* est utilisé dans le sens : « clarifier cette pratique », « une diffusion variable de ces pratiques », « réalité pratique de mise en œuvre », « la mise en œuvre pratique de la contrainte ».

Le terme *effet* est utilisé dans le sens : « l'effet de ces nouvelles modalités », « quels effets seront observables », « analyses fines de ces effets ».

* Champs lexicaux chez les Psychologue Clinicien

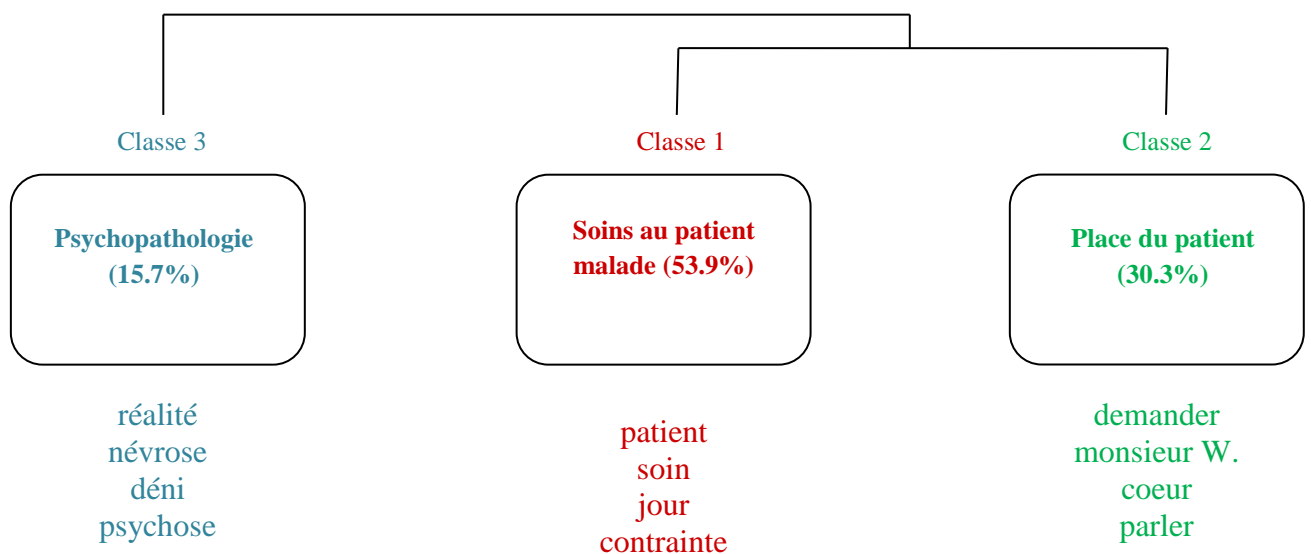


Figure 24. Les champs lexicaux Psychologue clinicien

Champ lexical Soins au patient malade (53.9%)

Le terme *patient* est utilisé dans le sens : « des patients soignés », « altération de l'autonomie des patients », « les patients refusant d'être soignés ».

Le terme *soin* est utilisé dans le sens : « des personnes faisant l'objet de soins », « soins sous contrainte », « soins sans consentement ».

Le terme *jour* est utilisé dans les sens : « en hôpital de jour », « à l'hôpital de jour », « nous dite elle un jour avec un sourire ».

Le terme *contrainte* est utilisé dans le sens : « soins sous contrainte », « pratique de la contrainte », « une dynamique de contrainte », « sentiment de contrainte », « une pathologie de la contrainte ».

Champ lexical Place du patient (30.3%)

Le terme *demander* est utilisé dans le sens : « l'occasion de ne demander qu'une seule chose : sa sortie définitive ».

Le terme *Monsieur W.* est utilisé dans le sens : « monsieur W. refuse notre proposition d'entretien au centre médico psychologique ».

Le terme *cœur* est utilisé dans le sens : « au cœur de ce dispositif de soins », « un cœur même d'une parole adressée ».

Le terme *parler* est utilisé dans le sens : « avant même que nous lui propositions de parler ».

Champ lexical Psychopathologie (15.7%)

Le terme *réalité* est utilisé dans le sens : « l'épreuve de réalité », « la réalité factuelle », « c'est la réalité qui joue un rôle déterminant », « le rapport à la réalité ».

Le terme *névrose* est utilisé dans le sens : « dans la névrose », « sujet névrosé ».

Le terme *déni* est utilisé dans le sens : « le terme de déni qui s'interprète comme l'impossibilité fondamentale d'admettre l'existence même d'une chose », « Le déni est une notion très largement », « Le déni constitue un mécanisme de défense ».

Le terme *psychose* est utilisé dans le sens : « dans la psychose », « la névrose et la psychose ».

3. Champs lexicaux selon les années

Les termes les plus corrélés aux années 2012 et 2014 semblent correspondre à des termes de définition de la Loi et de sa mise en pratique, notamment avec l'apparition des certificats.

Les termes les plus corrélés à l'année 2013 semblent être du registre du domaine judiciaire.

Les termes les plus corrélés aux années 2016 et 2018 semblent être du registre de l'éthique.

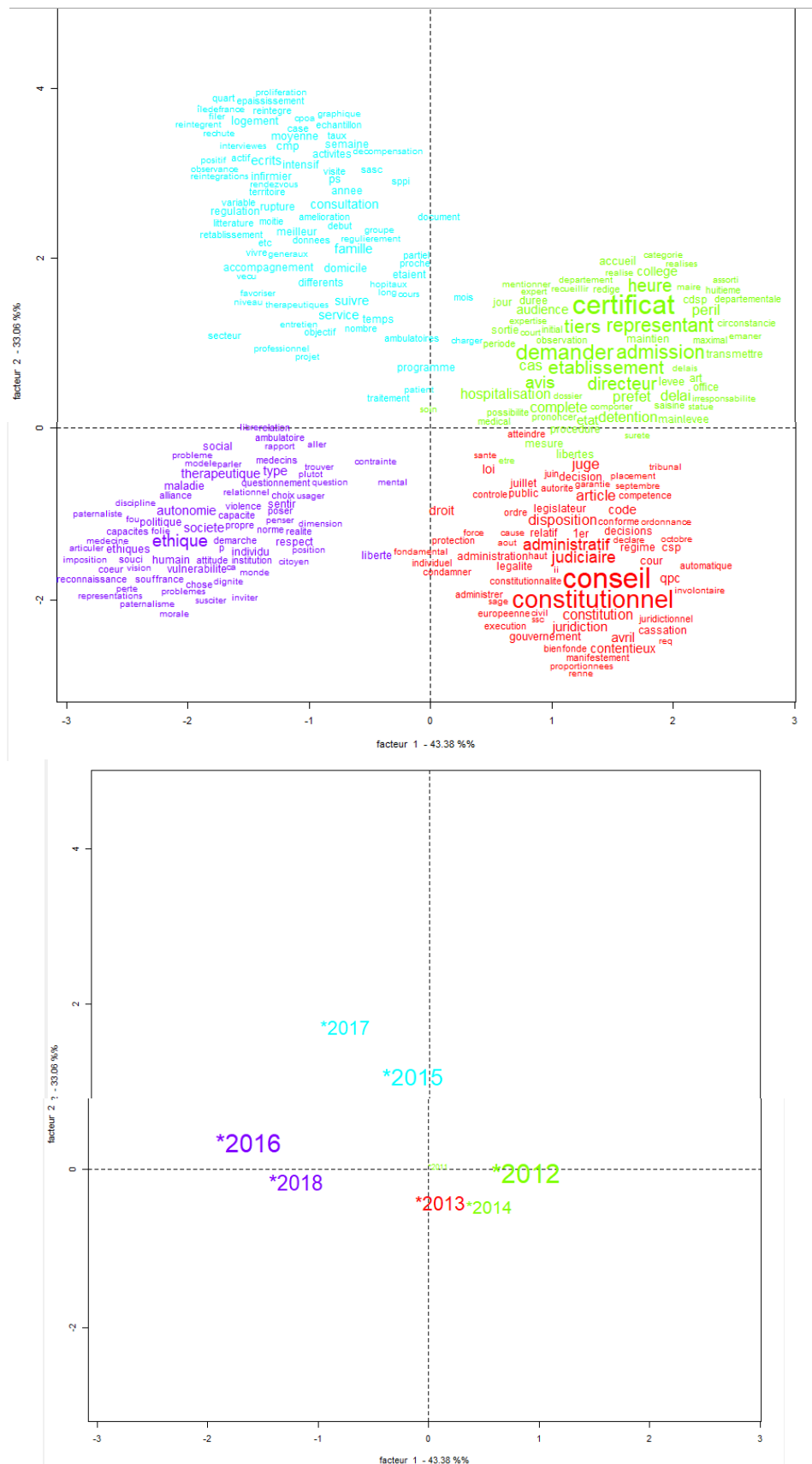


Figure 25. Les champs lexicaux selon les années

4. Champs lexicaux selon les revues

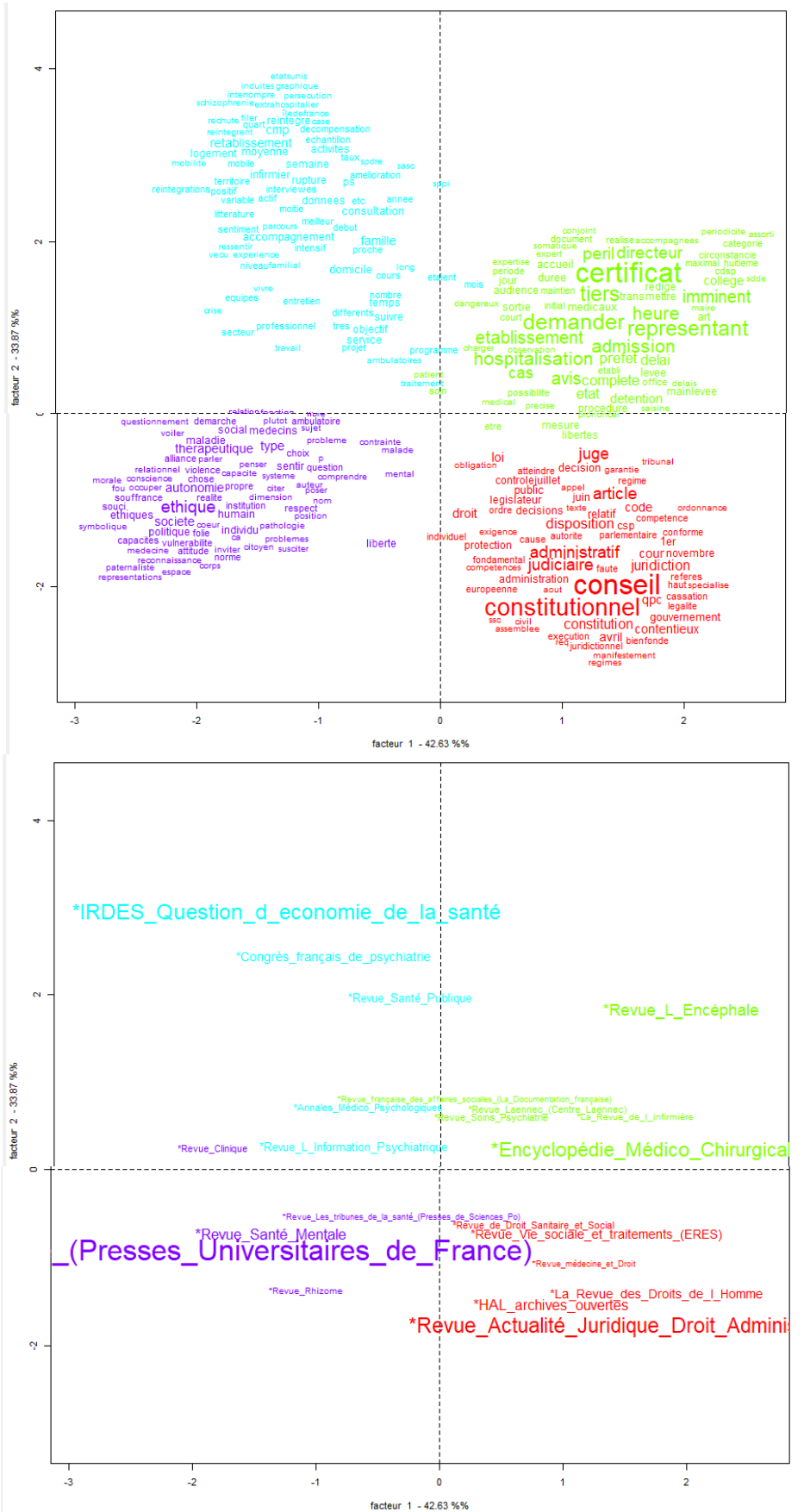


Figure 26. Les champs lexicaux selon les revues

DISCUSSION

A- Discussion sur les résultats de la revue internationale

En 2015, les MPCA sont présentes dans 75 juridictions dans le monde (12). Elles prennent des noms divers et des modalités d'application qui varient. En effet, elles peuvent être mises en place et évaluées par un psychiatre, un juge ou un tribunal de santé mentale. Leur développement s'inscrit dans le virage ambulatoire (72–86) débuté dans les années 60, des pays industrialisés (qui ont déjà un système de soin développé). Les taux d'utilisation, dans le monde, sont très hétérogènes. Au début des années 2000, l'Australasie présente les taux les plus élevés (55/ 100 000 à Victoria ; 44/100 000 Nouvelle Zélande), les taux sont mélangés aux Etats Unis (2/100 000 à NY ; 22/100 000 en Caroline du Nord ; 26/100 000 dans le Nebraska) et ils sont faibles au Canada. (99) Cependant, les chercheurs ont identifié des caractéristiques communes aux personnes concernées. Le portrait classique est un homme, célibataire, d'une quarantaine d'année avec des antécédents de troubles psychiques importants (plutôt du spectre de la schizophrénie) et un syndrome de la porte tournante. (9,75–77,79,80,83–86,92,94,96,99–104) Certains auteurs associent l'usage de drogues (102,105). Partout dans le monde, où elles existent, les MPCA soulèvent des enjeux éthiques entre sécurité publique (24,79,90,92,105,111,113) et de la personne (87,91,104) et accès aux Droits repris dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) (20) et la Convention Relative aux Droits de Personnes Handicapées (CDPH) (23) ainsi que dans des textes nationaux relatifs à la liberté et l'autonomie (la Section 7 de la Charte Canadienne, le 5^{ème} amendement de la Constitution des Etats Unis d'Amérique, la loi néo-zélandaise sur la Déclaration des Droits, la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 en France). Le second pôle de tensions concerne l'efficacité des MPCA.

1. Synthèse des résultats

La mise en place des MPCA

Si les MPCA peuvent prendre des formes différentes d'une juridiction (24,69,78,79,81,86,92,94,95,98) à une autre, elles semblent présenter des points communs qui intéressent les chercheurs. En effet, les MPCA s'inscrivent, quel que soit la juridiction, dans un contexte historique de virage ambulatoire (72–86) accompagné de changements législatifs (10,59,72,74,75,77,79,82,86–95). Le contexte médiatique (59,90,92), lui, fait référence, la

plupart du temps, à un fait divers qui concerne un malade, ce qui renforce la représentation du « fou dangereux ». Cela peut être mis en lien avec la stigmatisation envers les personnes atteintes de maladies mentales graves (75,80,81,87,90,95,96). Ainsi, il est logique de trouver un contexte politique dont l'enjeu est d'apaiser les préoccupations du public (59,92,97). Par ailleurs, l'hétérogénéité des taux d'utilisation des MPCA (75,80,81,95,99) soulève la question des facteurs qui influence la décision d'utilisation. Par exemple, la Kendra's Law de New York, de 1999, reprend le nom de la victime du fait divers (Kendra était la jeune femme tuée dans le métro) et est souvent cité dans les articles. Cependant, les taux d'utilisation des MPCA à New York sont faibles.

Les MPCA engagent différentes parties prenantes aux enjeux singuliers

Plusieurs chercheurs s'intéressent au vécu de la mesure, chez les personnes concernées. Le vécu principal est le sentiment de coercition (8,10,12,75,76,79–81,83,88,106–109), parfois associé au sentiment de stigmatisation (75). Cela peut être mis en perspective avec le concept de « coercition informelle » (9,10,81,88,96). Molodynski *et al.* (10) proposent, par exemple, une « hiérarchie des pressions thérapeutiques » : la persuasion, l'effet de levier (« *leverage* »), l'incitation, la menace et la coercition. Cela peut être mis en perspective avec une atteinte à la dignité (87,104,116) et au droit à l'autodétermination (75,76,110,116), dans une prise en charge paternaliste (73,92,94,102,104). Cependant, certains auteurs indiquent que les personnes concernées se montrent ambivalentes (79,83,103) ou qu'elles perçoivent le MPCA comme un filet de sécurité (75,80,106). Les psychiatres et les soignants peuvent se montrer réticents dans un premier temps mais peuvent être rapidement convaincus de l'efficacité des MPCA (79,83,92,101) tout en laissant une place à l'amélioration (101). Les MPCA sont vues comme un moyen de maintenir la relation thérapeutique (12,75,79,102). Cependant, certains auteurs soulignent l'impossible rétablissement sous la contrainte (80,91,110). Enfin, les familles se montrent globalement favorables aux MPCA (75,83,103) et, comme nombre de psychiatres et de soignants, ont tendance à voir le MPCA comme une alternative à l'hospitalisation sous contrainte (59,75,76,78–81,83,84,92,94,96,98,104,111). Dans ce sens, il y a un gain de la liberté d'aller et venir (59,79,80,83,84,98,105,116).

L'éthique et les Droits de l'Homme

Des chercheurs s'intéressent à l'éthique médicale. Si la tension entre sécurité publique (24,79,90,92,105,111,113) au risque du contrôle social et atteinte aux Droits de l'Homme

existe, ces derniers occupent, dans la littérature, le devant de la scène (76,77,83,87,88,91,102,115,116). Ainsi, si les MPCA ont pour objectifs l'amélioration de la prise en charge (accès aux soins (77), alternative à l'hospitalisation sous contrainte (59,75,76,78–81,83,84,92,94,96,98,104,111) et maintien du lien avec les soignants (9,12,74–76,80,81,83,84,86,91,94,103,113,115)) ainsi qu'une dimension curative (éviter la rechute (59,72,73,75,79,80,82–84,94,96,104,110,112), améliorer l'insight (73,80,83,93,104,110,111) et améliorer l'observance du traitement (11,72,93,104,110,113)), c'est ici la dimension préventive (dangerosité (90,92,113), risque pour soi-même ou pour autrui (80,83,104,114) et risque d'être victime de violence (8,72,107–109)) qui questionne. Peut-on raisonnablement limiter les droits des personnes concernées et, si oui, pendant combien de temps (12,74,75,91,92) ? Par exemple, le droit de refuser un traitement (76,78,104) est en lien direct avec la dignité (87,104,116). Or, le traitement médicamenteux est considéré, par beaucoup, comme un intérêt principal des MPCA (72,75–77,79–82,84,86,92,94,100,101,104–106,111,113). Également, certains auteurs évoquent une nécessaire adéquation aux besoins de l'utilisateur (comme, par exemple, le fait de répondre au moins partiellement au traitement (102)). Par ailleurs, il semble exister deux visions opposées de la personne concernée. D'un côté, certains auteurs, dans une dynamique paternaliste, s'intéressent à la sécurité de la personne, la considérant comme vulnérable et à protéger (73,87,92,94,102,104). Alors que d'autres chercheurs évoquent l'inaliénable droit à l'autonomie et à la liberté (73,74,79,83,84,86,99,104).

L'efficacité des MPCA

Un vif débat existe également entre chercheurs concernant la possibilité d'utiliser les MPCA, au regard des données probantes actuelles. En effet, ces chercheurs, qui défendent une pratique basée sur les données probantes (8,11,76,78,82–84,92,102,103,107–109,114), évoquent une inefficacité prouvée des MPCA sur l'utilisation des services (la réhospitalisation, la durée de séjour hospitalier, l'intensification de l'utilisation des services communautaires ou au contraire le désengagement)), le fonctionnement social (l'accès au logement, la ré arrestation ou les séjours en prison) et l'état mental. Seul le risque relatif entre MPCA et risque d'être victime de violence est légèrement positif. Cependant, le débat est aussi un débat méthodologique (72,79,84,85,112,114). L'essai contrôlé randomisé est la méthodologie de référence. Cependant, est-ce que l'essai randomisé est une méthodologie adaptée pour l'évaluation des interventions communautaires telles que les MPCA ? Par ailleurs, dans une logique gestionnaire, certains chercheurs évoquent les dépenses de soins

(92,102) et les dépenses juridiques (102). Enfin, il est intéressant de constater qu'il existe une diversité d'indicateurs pour évaluer l'efficacité.

Les alternatives aux MPCA

Toutes les alternatives (73,76,77,79,80,83,84,86,91,95,96,113) évoquées par les chercheurs sont issues du modèle du rétablissement qui vise à promouvoir l'autonomie de la personne. Cependant, il existe une certaine contradiction puisque certains auteurs évoquent, par exemple, les ACT (« Asservice Community Treatment ») comme pouvant remplacer les MPCA alors que d'autres chercheurs évoquent une association ACT et CTO. Les alternatives ne semblent pas inclure d'intervention en lien avec des politiques publiques relatives à la prise en charge des personnes qui ont des antécédents judiciaires.

2. Limites

Une première limite de ce travail est sa réalisation par une seule personne alors que la méthodologie indique que deux auteurs sont normalement nécessaires. Par ailleurs, le choix de la *revue* comme unité d'analyse a été longuement réfléchi. Il résulte de l'immensité de la littérature sur le sujet et donc de la nécessité de la circonscrire. Réaliser une revue de revue risque d'amplifier le biais de publication. Cependant, cela a été contre balancé par l'inclusion de la littérature grise et également, c'est un choix méthodologique qui permet de répondre à la question de recherche (identifier les thématiques principales traitées par les chercheurs concernant les MPCA dans le monde). Ce choix laisse de côté les thématiques plus secondaires.

3. Conclusion et perspectives

Les MPCA sont présentes dans de plus en plus de juridictions de pays plutôt industrialisés et semblent accompagner le virage ambulatoire de la psychiatrie. Dans le même temps, le monde connaît une avancée des Droits de la personne. Les MPCA prennent place dans des changements législatifs qui arrivent dans des contextes médiatiques empreints de stigmatisation des personnes qui vivent avec un diagnostic de trouble psychique sévère et un contexte politique qui vise à rassurer la population. Les MPCA soulèvent des questions éthiques entre sécurité publique et de la personne et respect des droits de la personne. L'évaluation de l'efficacité anime les chercheurs car les données probantes de plus haut niveau de preuve n'ont pas prouvé leur efficacité et car la méthodologie d'évaluation est débattue. Enfin, les acteurs de la mise en place et de l'évaluation des MPCA sont différents

d'un pays à un autre. Et puis, ces dernières sont utilisées de façon hétérogène dans le monde. Il serait intéressant de poursuivre un travail de comparaison des MPCA en fonction des contextes légaux et de l'histoire nationale et régionale des liens entre psychiatrie et justice.

B- Discussion sur les résultats de la revue française

1. Synthèse des résultats

Le Programme de soins (PDS) définit dans la loi du 5 juillet 2011, révisée en 2013, s'inscrit dans le virage ambulatoire (41,134) que connaît la psychiatrie française. Le PDS peut être identifié comme une alternative aux soins sous contrainte hospitaliers (127,129,131,134,153–155) et institue ainsi un changement du lieu de la contrainte (129,131,134,140). Dans la philosophie des « sortie d'essai », le PDS vise un encadrement légal de cette pratique (127–129,135,137,142,143,148,154,156,157). Cette loi s'inscrit dans un contexte contradictoire à la fois sécuritaire et de l'avancé des Droits des usagers et sous l'exigence du Conseil d'Etat, donnant une tonalité d'urgence au changement législatif. (127,129,132,133,136–143) En 2015, environ 37 000 personnes ont fait l'objet d'une prise en charge en PDS, soit environ 40% du nombre total des personnes en soins sans consentement (41). Il existe une augmentation constante de l'utilisation de la mesure (41). Cette revue de la littérature française met en évidence la moindre qualité méthodologique des recherches. En effet, sur les 45 documents inclus, 29 sont des articles théoriques et 7 sont issus de la littérature grise. Il n'existe aucune étude contrôlée randomisée. Les articles publiés en français le sont dans des revues à faible impact factor.

La littérature française concernant les PDS s'intéresse, pour 50%, aux soins, c'est-à-dire aux enjeux de la prise en charge dans le cadre d'un PDS (29% du corpus) et au contenu du PDS (21% du corpus). L'autre moitié de la littérature française sur ce sujet est consacrée à la loi elle-même (21%) et au domaine judiciaire (28%).

Les enjeux de la prise en charge

Les publications des années 2016 et 2018 semblent d'avantage explorer les dimensions d'éthiques médicales comme l'assistance à personne en danger (144,155), la bienfaisance (127,145), la liberté d'aller et venir (127,129,130,134,144,145,150,152), l'autonomie (36,127,129,134,141,149,161), la dépendance (36,127,133,141), le respect de la vie privée (36,127,159) , le respect de la propriété (140) et la qualité de vie (161). Ces concepts éthiques généraux sont principalement discutés par les chercheurs universitaires

(29.8% de leur corpus). Pour simplifier, nous estimons qu'il y a deux tensions éthiques principales : une tension entre la protection de la société (129,130,145) et la liberté d'aller et venir (127,129,130,134,144,145,150,152) et une tension entre l'assistance à personne en danger (144,155) et l'autonomie (36,127,129,134,141,149,161). Cette dernière constitue 41.7% du corpus des auteurs en Sciences infirmières qui ont écrit sur les pratiques soignantes entre protection et accompagnement vers l'autonomie. Cette revue de la littérature a permis d'identifier que le *consentement* est une pierre d'achoppement dans la question des PDS. Le champ lexical du consentement représente 27.3% dans la recherche des chercheurs universitaires. Plusieurs dimensions ont été identifiées. La loi du 4 mars 2002 promeut la décision partagée « (*article L1111-4 du code de Santé Publique* : « Toute personne prend, **avec** le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » *tout en gardant la possibilité de décliner le traitement proposé* « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. » [...] *La psychiatrie présente une exception puisque la loi permet sous certaines conditions les soins sans consentement.* » (Péchillon2018) Ainsi, si les auteurs indiquent que la recherche du consentement doit être systématique et prioritaire, l'absence de consentement est une possibilité (41,129,133,134,141,145,147–150,155,158,161). Ensuite, un paradoxe important a été identifié par les auteurs : l'interdit de l'usage de la contrainte hors de l'hôpital et les soins sans consentement ambulatoire (150,152,157). Un auteur le résume en écrivant : « *le programme de soins peut être imposé au patient mais [...] il est impossible de l'exécuter si le patient s'y oppose* ». (Couturier2014) Les chercheurs ont largement écrit concernant cette problématique, évoluant au fil de la jurisprudence. Des auteurs ont écrit concernant l'épineuse question de la décision à prendre en cas de non-respect du PDS et de l'éventuel ré hospitalisation (36,41,127–130,132,147,148,150). En effet, le psychiatre qui décide seul (et selon des facteurs décisionnels mal connus) est placé dans une certaine insécurité– en lien avec une responsabilité partagée avec le directeur d'établissement– notamment en ce qui a trait à la question de la ré hospitalisation. La responsabilité et l'expression de craintes sont décrites par des psychiatres (149,151,152,160) et occupent 23.8% du corpus des auteurs en Sciences infirmières (à noter que les auteurs sont essentiellement des professionnels cadre de santé ou faisant fonction de cadre de santé). En miroir, certains auteurs questionnent les limites du pouvoir médical (139,140). Enfin, certains auteurs évoquent la différence entre le *consentement* et la *compliance* : l'utilisateur devant être suffisamment compliant pour accepter le PDS mais jugé, par le médecin psychiatre, avec une capacité insuffisante à donner son consentement (144). La loi et l'apparition des PDS apportent des changements de mandats des

différentes parties prenantes (comme les médecins psychiatres et les juges judiciaires) et s'accompagnent de tensions et d'affrontements, décrit notamment par les psychiatres et les chercheurs universitaires (36,127,129,132,134,136,139,142,146,149,151,158,160) . Elle redéfinit la place de chacun des acteurs : le Directeur d'établissement, le psychiatre, le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), le psychologue clinicien ainsi que les familles. En revanche les auteurs insistent peu sur le changement de place des usagers eux-mêmes – en dehors d'une attention portée sur le flou de leur statut juridique. Quelques auteurs rappellent l'importance de la place du traitement médicamenteux dans le PDS (145,155), d'autres auteurs soulignent le risque d'amalgame, chez le patient, entre soins et contrainte. Cela soulève la question du droit à refuser un traitement (150). Les familles, par l'intermédiaire de l'UNAFAM, insistent sur ce point (31.4% du corpus de leur publication y est consacré) (161). Plusieurs auteurs évoquent un risque de stigmatisation lié à l'application du PDS (149). Et le lien avec un renforcement de la représentation du « fou dangereux » est également soulevé (153). Peu d'auteurs ont étudiés le PDS sous l'angle de l'efficacité. Les caractéristiques des échantillons de patients se rejoignent (sexe masculin, âge moyen autour de 40 ans, diagnostic principal de schizophrénie, comorbidité addictive). En revanche, les critères d'efficacité sont différents (durée moyenne de séjour, durée moyenne de mesure, taux de réhospitalisation vs facteurs organisationnels et évaluation de l'état mental et du risque de dangerosité, par le psychiatre) (155,162). Les auteurs indiquent que d'autres études sont nécessaires avant de généraliser ces résultats. Enfin, plusieurs groupes de chercheurs s'intéressent au vécu des usagers (25.3% du corpus chez les psychiatres, 48.6% du corpus chez les représentants des familles). Cependant, il s'agit d'une évaluation basée sur une hétéro observation.

Le contenu du PDS

L'utilisation du PDS (en fréquence et en contenu) est hétérogène sur le territoire (41,155) ce qui soulève des questions relatives à l'hétérogénéité des pratiques psychiatriques en France. Les taux des consultations médicales, des entretiens soignants, des suivi sociaux et des soins à domicile sont presque « *deux fois supérieures à ceux observés pour les personnes hospitalisées sans consentement mais hors des programmes de soins* » (Coldefy2017) Par ailleurs, la description des PDS s'intéresse à la question de l'hospitalisation pendant la mesure avec deux dimensions : des temps d'hospitalisation peuvent être proposés et souhaités par la personne et par ailleurs, les juristes et chercheurs en Droit pointent l'illégalité des « faux programmes de soins », c'est-à-dire les PDS pendant lequel la personne est hospitalisée sur des temps trop longs (147).

La loi

Les publications des années 2012 et 2014 sont plutôt tournées vers l'explication de la Loi et de son application concrète (la Loi a été éditée en 2011 et révisée en 2013 dans les suites du rendu de la QPC de fin 2012) (36,41,123,127,129–132,137,139,140,142,143,148,154,156,163). Par ailleurs, la notion de contrat entre l'utilisateur et le médecin est discutée. Certains auteurs décrivent une contractualisation possible (135,148,149,154) alors que les professionnels du Droit insistent sur l'inexistence d'un contrat aux yeux de la Loi (138,158).

Le domaine judiciaire

D'un côté, des auteurs indiquent que le PDS est un « OVNI » dans le paysage juridique français (147). Ils décrivent un flou dans le statut juridique de l'utilisateur en PDS (147,158). D'un autre côté, on constate que ce sont les avocats et représentants du CRPA qui ont la plus grande partie de leur recherche dans le champ lexical du domaine judiciaire (38.5% du corpus). Le corpus global s'intéresse au domaine judiciaire dans lequel plusieurs instances et acteurs sont engagés : le Conseil Constitutionnel, le Conseil d'Etat, le Juge judiciaire (JLD) et le Juge administratif. En 2013, les termes *Conseil* et *Constitutionnel* sont prédominants, indiquant que les auteurs ont communiqué sur le rendu de la QPC de 2012 concernant l'affirmation, par le Conseil Constitutionnel, de la constitutionnalité du PDS et l'inutilité de l'intervention systématique du JLD. Ce qui était interrogé était la constitutionnalité du PDS au vu de la possible réintégration hospitalière et de la restriction de la liberté d'aller et venir associée (127,129,145,146,150,150,157). Ce dernier pouvant être sollicité à la demande de l'utilisateur qui le souhaite. Ce travail permet de constater que certains Juges se déclarent parfois compétents comme ce qui peut concerner la prise en compte du refus du patient dans l'augmentation de la dose du traitement médicamenteux chez une personne jugée « en état de s'exprimer et que le refus de soins ne posait aucun problème particulier au regard de ses risques de survie » (Castaing2013). En revanche, certains juges peuvent se déclarer incompétents sur le même sujet de la question de la médication (145) et concernant les temps d'hospitalisations pendant un PDS considérant que « la contestation portait non pas sur le principe même d'un programme de soins, mais sur les modalités précises des soins ». (Castaing2013)

En conclusion, le PDS, « OVNI » dans le paysage juridique français, s'inscrit dans une articulation santé-justice en milieu ambulatoire. Le PDS est défini dans une loi écrite dans un

triple contexte : d'urgence, sécuritaire et d'avancée de droits des usagers des services de santé avec une exception psychiatrique. Le recours au PDS augmente en France mais avec une hétérogénéité territoriale de fréquence d'utilisation et de contenu. L'efficacité de cette mesure est peu évaluée et reste à déterminer. Globalement, la recherche française sur les PDS est d'une moindre qualité méthodologique. Si de nombreuses questions éthiques se posent, deux tensions principales émergent : la protection de la société vs la liberté d'aller et venir et l'assistance à personne en danger vs l'autonomie. Ce travail a également pu mettre en évidence que la notion de l'évaluation du *consentement* est un point d'achoppement. Elle est notamment reliée à la question du traitement médicamenteux, de l'éventuelle réhospitalisation en cas de non suivi du PDS qui n'a pas valeur légale de contrat, de l'interdit de l'usage de la contrainte en ambulatoire, du flou du statut juridique de l'utilisateur et des craintes et sentiment d'insécurité du médecin psychiatre décideur qui partage une certaine responsabilité avec le Directeur d'Établissement. Le sentiment d'insécurité des psychiatres peut être aussi lié à la mise en place d'un PDS à la suite d'une levée de mesures de soins psychiatriques hospitaliers sans consentement (164), comme le prévoit la loi. Les juges (judiciaire et administratif) ont pris une nouvelle place dans la psychiatrie française. Les décisions judiciaires concernant l'évaluation de PDS, seulement si l'utilisateur le demande, sont toujours en évolution et alimentent la jurisprudence.

2. Limites

Une des limites de ce travail est sa réalisation par une seule personne alors que la méthodologie indique que deux auteurs sont normalement nécessaires. Une autre limite concerne la question de recherche qui est large, ce qui laisse place à un choix de mise en avant de certains résultats et donc à une certaine catégorisation en amont. Cependant, la méthodologie de recherche mixte a visé à restreindre cette limite. Également, de nombreuses bases de données ont été interrogées et des articles de disciplines diverses et de tous types de méthodologie (quantitative, qualitative et mixte) ont été inclus. Mes connaissances et compétences à comprendre les articles juridiques ont pu être limitées. De nombreuses discussions avec des personnes de l'équipe du CCOMS et des lectures personnelles m'ont permis de diminuer cette limite. Une autre limite de ce travail est la moindre qualité méthodologique des études et documents inclus. Enfin, une autre limite, spécifique à l'analyse quantitative de ce qui est dit sur les PDS, selon la discipline : seule la discipline du premier auteur a été considérée alors que certains articles ont été écrits avec des auteurs de disciplines différentes.

3. Conclusion et perspectives

Le Programme de soins est entré dans les pratiques médicales psychiatriques françaises avec la loi du 5 juillet 2011. Dans la philosophie des « sortie d'essai », cette modalité utilisée de façon hétérogène, soulève de nombreuses questions à la fois juridique, éthique et sociétale. Les auteurs qui ont écrit sur les PDS sont de disciplines diverses. Cela permet un débat traversé par des tensions parfois vives. La suite de la recherche sur les PDS devrait viser à garder la diversité des auteurs en améliorant la participation des principaux intéressés, et ce, dès le début de l'écriture des protocoles. Également, elle devrait chercher une amélioration de la qualité méthodologique, notamment en ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité.

C- Discussion générale

Dans cette discussion, l'idée est de mettre en perspective certaines données de la revue française et de la revue internationale. Les Programmes de soins, en France, s'inscrivent dans le mouvement de la création des MPCA que connaissent de plus en plus de pays industrialisés.

Les contextes d'application et de déploiement

Les pays industrialisés ont développé leur système de soin et ont connu, notamment en psychiatrie, et à partir des années 60, un virage ambulatoire (41,72–86,134). Ce dernier est motivé à la fois dans une visée humaniste puis une visée économique. Les MPCA s'inscrivent dans un double contexte. D'une part, un contexte médiatique (24,59,59,90,92) qui renforce la représentation du « fou dangereux » en utilisant un fait divers grave concernant une personne avec une maladie mentale et donc, qui augmente la stigmatisation des personnes qui vivent avec un diagnostic de trouble psychique, notamment la schizophrénie (75,80,81,87,90,95,96,153). Et d'autre part, un contexte d'avancée des Droits des personnes (76,77,83,87,91,102,116,127,128,131,136–138,141,142,145,146,150) et du mouvement du rétablissement (4,5,73,76,77,80,84,91,96,113). Ce dernier implique aussi bien « *les aspects individuels ressentis par les personnes qui se décrivent elles-mêmes comme étant en cours de rétablissement – espoir, guérison, empowerment et réseau social – que les aspects externes, ou sociétaux, qui facilitent le rétablissement – respect et défense des droits de la personne, culture positive du soin et services orientés vers le rétablissement* » (Jacobson2001) (4,5) Le mouvement pour les Droits s'appuie sur de grands textes internationaux comme la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) de 1950 et, plus récemment, la

Convention Internationale Relatives aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) de 2006. Pour autant, l'enjeu pour les acteurs politiques est avant tout d'apaiser les préoccupations du public (59,92,97). Cela s'inscrit dans des évolutions de loi (10,10,59,74,75,77,79,82,86–95,116,123,127,129,131,134–136,139,140,144,147), dans les 75 juridictions concernées par les MPCA (12). La France ratifie la CDPH en 2010 et modifie sa loi nationale en 2011. Ce changement arrive dans un contexte, également, d'urgence, à la suite du rendu de la Question Prioritaire de Constitutionalité (QPC) de fin 2010. Le Conseil Constitutionnel estime que la loi qui définit la restriction d'aller et venir dans les situations d'hospitalisation sous contrainte n'est pas constitutionnelle car elle n'organise pas de contrôle de la mesure par un juge judiciaire. Le Conseil d'Etat demande alors au gouvernement de modifier la loi.

L'utilisation des MPCA

Les taux d'utilisation des MPCA dans le monde sont hétérogènes. Au début des années 2000, l'Australasie présente les taux les plus élevés (55/ 100 000 à Victoria ; 44/100 000 Nouvelle Zélande), les taux sont mélangés aux Etats Unis (2/100 000 à NY ; 22/100 000 en Caroline du Nord ; 26/100 000 dans le Nebraska) et ils sont faibles au Canada (99). En France, l'utilisation des PDS est en augmentation avec, en 2015, environ 37 000 personnes pris en charge en PDS, soit environ 40% du nombre total des personnes en soins sans consentement (41). L'utilisation des PDS est inégale sur le territoire (41,154,155). Certains auteurs se sont penchés sur des facteurs décisionnels comme les lois, les services communautaires, les convictions des professionnels de la santé mentale concernant les troubles mentaux, les attitudes des usagers envers la psychiatrie ou encore la stigmatisation liée aux troubles psychique (75,80,81,95,155).

Les parties prenantes

Les MPCA font intervenir plusieurs parties prenantes. En France, le PDS est mis en place par le médecin psychiatre, dans les suites d'une hospitalisation sans consentement. Le rendu de la QPC de 2012 distingue la privation et la limitation de liberté. La liberté mise en avant est la liberté d'aller et venir et celle-ci n'étant pas privée dans le PDS, le Conseil Constitutionnel n'oblige pas de contrôle par le juge judiciaire. En France, le médecin seul, ré évalue l'état de la personne. En revanche, à l'international, la mise en place et la réévaluation des MPCA peuvent faire intervenir un médecin psychiatre, un juge et/ou un tribunal de santé mentale.

En France comme à l'étranger, si les taux d'utilisation des MPCA sont hétérogènes (41,99,154,155) la population décrite est le plus souvent homogène. Il s'agit d'homme célibataire avec de lourds antécédents psychiatriques et un « syndrome de la porte tournante », parfois des antécédents judiciaires (9,75–77,79,80,83–86,92,94,96,99–104,155,162) et des conduites addictives (102,105). Des chercheurs internationaux évoquent des situations de personnes issues des minorités et un risque de discrimination (75,78,79,81–83,86,92,94,104,118). Par exemple, en Angleterre, dans les CTO, le taux pour les Noirs et les Noirs britanniques (60,1 pour 100 000 habitants) est presque neuf fois plus élevé que celui des personnes d'origine blanche (6,8 pour 100 000 habitants) (118). Cependant, des auteurs ne s'accordent pas sur certains points comme par exemple celui de l'insight. Alors que les auteurs français et certains auteurs internationaux décrivent les MPCA indiqués chez les personnes à faible insight (73,80,83,93,104,110,111,141,155,162), des chercheurs internationaux suggèrent le besoin d'un insight minimum.

En France, la littérature décrit un « théâtre d'affrontement » (127,128,132,134,139–144,146–153,156,159–161) chez les médecins. Des chercheurs, comme le Dr Guibet Lafaye s'intéresse aux conflits de normes pour essayer d'apporter un éclairage sur le conflit. Cinq types de psychiatres apparaissent (18) (Annexe 4) : médical, paternaliste, humaniste, contrôle social et défense des droits. A l'international, les chercheurs décrivent que si les médecins peuvent s'opposer dans un premier temps à la création de cette modalité psychiatrique, ils semblent l'adopter rapidement dans les pratiques (79,83,92,101), malgré le débat sur son efficacité (12,72,79,84,85,112,114).

Les familles sont également une des parties prenantes importantes dans les MPCA. En France comme à l'étranger, elles adoptent l'idée que les MPCA sont un moyen alternatif à l'hospitalisation sous contrainte et elles se montrent favorables (75,83,103,161) aux mesures coercitives, y compris à la prise de traitement médicamenteux et à la réhospitalisation si besoin.

Les acteurs des milieux judiciaires ou de la communauté sont moins présents dans la littérature, notamment française. S'ils le sont, ils parlent peu d'eux-mêmes mais questionnent d'avantage, par exemple le statut flou de la personne en PDS (147,158). Cependant, l'on pourrait imaginer qu'ils prennent une place importante en France, comme par exemple au travers des commissions de réflexion et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux en Santé Mentale (165).

La planification des soins

Les contenus des MPCA sont eux-mêmes hétérogènes et les auteurs décrivent une intensification des soins (11,12,41,75,76,102,154) sans préciser si cela est dû à une meilleure participation de l'usager ou à une meilleure coordination des soins. Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent l'augmentation du temps de la durée sous contrainte, en lien avec la création des MPCA (12,74,75,91,92). Les chercheurs soulèvent deux questions : celle de la limitation de la durée (lorsqu'elle n'est pas inscrite dans la loi) et celle des moyens alloués par l'Etat dans ces situations de limitation des Droits (12,74,75,91,92).

L'Ethique et les Droits humains

« Hors de la psychiatrie, certains soins obligatoires existent déjà en France, telles les vaccinations ». ((127) D'autres exemples existent dans le champ de la protection de la santé (maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail) (166) La limitation voire la restriction des libertés individuelles s'appuie sur la mise en avant du bien commun, au travers de pratiques ayant prouvées leur efficacité. La question de passer outre l'autorisation de la personne peut être évoquée également pour des mesures de réanimation chez des personnes inconscientes. Cependant, il semble y avoir une spécificité psychiatrique, l'« exception psychiatrique », dont la pierre d'achoppement est le consentement et son évaluation. Cette exception semble se retrouver à différents niveaux. Par exemple, l'association Advocacy France a fait connaître, par une lettre, son opposition au « Projet de Protocole additionnel à la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine concernant la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux en matière de placement involontaire et du traitement involontaire ». (21) Pour rappel, la Convention d'Oviedo, ratifiée par le France en 2011, est une convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain en rapport avec les applications de la biologie et de la médecine (167) La question de l'évaluation du consentement et donc de la reconnaissance de la capacité de discernement des personnes est également un débat ancien entre psychiatres et juristes. Au début du XIXème siècle, « *les juristes vivent douloureusement l'irruption de la médecine spéciale dans les tribunaux d'autant que certains aliénistes défendent une approche médicale du crime qu'ils vont jusqu'à considérer comme un symptôme de l'aliénation mentale. Parmi les adversaires les plus acharnés de la médecine mentale figure l'avocat Elias Regnault qui, en 1830, publie un pamphlet intitulé Du degré de compétences des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales. Le cas de Pierre Rivière est*

l'occasion pour Regnault de s'opposer à l'aliéniste François Leuret dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Regnault s'appuie sur le mémoire produit par Rivière dans le cadre de son procès pour affirmer que le criminel est en possession de toutes ces capacités puisqu'il est capable d'expliquer, de façon parfaitement cohérente, les motivations qui l'ont amené au crime. A quoi François Leuret rétorque qu'au moment où il est passé à l'acte, Rivière était atteint de monomanie ou folie partielle ou temporaire. Forgé par Jean-Etienne Esquirol aux alentours de 1810, le diagnostic de monomanie, dans lequel les pères de la psychiatrie ont vu le moyen d'asseoir l'autorité de la jeune « médecine spéciale », a connu une belle carrière jusqu'aux années 1860 et ce, très au-delà du cercle des aliénistes. » (2)

Dans la littérature actuelle, certains auteurs voient les MPCA comme une alternative à l'hospitalisation (59,75,76,78–81,83,84,92,94,96,98,104,111,127,129,131,134,153–155) permettant ainsi un gain de liberté d'aller et venir. Cependant, d'autres auteurs soulignent d'un côté l'augmentation des taux de personnes prises en charge sous contrainte et d'un autre côté, l'augmentation des lieux de la contrainte.

Il semble exister deux tensions éthiques principales en lien avec la contrainte. D'une part, une tension entre sécurité publique et Droits individuels (24,79,87,90–92,104,105,111,113) et d'autre part, un affrontement entre une posture paternaliste (18,73,92,94,102,104) qui vise la sécurité de la personne et une posture de rétablissement (4,5,18,73,76,77,80,84,91,96,113). La posture du contrôle social (18) se place dans une vision de gestion du risque, de sécurité publique. Certains auteurs rappellent que les politiques publiques de santé mentale (qui peuvent inclure les MPCA), sont à mettre en perspective avec les politiques publiques concernant la prison, le logement et les aides sociales (79,90,91). Si les pratiques orientées rétablissement sont promues aujourd'hui, la question du garant des Droits des personnes prises en charge en MPCA et plus précisément en PDS en France, se pose. Dans une perspective historique, l'on pourrait considérer que Pinel a permis améliorer les Droits des personnes en les « libérant de leur chaînes » (1,32). Cependant, il a également apporté le Traitement Moral (1,32), composé de traitements que l'on peut considérer aujourd'hui comme inhumains. En libérant les malades de l'enfermement de l'hôpital psychiatrique, le virage ambulatoire permet de les considérer comme des citoyens qui peuvent, ou qui doivent, vivre dans la Cité et non plus seulement comme des personnes à enfermer. Toutes proportions gardées, comment protéger ces nouveaux citoyens du risque de possible nouveaux traitements inhumains ? Autrement dit, selon le principe éthique du

« primum non nocere », comment faire pour que dans 200 ans, les psychiatres ne regardent pas la psychiatrie d'aujourd'hui comme productrice de traitements inhumains ?

Les Droits des personnes, en France et dans le monde, sont aujourd'hui inscrits dans de multiples Conventions et textes nationaux. Dans la littérature internationale, des chercheurs évoquent de nombreux droits comme le droit au respect de la vie privée (87,89), le droit de refuser un traitement (76,78,104) ou encore le droit à l'autodétermination (75,76,110,116). Ces droits sont évoqués par des auteurs français comme le droit au respect de la vie privée, le droit à l'autodétermination, le droit de refuser un traitement (36,133,141,142,144–147,150), par exemple dans la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cependant, il semble que le droit le plus discuté dans la littérature concerne la liberté d'aller et venir. Les autres droits ne sont pas contrôlés par un juge judiciaire. Il est intéressant de le mettre en perspective avec d'autres recherches qui traitent de la « coercition informelle » (9,10,81,88,96) qui prend place dans la relation thérapeutique, chère aux soignants (12,75,79,102). Molodynski *et al.* proposent une « hiérarchie des pressions thérapeutiques » : la persuasion, l'effet de levier (« *leverage* »), l'incitation, la menace et la coercition (10). Ces derniers thèmes ne sont peu voire pas présents dans la littérature française concernant les programmes de soins, même si le pouvoir médical est évoqué (36,127,128,139,140,149,150,153). Dans la littérature générale, l'ambivalence des cliniciens de première ligne en santé mentale face à leur pouvoir d'imposer un traitement contre la volonté des gens est un sujet présent.

L'efficacité des MPCA

Plus récemment, le débat sur les Droits des personnes concernées par les MPCA s'est vu dépassé par un débat concernant l'appréciation de l'efficacité de ces mesures. En France, deux articles s'intéressent particulièrement à cette question (155,162). Ils concluent à une efficacité suffisante des PDS et à un besoin de préciser les critères cliniques pour l'utilisation des PDS. A noter que ces articles sont publiés dans des revues à faible impact factor. Dans la littérature internationale, l'efficacité des MPCA est une thématique redondante. Des études de petites et moyennes cohortes et non randomisées mettent en avant des résultats intéressants. Cependant, les revues Cochrane – données probantes de plus haut niveau de preuve – indiquent, en 2017, une absence d'efficacité des MPCA sur l'utilisation des services (réadmission à l'hôpital et compliance au traitement), le fonctionnement social (ré arrestation et sans-abrisme) et la satisfaction des services (perception de la coercition) (8). La méta-analyse indique aussi que les CTO protègent contre le risque d'être victime de violence, cependant ils ne savent pas si

cela est lié à la contrainte ou à l'intensification des soins proposés (8). Plus récemment, une grande méta-analyse publiée dans le Lancet conclue à une absence de preuve de l'efficacité des MPCA sur la réadmission à l'hôpital et la durée du séjour hospitalier mais indique une augmentation de l'utilisation des services ambulatoires (168). Le débat est important entre chercheurs puisque certains répliquent avec des titres d'articles teintés de provocation comme Swanson en 2014 qui publie l'article : « *Why the Evidence for Outpatient Commitment Is Good Enough* » (85). La critique principale tient à la méthodologie de recherche (l'essai contrôlé randomisé) que l'auteur considère comme « chimérique » et invite à considérer d'avantage les études quasi-expérimentales et naturalistes bien menées, à grande échelle, avec des contrôles statistiques rigoureux à variables multiples (85). Par ailleurs, il est intéressant de noter la diversité des indicateurs utilisés pour évaluer l'efficacité. La plupart des auteurs s'intéresse à la réhospitalisation ou au passage aux urgences (8,11,12,74,76,77,79–84,86,92,98,103,104,107–109,112–114,119,120), à la durée de séjour à l'hôpital (11,12,74,80,83,84,86,92,94,98,103,119,120), à la ré-arrestation ou au séjour en prison (8,12,76,79,80,83,84,86,92,94,98,104,107–109,112–114), au sans-abrisme (8,12,76,79,80,83,86,92,94,98,103,104,107–109,113,114), au risque d'être victime de violence (8,12,76,79–81,83,84,107–109,113), à la continuité relationnelle avec les services de santé mentale (9,12,74–76,80,81,83,84,86,91,94,103,113,115), à l'état mental et au fonctionnement de l'utilisateur défini par des psychiatres selon des critères plus ou moins validés scientifiquement (8,12,80,83,86,94,98,104,107–109,113,114), à la qualité de vie (8,9,12,76,79–81,83,84,86,92–94,98,103,107–109,112–114,116), à la compliance au traitement (8,12,74,76,80,81,83,84,94,113). Certains auteurs s'intéressent également, mais de façon moindre, à des critères comme l'usage de drogues (102,105), la santé physique (26,72,74), le suicide (76) ou encore l'accès à l'emploi (12). Enfin, les auteurs s'intéressent aux perceptions, chez les personnes concernées, le sentiment de coercition domine (8,10,12,75,76,79–81,83,88,106–109) avec le sentiment de stigmatisation (75). Cependant, certains évoquent une ambivalence (79,83,103) et d'autres la perception d'un filet de sécurité (75,80,106).

Deux thèmes centraux entre planification des soins, enjeux éthiques et efficacité

1. Le traitement médicamenteux

Dans la plupart des pays, la loi interdit le traitement forcé en dehors de l'hôpital (par exemple, en France, il est interdit de réaliser une injection intra musculaire à domicile sans

l'accord de la personne). Cependant, de nombreux auteurs indiquent que le traitement médicamenteux obligatoire est identifié comme un intérêt principal des MPCA (72,75–77,79–82,84,86,92,94,100,101,104–106,111,113) par des psychiatres et par les familles. En France, des auteurs discutent la différence entre le consentement et la compliance en constatant que l'utilisateur doit être suffisamment compliant pour accepter le traitement médicamenteux, condition *sine qua non* à la mise en place d'un PDS, mais doit être considéré comme dans l'incapacité à consentir, et être ainsi pris en charge en soins sans consentement. Dans la littérature internationale, des auteurs évoquent un besoin d'adapter les MPCA aux besoins de la personne et soulignent l'importance d'une réponse, au moins partielle, au traitement (102). La place du traitement médicamenteux s'inscrit dans des relations thérapeutiques empreintes de « coercition informelle » (9,10,81,88,96). Et si la recherche d'amélioration de la compliance au traitement, dans le cadre d'une prise en charge en MPCA, est discutée dans la littérature internationale, cette obligation thérapeutique soulève des questions d'atteinte à la dignité de la personne (87,104,116) et au droit de refuser un traitement (76,78,104).

2. La question de la réhospitalisation

La question de la réhospitalisation est une thématique importante dans la littérature internationale (8,11,12,74,76,77,79–84,86,92,98,103,104,107–109,112–114,119,120). Elle est considérée par certains auteurs comme une composante de l'efficacité des MPCA (92,104,110,112). Elle peut être légitimée soit par des critères de dangerosité (59,79,111,113,114), elle vise alors un objectif de MPCA préventive (90,92,113) ; soit par des critères de soins (éviter la rechute clinique (59,72,73,75,79,80,82–84,94,96,104,110,112), la non-observance du traitement (11,72,93,104,110,113) et le risque d'auto-agressivité (59,111,114)). En France, la réhospitalisation a fait couler beaucoup d'encre car nombres d'auteurs expriment une insécurité qu'un auteur résume en écrivant : « *le programme de soins peut être imposé au patient mais [...] il est impossible de l'exécuter si le patient s'y oppose* ». (150) Par ailleurs, la menace de la ré hospitalisation, qui peut être vécue comme une « épée de Damoclès » pour l'utilisateur, a motivé la QPC de 2012. Cependant, le Conseil Constitutionnel n'a pas considéré le PDS comme portant atteinte à la liberté d'aller et venir de l'utilisateur et n'a pas obligé le contrôle systématique par le JLD. Ce dernier pouvant être sollicité sur demande par l'utilisateur.

Les alternatives aux MPCA

Les alternatives (73,76,80,84,91,96) évoquées par les auteurs internationaux font la promotion du rétablissement sur les aspects individuels, centrés sur la personne ou sociaux, touchant davantage les organisations des services et les pratiques. Ils évoquent les directives anticipées (73,76,79,83,86), la prise de décision partagée (76–78,81,84,92,95,104,110,116), le soutien individuel (73), la *case management* intensif (76), les services orientés rétablissement dont les équipes d'ACT (73,76,80,84,91,96) ainsi que le soutien par les pairs (73). La littérature française est d'avantage centrée sur la description des PDS (41,122–125,131,132,137,142–144,146,147,150,154,156,163), n'évoquant pas d'alternative à ceux-ci. A l'échelle internationale, il est intéressant de constater que parfois les alternatives, comme par exemple les équipes d'ACT, sont promues en association au MPCA. Si certains auteurs, ancrés dans une posture de défense des droits (18), évoquent un impossible rétablissement sous la contrainte (80,91,110) et une incohérence entre défense des droits (18) et contrôle social (18), d'autres pensent que « *les outils d'accompagnement orientés vers le rétablissement constituent un bouclier imparable au risque de contrôle social de l'accompagnement au long court* » (169).

CONCLUSION

Les objectifs de ce travail étaient d'explorer la littérature française et internationale concernant les modalités psychiatriques coercitives ambulatoires, apparues en France par la loi du 5 juillet 2011, sous le nom de « Programme de soins » et existant dans 75 juridictions dans le monde. Cette exploration a visé à enrichir les réflexions du groupe de travail « Programme de soins » du GCS-CCOMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale, qui souhaite mettre en place un programme de recherche sur cette thématique.

Les résultats de ce travail ont mis en évidence une pluralité de propos. Ces derniers peuvent être traités de façons différentes en France et à l'international mais ils résonnent entre eux. Les thèmes de la psychiatrie et de la contrainte, en lien avec celui de la ou des libertés, sont des sources de conflits, voire de clivages, à la fois anciens et encore très contemporains de notre époque. Les MPCA concernent les pays industrialisés qui ont développé un système de soin et qui ont amorcé, depuis les années 60, un virage ambulatoire pour des raisons humanistes, économiques et dans un contexte de découverte des neuroleptiques. En France, le PDS s'inscrit, pour plusieurs auteurs, dans la philosophie des « sorties d'essai », critiqués par leur manque de cadre légal. À l'international, il apparaît que les MPCA sont mises en place dans des contextes médiatiques renforçant la représentation stigmatisante du « fou dangereux » par l'utilisation d'un fait divers dramatique à propos d'une personne présentant un trouble psychique grave. Paradoxalement, les MPCA prennent place dans un contexte d'avancée des Droits des personnes et de l'écriture de grandes conventions comme la CEDH ou encore la CDPH. En France, à cela s'ajoute un contexte d'urgence, dans les suites du rendu de la première QPC et de l'arrivée d'une logique « qualité », qui semble peu connue à ce jour dans les hôpitaux français.

À l'étranger comme en France, l'utilisation des MPCA est hétérogène. Les facteurs décisionnels décrits par les auteurs sont parfois perçus de façon contradictoire. Par exemple, si des auteurs internationaux évoquent l'impact des organisations des services sur l'utilisation des MPCA, le Dr Vidon, à la suite d'une enquête réalisée en Île-de-France, insiste sur l'absence de lien entre l'utilisation des PDS et l'organisation des services. Ainsi la recherche devrait s'attacher à définir plus précisément les facteurs décisionnels qui impactent les modalités d'utilisation des MPCA.

Les MPCA ont des noms différents d'une juridiction à une autre, de la même façon que l'évolution des lois nationales et l'application des mesures peuvent varier. Par exemple, la hiérarchie entre les Conventions internationales (comme la CEDH ou la CDPH) et les lois

nationales ne semblent pas être homogène entre les juridictions. Dans un programme de recherche sur les PDS, une analyse juridique devrait tenir compte de cette hiérarchie des textes internationaux et nationaux.

Malgré ces disparités, il semble exister un nombre limité de parties prenantes. En France, le PDS - décrit, par certains juristes, comme un « OVNI » dans le paysage juridique français- place le médecin psychiatre comme un acteur central de cette mesure communautaire aux enjeux complexes. Les auteurs français expriment des avis parfois opposés concernant le PDS. Mais la littérature internationale indique que, si les médecins peuvent s'opposer dans un premier temps aux MPCA, ils l'adoptent rapidement, malgré le débat sur son efficacité. Pour éclairer ces conflits, le Dr Guibet Lafaye a réalisé une étude qualitative qui propose une intéressante typologie de postures de psychiatres et surtout leurs liens à la contrainte : le type médical, le type paternaliste, le type humaniste, le type contrôle social et le type défenseur des droits. En ce qui concerne les soignants, ceux-ci portent une attention particulière à la relation thérapeutique. Des auteurs internationaux vont plus loin en développant le concept de « coercition informelle ». Pour les personnes directement concernées par les MPCA, il est intéressant de constater qu'il s'agit d'une population relativement homogène. Les critères populationnels minimaux sont l'existence d'un trouble psychique considéré comme grave, d'un « syndrome de la porte tournante » et d'antécédents de passages à l'acte hétéro ou auto agressifs. Enfin, les proches ont un rôle historique dans la prise en charge des personnes adressées à la psychiatrie, les familles se montrent favorables aux MPCA. Les études sur la planification des soins ont aussi mis en évidence des contenus et des durées hétérogènes. Il est globalement constaté une intensification des soins. La question de la durée étant une préoccupation en lien avec l'augmentation du temps et des lieux de la contrainte.

Enfin, deux grands axes sont développés par les auteurs : le débat sur les Droits des personnes et, plus récemment, le débat sur l'efficacité des MPCA.

Le premier axe concerne la possibilité de restreindre les Droits des personnes prises en charge en psychiatrie. Cela est discuté au plus haut niveau des Conventions internationales (comme la Convention d'Oviedo). La pierre d'achoppement semble être la question du consentement et de son évaluation, c'est-à-dire de la capacité de décider, en lien avec les concepts sensibles d'*insight* et d'*anosognosie*. Ce travail a identifié deux tensions éthiques. D'une part, une tension entre assistance à personne en danger/sécurité de la personne (type paternaliste) et répulsion de la violence (type humaniste). Et d'autre part, une tension entre sécurité publique/gestion des risques (type contrôle social) et droits individuels et

personnels/promotion de l'autonomie dans une perspective de rétablissement (type défense des droits). Si les MPCA sont perçues par certains auteurs comme une alternative à l'hospitalisation et donc comme un gain de liberté d'aller et venir, elles mettent en jeu d'autres Droits comme le droit à l'autodétermination (repris dans les alternatives, avec le concept de « shared decision making »), le droit de refuser un traitement, le droit à la dignité ou encore le droit à la vie privée. En France, le PDS n'étant pas considéré comme une restriction complète de liberté d'aller et venir, le contrôle judiciaire par le JLD n'est pas systématique. Ainsi, l'on peut se demander qui est le garant des droits de ces usagers vulnérables. Qui peut corriger l'existence des « faux programmes de soins » décrit par certains juristes français ? Et par ailleurs, quelle est la considération du sentiment d'insécurité exprimé par certains psychiatres ? Enfin, certains auteurs soulignent l'importance de s'intéresser aux moyens alloués par les Etats dans les situations de limitation et de restriction des Droits. Un contrôle des pratiques soignantes pourrait être mis en place, par exemple par le biais d'organisations de proximité pour garantir les droits des usagers en tenant compte des enjeux populationnels. Pour apaiser les sentiments d'insécurité, cela devrait s'accompagner de la diffusion des pratiques de soins cohérentes au regard des droits (comme le Programme Quality Rights), de moyens matériels et humains dans les services, d'une précision du statut juridique de l'utilisateur pris en charge en MPCA et d'un partage des responsabilités concernant les décisions de prise en charge relatives aux personnes ayant des antécédents judiciaires suites à des actes de violence, en lien avec un trouble psychique. Il serait intéressant d'associer des usagers experts dans une recherche sur ces thématiques. Enfin, deux enjeux spécifiques, considérés par de nombreux auteurs comme les intérêts principaux des MPCA, reviennent dans les littératures internationale et française : la réhospitalisation ou réintégration, et le traitement médicamenteux qui mettent en tension usagers et médecins.

Le deuxième axe concerne le vif débat qui traverse la littérature internationale concernant l'efficacité des MPCA. Si certains auteurs défendent l'idée que les données probantes sur l'efficacité des MPCA sont suffisantes, elles reposent sur des études quasi ou non expérimentales et dont les résultats sont parfois contradictoires. Les données de plus haut niveau de preuve (revue Cochrane) ne montrent pas d'efficacité sur l'utilisation des services (la réadmission à l'hôpital et la compliance au traitement), le fonctionnement social (la ré-arrestation et le sans-abrisme) et la satisfaction des services (la perception de la coercition et la qualité de vie). En revanche, une faible protection contre le risque d'être victime de violence a été mise en évidence. La limite de la dernière revue Cochrane est l'inclusion de seulement trois études expérimentales. Un programme de recherche devrait utiliser les mêmes

indicateurs en y associant des indicateurs de la santé physique, du suicide, de l'usage de drogue ainsi que des indicateurs sur la représentation des minorités, le gradient de santé et l'espérance de vie avec ou sans incapacité. Par ailleurs, il existe un débat sur la méthodologie de recherche afin d'évaluer l'efficacité de ces interventions communautaires complexes dont les résultats peuvent être impactés par des politiques publiques liées au logement, à la prison et aux aides sociales. Également, la légalité du contrôle et la randomisation d'un essai est discutée. Enfin, il serait intéressant d'articuler les résultats du plan de recherche avec les travaux existants sur la stigmatisation en santé mentale.

Pour finir, les alternatives évoquées par les auteurs s'inscrivent dans le champ du rétablissement qui vise à agir sur des aspects individuels par la promotion de l'espoir, de l'empowerment, du réseau social et du bien-être sinon de la guérison, et sur des aspects externes à la personne par le respect et la défense des droits, une culture positive du soin et des services orientés vers le rétablissement. Des auteurs défendent la nécessité d'une pratique non coercitive alors que d'autres font la promotion de l'association entre ACT Team (équipe de traitement communautaire axée sur l'« assertivité ») et MPCA. Dans ce sens, l'identification de l'utilisation des outils du rétablissement pourrait être intéressante à considérer dans les recherches ultérieures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Quételet C. Histoire de la folie. Broché; 2012.
2. Giloux N, Primevert, Marion. Les soins psychiatriques sans consentement [Internet]. LEH Edition. ENM; 2017. Disponible sur: <https://www.lgdj.fr/les-soins-psychiatriques-sans-consentement-9782848746869.html>
3. Institut universitaire en santé menté Douglas. Rétablissement: qu'est-ce que c'est? - Santé mentale de A-Z - Institut universitaire en santé mentale Douglas [Internet]. Disponible sur: <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale>
4. Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatr Serv* [Internet]. avr 2001 [cité 3 mai 2019];52(4):482-5. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.4.482>
5. OMS - traduit par CCOMS Lille Métropole. Programme Quality Rights de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=qualityrights-toolkit>
6. Levallee Y-J. Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale. *Doss Virage Ambul États Stress Post-Traumatique*. 1996;21(1):111-22.
7. Vattier, Youki. Quand tombent les murs de l'asile [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/20347
8. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Schizophrenia Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 17 mars 2017 [cité 3 sept 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004408.pub5>
9. Burns T, Rugkasa J, Yeeles K, Catty J. *Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016.
10. Molodynski A, Rugkasa J, Burns T. Coercion and compulsion in community mental health care. *Br Med Bull* [Internet]. 1 sept 2010 [cité 3 sept 2018];95(1):105-19. Disponible sur: <https://academic.oup.com/bmb/article-lookup/doi/10.1093/bmb/ldq015>
11. Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. avr 2014;49(4):651-63. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-11684-016&lang=fr&site=ehost-live>
12. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. janv 2016;61(1):15-24. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-02590-003&lang=fr&site=ehost-live>

13. Olié J-P, Mouaffak F, Krebs M-O, Lhô H. Les schizophrénies, maladies du neurodéveloppement. *Ann Pharm Fr* [Internet]. juill 2009 [cité 3 mai 2019];67(4):251-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000345090900011X>
14. Vianin P. Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive. *J Thérapie Comport Cogn* [Internet]. sept 2012 [cité 3 mai 2019];22(3):97-103. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1155170412000638>
15. Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle [Internet]. *Champ social*; 2001 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychotherapie-institutionnelle--9782913376168.htm>
16. Benvenuto S. Le projet de la psychiatrie phénoménologique. *L'Évolution Psychiatr* [Internet]. janv 2006 [cité 3 mai 2019];71(1):11-29. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385506000077>
17. Martin B, Franck N. Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatr* [Internet]. janv 2013 [cité 3 mai 2019];78(1):21-40. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385512001247>
18. Guibet Lafaye C. Quelle éthique pour quels psychiatres ? *Sociologie* [Internet]. 2016 [cité 3 mai 2019];7(2):169. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sociologie-2016-2-page-169.htm>
19. ONU. Les actions de l'ONU [Internet]. Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/sections/what-we-do/index.html>
20. Conseil de l'Europe. Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) - *Humanrights.ch* [Internet]. 1950 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/conseil-europe/cedh/>
21. Conseil de l'Europe. Protocole N° 16 de la CDPH [Internet]. Bureau des Traités. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
22. WNUSP. Introduction to WNUSP [Internet]. Disponible sur: <http://www.wnusp.net/index.php/introduction-to-wnusp.html>
23. ONU. Convention Relative aux Droits des personnes handicapées. 2006.
24. Sjöström S, Zetterberg L, Markström U. Why community compulsion became the solution — Reforming mental health law in Sweden. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. nov 2011 [cité 3 mai 2019];34(6):419-28. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252711001142>
25. Harvard Law. Involuntary Outpatient Commitment in the US | Bill of Health [Internet]. Disponible sur: <http://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2016/03/09/involuntary-outpatient-commitment-in-the-us/>
26. Light E, Kerridge I, Ryan C, Robertson M. Community treatment orders in Australia: rates and patterns of use. *Australas Psychiatry* [Internet]. déc 2012 [cité 3 mai 2019];20(6):478-82. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856212466159>

27. Victoria Legal Aid. Compulsory treatment orders [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.legalaid.vic.gov.au/find-legal-answers/mental-health-and-your-rights/compulsory-treatment-orders>
28. Legal Line. Community Treatment Orders [Internet]. Legal Line. Disponible sur: <https://www.legalline.ca/legal-answers/community-treatment-orders/>
29. Durst R, Teitelbaum A, Bar-El Y, Shlafman M, Ginath Y. Evaluation of Compulsory Ambulatory Treatment in Israel. *Psychiatr Serv* [Internet]. mai 1999 [cité 3 mai 2019];50(5):698-700. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.50.5.698>
30. DH. Mental Health Act 2007: Consultation on Secondary Legislation. 2007 p. 195.
31. Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries. *Front Public Health* [Internet]. 24 sept 2014 [cité 3 mai 2019];2. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2014.00141/abstract>
32. Tisseron Serge. Contribution à l'utilisation de la bande dessinée comme instrument pédagogique : une tentative graphique sur l'histoire de la psychiatrie [Internet]. [Lyon 1]: Université Claude Bernard; 1975. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-asclepiades-pdf-tisseron.pdf>
33. Chauvaud F. Yannick Ripa, L'affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle. *Trav Genre Sociétés* [Internet]. 2013;n° 29(1):199. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2013-1-page-199.htm>
34. Circulaire du 4 juin 1957 [Internet]. Ascodocpsy. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/trouver-de-linformation/textes-officiels-historiques/circulaire_sorties_essai_hopitaux_psychiatriques_19570604/
35. Circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. Ascodocpsy. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouver-de-linformation/textes-officiels-historiques/>
36. Guibet Lafaye C. Contraindre en ambulatoire: quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie? *Rev Rhizome*. 2014;
37. Piel DE, Roelandt DJ-L. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. :86.
38. Clery-Melin P, Kovess V, Pascal J-C. Plan d'action psychiatrie et santé mentale. 2003 p. 106.
39. Sarkozy N. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. 2008.
40. Favereau, Eric. Les psys appellent à un électrochoc. *Libération.fr* [Internet]. 15 déc 2008 [cité 3 mai 2019]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2008/12/15/les-psys-appellent-a-un-electrochoc_296202
41. Coldefy M, Fernandes, Sarah. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2017;8.

42. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 [Internet]. Conseil constitutionnel. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2012/2012235QPC.htm>
43. Zaugg V, Savoldelli V, Sabatier B, Durieux P. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique* [Internet]. 2014 [cité 3 mai 2019];26(5):655. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-655.htm>
44. Bearman M, Smith CD, Carbone A, Slade S, Baik C, Hughes-Warrington M, et al. Systematic review methodology in higher education. *High Educ Res Dev* [Internet]. oct 2012 [cité 3 mai 2019];31(5):625-40. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07294360.2012.702735>
45. Joanna Briggs Institute. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. 2017 p. 7.
46. Sandelowski M, Voils CI, Leeman J, Crandell JL. Mapping the Mixed Methods–Mixed Research Synthesis Terrain. *J Mix Methods Res* [Internet]. oct 2012 [cité 3 mai 2019];6(4):317-31. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558689811427913>
47. Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews. 2014.
48. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev* [Internet]. déc 2017 [cité 3 mai 2019];6(1). Disponible sur: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0454-2>
49. Gouvernement du Canada I de recherche en santé du C. Guide sur la synthèse des connaissances - IRSC [Internet]. 2010 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cihir-sc.gc.ca/f/41382.html>
50. Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. oct 2002 [cité 3 mai 2019];7(4):209-15. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902320432732>
51. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. janv 2006 [cité 4 mai 2019];3(2):77-101. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
52. Daly, Jeanne, Kellehear, Allan, Gliksman, Michael. *The Public Health Resercher : A Methodological Guide* [Internet]. Oxford University Press. 2016. Disponible sur: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1753470](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1753470)
53. Guest, Greg, MacQueens, Kathleen M., Namey, Emilie E. Chapter 1 Introduction to Applied Thematic Analysis. In SAGE Publications, Inc; 2012. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.4135/9781483384436.n1>

54. Noblit, G., Hare, R. D. *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies (Qualitative Research Methods)* [Internet]. SAGE Publications, Inc. CA; 1988. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.4135/9781412985000>
55. Galdas P, Darwin Z, Fell J, Kidd L, Bower P, Blickem C, et al. A systematic review and metaethnography to identify how effective, cost-effective, accessible and acceptable self-management support interventions are for men with long-term conditions (SELF-MAN). *Health Serv Deliv Res* [Internet]. août 2015 [cité 4 mai 2019];3(34):1-302. Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr03340/>
56. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. :17.
57. Reinert, Max. Quel objet pour une analyse statistique de discours? Quelques réflexions à propos de la réponse Alceste [Internet]. 1998. Disponible sur: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt1998/reinert.htm>
58. Mouillet, Evelyne. *Les essentiels de la recherche bibliographique en santé Chercher, Organiser, Publier*. DOIN; 2016. 208 p. (Méthodo).
59. Sjöström S. Comment les soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire se sont imposés en Suède - Une comparaison socio-politique avec la Norvège, le Royaume-Uni et New York. *Inf Psychiatr*. 2017;
60. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* [Internet]. 4 déc 2009 [cité 4 mai 2019];339(jul21 1):b2700-b2700. Disponible sur: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.b2700>
61. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. janv 2015 [cité 4 mai 2019];15(157):39-44. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S177901231400432X>
62. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 16 sept 2007 [cité 4 mai 2019];19(6):349-57. Disponible sur: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzm042>
63. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. janv 2015 [cité 4 mai 2019];15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
64. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF, et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement: QUOROM. *Br J Surg* [Internet]. 1 nov 2000 [cité 4 mai 2019];87(11):1448-54. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2168.2000.01610.x>
65. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies

- of healthcare interventions, or both. *BMJ* [Internet]. 21 sept 2017 [cité 4 mai 2019];j4008. Disponible sur: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j4008>
66. Safon, Marie-Odile. Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire en santé. IRDES; 2017 p. 30.
67. Hong, QuanNha, PLUYE, Pierre, FÀBREGUES, Sergi, VEDEL, Isabelle. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) [Internet]. Université McGill; 2018. Disponible sur: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127425851/MMAT_2018_criteria-manual_2018-04-04.pdf
68. Bujold M, Association francophone pour le savoir-Acfas, Congrès de l'ACFAS, éditeurs. Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé. 2018.
69. Buchanan A, Kisely S, Moseley DD, Rugkåsa J, Swanson JW, Swartz MS. Community psychiatric treatment under legal mandates: the international experience. In: Buchanan A, Wootton L, Buchanan A (Ed), Wootton L (Ed), éditeurs. Care of the mentally disordered offender in the community, 2nd ed [Internet]. New York, NY, US: Oxford University Press; 2017. p. 243-66. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-09000-013&lang=fr&site=ehost-live>
70. Cullen-Drill M, Schilling K. The case for mandatory outpatient treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* févr 2008;46(2):33-41.
71. Vaghari SN. Preventive outpatient commitment for serious mental illness: Psychological and legal perspectives. [Internet]. [US]: ProQuest Information & Learning; 2016. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-17133-091&lang=fr&site=ehost-live>
72. Dawson J, Burns T, Rugkåsa J. Lawfulness of a randomised trial of the new community treatment order regime for England and Wales. *Med Law Rev* [Internet]. 2011;19(1):1-26. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79951912518&doi=10.1093%2fmedlaw%2ffwq030&partnerID=40&md5=d4348997ba3e06fc2c18add48bd09f9>
73. Kaur Nagra M, Pillinger T, Prata-Ribeiro H, Khazaal Y, Molodynski A. Community Treatment Orders—A pause for thought. *Asian J Psychiatry* [Internet]. déc 2016 [cité 3 sept 2018];24:1-4. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816302234>
74. Light E. The epistemic challenges of CTOs: Commentary on community treatment orders. *Psychiatrist* [Internet]. 2014;38(1):6-8. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84973470112&doi=10.1192%2fpub.bp.113.045732&partnerID=40&md5=774ccfadf65051f366f6394cc21d39f9>
75. Macpherson R, Molodynski A, Freeth R, Uppal A, Steer H, Buckle D, et al. Supervised community treatment: Guidance for clinicians. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2010;16(4):253-9. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77951845559&doi=10.1192%2fapt.bp.109.007203&partnerID=40&md5=abb89a63edfc6174107132d5e22ced87>

76. Mfoafo-M'Carthy M, Shera W. Beyond community treatment orders. *Int J Ment Health* [Internet]. 2012;41(4):62-81. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877273048&doi=10.2753%2fIMH0020-7411410405&partnerID=40&md5=882f48859466a34581c48fb524939bea>
77. Mfoafo-M'Carthy M, Sottie CA. Current practices in community treatment of the mentally ill in Ontario, Canada: learning opportunities for improving Ghana's mental health system. *Int J Cult Ment Health* [Internet]. 2015;8(4):359-69. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84946497441&doi=10.1080%2f17542863.2015.1055333&partnerID=40&md5=d7a5c75c8af32b7b8bdf7ff59b286875>
78. Newton-Howes G, Ryan CJ. The use of community treatment orders in competent patients is not justified. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2017;210(5):311-2. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85019849872&doi=10.1192%2fbjp.bp.116.193920&partnerID=40&md5=e146ba19ae7e2d303c9a258920eb11f9>
79. O'Brien AJ, McKenna BG, Kydd RR. Compulsory community mental health treatment: Literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009;46(9):1245-55. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-67651008966&doi=10.1016%2fj.ijnurstu.2009.02.006&partnerID=40&md5=313b3f2e4bc93caad5a779de0176cd7f>
80. Pai N, Vella S-L. Are community treatment orders counterproductive? *Asian J Psychiatry*. oct 2016;23:125-7.
81. Pridham KMF, Berntson A, Simpson AIF, Law SF, Stergiopoulos V, Nakhost A. Perception of coercion among patients with a psychiatric community treatment order: A literature review. *Psychiatr Serv* [Internet]. 1 janv 2016;67(1):16-28. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-21313-002&lang=fr&site=ehost-live>
82. Rugkåsa J, Burns T. Community treatment orders. *Psychiatry* [Internet]. 2009;8(12):493-5. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-70450208802&doi=10.1016%2fj.mppsy.2009.09.009&partnerID=40&md5=8e775090a5369d0ce884e5afe67cfa8b>
83. Rugkåsa J, Burns T. Community treatment orders: Are they useful? *BJ Psych Adv* [Internet]. 2017;23(4):222-30. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85022032231&doi=10.1192%2fapt.bp.115.015743&partnerID=40&md5=d702e76bcd7ae9908601ffbd26841e51>
84. Rugkåsa J, Dawson J, Burns T. CTOs: What is the state of the evidence? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. déc 2014;49(12):1861-71. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-51778-001&lang=fr&site=ehost-live>

85. Swanson JW, Swartz MS. Why the evidence for outpatient commitment is good enough. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2014;65(6):808-11. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84901916184&doi=10.1176%2fappi.ps.201300424&partnerID=40&md5=249c1780dfd3a268772e696e01af3146>
86. Woolley S. Involuntary treatment in the community: Role of community treatment orders. *Psychiatrist* [Internet]. 2010;34(10):441-6. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77958470510&doi=10.1192%2fpub.bp.109.028027&partnerID=40&md5=ce94e6a80a67d8a38022561172c0fdfd>
87. Khurmi S, Curtice M. The supervised community treatment order and the Human Rights Act 1998. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2010;16(4):263-71. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77954305702&doi=10.1192%2fapt.bp.109.007781&partnerID=40&md5=54296a2dc684b53430f80fe7fab5d817>
88. Molodynski A, Turnpenny L, Rugkåsa J, Burns T, Moussaoui D. Coercion and compulsion in mental healthcare—An international perspective. *Asian J Psychiatry* [Internet]. avr 2014 [cité 3 sept 2018];8:2-6. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201813001998>
89. Oakarr M, Rheeder B. Community treatment orders: Current practice with regard to the Human Rights Act. *The Psychiatrist* [Internet]. juin 2013;37(6):215-215. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-22041-008&lang=fr&site=ehost-live>
90. Hewitt JL. Dangerousness and mental health policy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2008;15(3):186-94. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-40149088027&doi=10.1111%2fj.1365-2850.2007.01188.x&partnerID=40&md5=0a0f3f618dc1be739ac0b9044fc27c6b>
91. Kinderman P, Tai S. Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental health care in the community. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2008;31(6):479-86. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-56249133035&doi=10.1016%2fj.ijlp.2008.09.005&partnerID=40&md5=15abca20f029d6c6d9add384f8edaa41>
92. Lawton-Smith S, Dawson J, Burns T. Community treatment orders are not a good thing. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2008;193(2):96-100. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-49149098954&doi=10.1192%2fpub.bp.107.049072&partnerID=40&md5=c8f24e8191f0141d93133bf7ea31a057>
93. Taylor M. Community treatment orders and their use in the UK: Commentary on... compulsion in the community? And supervised community treatment. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2010;16(4):260-2. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

77954303414&doi=10.1192%2fapt.bp.109.007815&partnerID=40&md5=3696102d1546d9113bc5a14e373e4983

94. Walsh D. Do we need community treatment orders in Ireland? *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2010;27(2):90-6. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-81555221735&doi=10.1017%2fS0790966700001130&partnerID=40&md5=0c1d4e05c95f5af340f5e51475a42254>
95. Morandi S, Burns T. Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland: A literature review. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. nov 2014;60(7):695-702. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-44587-010&lang=fr&site=ehost-live>
96. Morandi S. Stigma and coercion in psychiatry: The example of involuntary outpatient treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* [Internet]. 2014;165(7):249-53. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84908485381&partnerID=40&md5=23a57a3480f7720c797c0f65a22be71f>
97. Roskes E. « Assisted outpatient treatment »: An example of newspeak? *Psychiatr Serv* [Internet]. 1 nov 2013;64(11):1179-1179. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2013-39029-021&lang=fr&site=ehost-live>
98. Zhang S, Mellsoy G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull.* févr 2015;31(1):99-112.
99. Burns T, Dawson J. Community treatment orders: How ethical without experimental evidence? *Psychol Med* [Internet]. 2009;39(10):1583-6. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-70350137628&doi=10.1017%2fS0033291709005352&partnerID=40&md5=f9e7f76dcf7c20331781d30b358996a1>
100. Canete-Nicolas C, Hernandez-Viadel M, Bellido-Rodriguez C, Lera-Calatayud G, Asensio-Pascual P, Perez-Prieto JF, et al. Involuntary outpatient treatment (iot) for severe mental patients: current situation in Spain. *Actas Esp Psiquiatr.* févr 2012;40(1):27-33.
101. Corring D, O'Reilly RL, Sommerdyk C, Russell E. What clinicians say about the experience of working with individuals on community treatment orders. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2018;69(7):791-6. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85049530737&doi=10.1176%2fappi.ps.201700492&partnerID=40&md5=8202346adf101e1a824219cad3e56a25>
102. Heun R, Dave S, Rowlands P. Little evidence for community treatment orders - A battle fought with heavy weapons. *Psychiatrist* [Internet]. 2016;40(3):115-8. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84973092323&doi=10.1192%2fapb.bp.115.052373&partnerID=40&md5=b38bba2a6109778aed6af0fb08f2d47b>
103. Kisely S. Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* janv 2016;61(1):7-14.

104. Lally J. Liberty or dignity: Community treatment orders and rights. *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2013;30(2):141-9. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85010666596&doi=10.1017%2fipm.2013.6&partnerID=40&md5=b3b0e7dd7135ae6e72c5e56f98681794>
105. Segal AG, Sisti DA. « restricted community members »: Research protections and opportunities for individuals committed to assisted outpatient treatment. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2017;68(2):189-91. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85014076413&doi=10.1176%2fappi.ps.201600194&partnerID=40&md5=4b9d3149bdb15373d9e3aef4344fc2b0>
106. Corring D, O'Reilly R, Sommerdyk C. A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. mai 2017 [cité 4 sept 2018];52:74-80. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252716301583>
107. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD004408.
108. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Schizophr Bull*. mai 2015;41(3):542-3.
109. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 févr 2011;(2):CD004408.
110. Dawson S, Lawn S, Simpson A, Muir-Cochrane E. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC Psychiatry*. 10 nov 2016;16(1):394.
111. Testa M, West SG. Civil commitment in the United States. *Psychiatry Edgemont* [Internet]. 2010;7(10):30-40. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-78650041178&partnerID=40&md5=71e41c5fe66fcfbaf0194921f64954d6>
112. Morrissey JP, Desmarais SL, Domino ME. Outpatient commitment and its alternatives: Questions yet to be answered. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2014;65(6):812-5. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84901949633&doi=10.1176%2fappi.ps.201400052&partnerID=40&md5=30781cb70e816f77c564a2990a989ef9>
113. Swartz MS, Bhattacharya S, Robertson AG, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment and the elusive pursuit of violence prevention: A view from the United States. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. févr 2017;62(2):102-8. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-05512-004&lang=fr&site=ehost-live>
114. Segal SP. Assessment of outpatient commitment in randomised trials. *Lancet Psychiatry* [Internet]. déc 2017;4(12):e26-8. Disponible sur:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-54229-026&lang=fr&site=ehost-live>

115. Dawson J. Lawfulness of preventive recall from a community treatment order. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2015;206(4):266-7. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84928018935&doi=10.1192%2fbjp.bp.114.149609&partnerID=40&md5=97fae503255d71235ae8d0e9932c5ff8>
116. Dawson J. Compulsory outpatient treatment and the calculus of human rights. In: McSherry B, Weller P, McSherry B (Ed), Weller P (Ed), éditeurs. *Rethinking rights-based mental health law* [Internet]. Portland, OR, US: Hart Publishing; 2010. p. 327-54. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-21235-014&lang=fr&site=ehost-live>
117. Gourevitch R, Brichant-Petitjean C, Crocq M-A, Petitjean F. The evolution of laws regulating psychiatric commitment in France. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2013;64(7):609-12. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84883181855&doi=10.1176%2fappi.ps.201300174&partnerID=40&md5=6c21655001e9c0070c3b3bfcfd1f9d4a>
118. Weich S, Duncan C, Bhui K, Canaway A, Crepaz-Keay D, Keown P, et al. Evaluating the effects of community treatment orders (CTOs) in England using the Mental Health Services Dataset (MHSDS): protocol for a national, population-based study. *BMJ Open* [Internet]. oct 2018 [cité 3 mai 2019];8(10):e024193. Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-024193>
119. Kisely S, Hall K. An updated meta-analysis of randomized controlled evidence for the effectiveness of community treatment orders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. oct 2014;59(10):561-4. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-45506-010&lang=fr&site=ehost-live>
120. Kisely S, Hall K. « An updated meta-analysis of randomized controlled evidence for the effectiveness of community treatment orders »: Erratum. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. mai 2017;62(5):357-357. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-22655-012&lang=fr&site=ehost-live>
121. Dawson J, O'Reilly R. Residence conditions on community treatment orders. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2015;60(11):523-7. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84946820829&doi=10.1177%2f070674371506001108&partnerID=40&md5=448489e4e319be30fc6d67d3da1bf13d>
122. Cochez F, Gadrat X. Les soins psychiatriques sans consentement : après la loi du 5 juillet 2011. *Actual Soc Hebd.*

123. Dupuy O. Droit et psychiatrie. La réforme du 5 juillet 2011 expliquée. In Paris : Heures de France; 2011. p. 215 p. (Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux).
124. Jolivet L. Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie : outil juridique ? outil thérapeutique ? Tours; 2015.
125. Lafossas A. Le programme de soins : étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre Hospitalier Charles Perrens. Bordeaux; 2016.
126. Metz PA. Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010. 2011.
127. Guibet Lafaye C. Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *Inf Psychiatr*. 1 sept 2014;90(7):575-82.
128. Marques A, Saetta S, Tartour T. Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire. *Rev Fr Aff Soc*. 2016;19.
129. Bourelle J, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ? *Santé Ment*. 2013;
130. Friouret L. Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne: Hospitalisation forcée (Code de la santé publique). *Rev Droits L'homme [Internet]*. 7 nov 2014 [cité 16 oct 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/revdh/927>
131. Chevillotte J. La réforme des soins en psychiatrie. *Rev Infirm*. 2011;(176).
132. Durand B. Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation. *Trib Santé [Internet]*. 2011 [cité 16 oct 2018];32(3):43. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-3-page-43.htm>
133. Pechillon É, David M. Du consentement et du programme de soin. *Inf Psychiatr*. 2018;94.
134. Hazif-Thomas C, Péchillon E. La recherche de liberté dans le soin psychiatrique : de l'équipotentialité des soins aux programmes de soins. *Inf Psychiatr [Internet]*. 2018;94(1):19-25. Disponible sur: <http://www.jle.com/10.1684/ipe.2018.1736>
135. K'ourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]*. avr 2018 [cité 16 oct 2018];176(4):410-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448718300775>
136. Mandy C. Le conseil constitutionnel « “garde-fous” »: retour sur la première QPC concernant la loi du 5 juillet 2011. :13.
137. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. *L'Encéphale [Internet]*. 2012;38(2):179-84. Disponible sur: [http://www.em-consulte.com/article/pii/S0013-7006\(12\)00041-3](http://www.em-consulte.com/article/pii/S0013-7006(12)00041-3)

138. Pechillon E. Questions juridiques posées par la place du consentement en psychiatrie : premier bilan de la réforme législative. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2014;29(8):631-2.
139. Bellahsen M, Brunessaux V, Klopp S. Peut-on réellement se soigner sans consentement ? *Soins Psychiatr [Internet]*. 2012;33(281):18-21. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22896962>
140. Bitton A. La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et « putsch » judiciaire. *Inf Psychiatr [Internet]*. 2013 [cité 16 oct 2018];89(1):9. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-9.htm>
141. Geyer S. Le programme de soin : de la dépendance à l'autonomie ? *Cliniques [Internet]*. 2014;2(8):106-21. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2014-2-page-106.htm>
142. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. *EMC - Psychiatr [Internet]*. 2014;11(4):1-16. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/retrieve/pii/S024610721468202X>
143. Ledesma E. Les objectifs de la réforme de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. *Soins Psychiatr [Internet]*. 2012;33(281):12-7. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22896961>
144. Alamowitch N. Les programmes de soins ambulatoires contraints dans le cadre de la loi de 2011, modifiée. Point de vue de la direction. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]*. avr 2018 [cité 16 oct 2018];176(4):416-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448718300751>
145. Castaing C. La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement Quel droit pour quel juge ? *AJDA*. 2013;p 153.
146. Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision no 2012-235 QPC du 20 avril 2012). *Médecine Droit [Internet]*. 2012;2012(117):179-81. Disponible sur: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=search&lang=fr&terms=26735732>
147. Dujardin V, Pechillon É. La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. *Inf Psychiatr*. 2015;91:12.
148. Vacheron M-N, Laqueille X. L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011. *LAENNEC*. janv 2012;60(1):10-23.
149. Hazif-Thomas C, Pechillon É. La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]*. avr 2018 [cité 16 oct 2018];176(4):381-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448718300696>
150. Couturier M. La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? *Rev Droit Sanit Soc*. 2014;

151. Jovelet G. Pour une équipotence psychiatres-magistrats dans les soins psychiatriques. *Inf Psychiatr*. 2018;94:5.
152. Panfili J-M. Une psychiatre condamnée en correctionnelle. Quelles conséquences envisageables ? *VST - Vie Soc Trait* [Internet]. 2013 [cité 16 oct 2018];119(3):112. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2013-3-page-112.htm>
153. Lagarde V, Msellati. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. *Inf Psychiatr*. 2017;93.
154. Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. 2015;8.
155. Vidon G, HARDY-BAYLE M-C, YOUNES N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? A propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *Inf Psychiatr*. 1 sept 2015;91(7):602-7.
156. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique* [Internet]. 2013 [cité 16 oct 2018];25(6):793. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-6-page-793.htm>
157. Theron S. La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques. *Rev Droit Sanit Soc RDSS*. 1 janv 2014;(1):133-45.
158. Pechillon É. Programme de soins : quel statut juridique pour le patient ? *Santé Ment*. 2015;
159. Mazodier M. Les questions éthiques soulevées par la loi du 5 juillet 2011. *Soins Psychiatr* [Internet]. 2012;33(281):36-7. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22896967>
160. Panfili J-M. Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique. *VST - Vie Soc Trait* [Internet]. 2013 [cité 16 oct 2018];118(2):104. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2013-2-page-104.htm>
161. Guerry M, Viateau J. Soins ambulatoires sans consentement, paroles de familles de l'Unafam. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. avr 2018 [cité 16 oct 2018];176(4):418-20. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448718300702>
162. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré J-B, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. mars 2018 [cité 21 sept 2018];176(3):249-55. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717302081>
163. Senon J-L, 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. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2012;

164. Godet T. Motifs de levées de 102 mesures de soins psychiatriques sans consentement. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2015;30(8):S140-1.
165. Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mental. Repères sur les commissions de réflexion et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale [Internet]. 2018. Disponible sur: http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/01/20180115_Rep%C3%A8re-situation-difficile-CLSM-2.pdf
166. Soto, Julio C. Plan de cours_Protection de la santé_UdM_MSO6330. Université de Montréal; 2015.
167. Conseil de l'Europe. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine [Internet]. 1997. Disponible sur: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf99>
168. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. déc 2018 [cité 2 mai 2019];5(12):1013-22. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036618303821>
169. Ramonet M. La mobilité au risque du contrôle social : apport des pratiques orientées vers le rétablissement. 2016;92:8.

ANNEXES

Annexe 1.

Les équations booléennes de la revue internationale, selon les bases de données

Dans PubMed :

- Avec le filtre *review* et sans le filtre dans l'ensemble du texte

1. (((((((((((((((((((CTO) OR "community treatment order") OR "community treatment orders") OR "mandatory outpatient") OR mandatory outpatient treatment) OR mandatory outpatient release) OR mandatory outpatient commitment) OR "involuntary outpatient") OR "IOT") OR involuntary outpatient treatment) OR involuntary outpatient release) OR involuntary outpatient commitment) OR "outpatient commitment") OR "OPC") OR "involuntary commitment") OR "assisted outpatient treatment") OR "assisted outpatient treatment") OR "AOT") OR conjunction of civil commitment) OR "conditional release") OR "commitment"
2. 'commitment' AND 'mentally ill' OR 'coercion' AND 'psychiatry' OR 'coercive treatment' AND 'psychiatry'

- Avec le filtre *review* et dans les titres et abstracts :

(community* AND treatment* AND order*) OR (involuntary* AND outpatient* AND treatment*) OR (involuntary* AND outpatient* AND commitment*) OR (extended* AND leave*) OR (supervised* AND discharge)

Sans le filtre *review* et dans les titres et les abstracts, de de 2008 à 2018 :

1. ((commitment[Title/Abstract] AND "mentally ill"[Title/Abstract]) AND ("review"[Title/Abstract] OR "systematic review"[Title/Abstract])
2. ((coercion[title/abstract] and psychiatry[title/abstract]) AND ("review"[title/abstract] or "systematic review"[title/abstract]))
3. (("coercive treatment"[Title/Abstract]) AND (review[Title/Abstract] OR "systematic review"[Title/Abstract]))
4. ((psychiatry[Title]) AND (review[Title] OR "systematic review"[Title]))

Dans PsycINFO , 7 équations sont retenues :

1. "community treatment order" AND "review"
2. "mandatory outpatient" AND "review"

3. "involuntary outpatient" AND "review"
4. "outpatient commitment" AND "review"
5. "assisted outpatient" AND "review"
6. "civil commitment" AND "review"
7. "conditional release" AND "review"

Dans SCOPUS, avec le filtre de date de 2008 à 2018 :

- Avec le filtre review, dans Titre, Abstract et Keywords
 1. 'commitment' AND 'mentally ill' OR 'coercion' AND 'psychiatry' OR 'coercive treatment' AND 'psychiatry'
 2. (community* AND treatment* AND order*) OR (involuntary* AND outpatient* AND treatment*) OR (involuntary* AND outpatient* AND commitment*) OR (extended* AND leave*) OR (supervised* AND discharge)

- Sans Filtre review, dans les Titre, Abstract et Keywords
 1. "community treatment order" AND (review OR "systematic review")
 2. "involuntary outpatient treatment" AND (review OR "systematic review")
 3. "involuntary outpatient commitment" AND (review OR "systematic review")
 4. "involuntary outpatient commitment" AND (review OR "systematic review")

- Sans Filtre review, dans All Fields
 1. "extended leave" AND (review OR "systematic review")
 2. " supervised discharge" AND (review OR "systematic review")

Annexe 2.

Tableau de description des documents inclus dans la revue de littérature française

Auteurs	Discipline du premier auteur	Année de publication	Type de publication	Méthode	Echantillon et recrutement	Objectif principal de la publication
Alamowitch N.		2018	Article théorique	-	-	Donner le point de vue de la direction sur le PDS.
Bellahsen M et <i>al.</i>	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Donner le point de vue du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire.
Bitton A.	Représentant CRPA	2013	Article théorique	-	-	Donner le point du vue du CRPA sur la loi du 5 juillet 2011.
Bourelle JM. Et <i>al.</i>		2013	Article empirique	Recherche qualitative basée sur une revue de la littérature	25 ressources documentaires sélectionnées à partir de bases de données de 2011 à 2013	Discuter la recherche du consentement dans les PDS.
Cambier G. et <i>al.</i>	Psychiatre	2013	Article empirique	Enquête qualitative par entretiens semi structurés. Méthode d'analyse thématique	26 entretiens (10 psychiatres, 3 juges, 12 patients, 1 famille) entre 2011 et 2012	Réaliser une enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011.
Castaing C., et <i>al.</i>	Maître de conférence universitaire	2013	Article théorique	-	-	Discuter la volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement d'un point de vue juridique.
Chevillotte J. et <i>al.</i>	Faisant fonction de cadre	2011	Article théorique	-	-	Ecrire sur le gain de respect des droits des patients dans la loi du 5 juillet 2011.
Cochez F. et <i>al.</i>	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Proposer une analyse juridique de la loi du 5 juillet 2011.
Coldefy M. et	Chercheuse	2015	Article	Analyse	Données du Rim-P de	Décrire quantitativement les

<i>al.</i>	IRDES		théorique (question de santé IRDES)	quantitative de la base médico-administrative Rim-P diffusé par l'ATIH	l'ensemble des départements français, de 2010 à 2012	premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, en janvier 2015.
Coldefy M. et <i>al.</i>	Chercheuse IRDES	2017	Article théorique (question de santé IRDES)	Analyse quantitative de la base médico-administrative Rim-P diffusé par l'ATIH	Données du Rim-P de l'ensemble des départements français, pendant l'année 2015	Décrire quantitativement la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 après 4 années de mise en œuvre.
Couturier M. et <i>al.</i>	Maître de conférence universitaire	2014	Article théorique	-	-	Discuter l'aporie juridique dans les soins ordonnés par l'autorité publique.
Dujardin V. et <i>al.</i>	Juriste	2015	Article théorique	-	-	Donner le point de vue du juriste concernant la judiciarisation des soins psychiatriques.
Dupuy O.	Juriste	2011	Livre	-	-	Présenter et discuter la réforme de la loi du 5 juillet 2011 sous les angles du droit et de la psychiatrie.
Durand B.	Psychiatre	2011	Article théorique	-	-	Discute la loi du 5 juillet 2011 sous l'angle du retour de la contrainte et de la stigmatisation.
Friouret L.	Avocat	2014	Article théorique	-	-	Discuter les critères du droit engagés dans les soins forcés par le Préfet pendant un PDS et au moment de la réadmission en hospitalisation complète de la personne.
Geyer S.	Psychologue et clinicien	2014	Article théorique	-	-	Discuter la dépendance et l'autonomie dans le cadre du PDS.
Godet T.	Psychiatre	2015	Abstract de	Analyse qualitative	112 ordonnances de mains	Identifier les principaux motifs de

			présentation au Congrès français de psychiatrie		levées d'hospitalisation sans consentement par la Justice	mainlevées d'hospitalisation sans consentement et déterminer des pistes d'amélioration.
De Guerry M. et al.	Représentant UNAFAM	2018	Article empirique	Enquête par questionnaire auprès des familles d'Ile de France avec analyse quantitative descriptive	24 questionnaires remplis par des familles	Décrire le ressenti des familles concernant le PDS.
Guibet Lafay C.	Directrice de recherche au CNRS	2014	Article de littérature grise	-	-	Discuter les droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie contraint en ambulatoire.
Guibet Lafay C.	Directrice de recherche au CNRS	2014	Article empirique	Entretiens semi-directifs et analyse qualitative	90 psychiatres et 17 soignants entre 2012 et 2013	Explorer le conflit de normes chez les psychiatres et les soignants les PDS.
Hazif-Thomas C. et al.	Psychiatre	2018	Article théorique	-	-	Ecrire une réflexion sur la liberté et le PDS.
Hazif-Thomas C. et al.	Psychiatre	2018	Article théorique	-	-	Ecrire une réflexion sur le libre choix dans les soins psychiatriques.
Jolivet L.	Interne en psychiatre	2015	Thèse d'exercice	-	-	Proposer une réflexion sur le PDS.
Jonas C.	Psychiatre	2014	Article théorique	-	-	Expliciter les soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011.
Jonas C.	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Expliciter la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012.
Jovelet G.	Psychiatre	2018	Article théorique	-	-	Répondre à l'article de réflexion sur la liberté et le PDS de C. Hazif-Thomas et al..

K'ourio H. et <i>al.</i>	Psychiatre	2018	Article empirique	Etude quantitative descriptive	52 dossiers patients suivis en PDS, recrutés au Centre psychiatrique d'Orientation et d'Accueil de l'Hôpital Saint Anne à Paris	Décrire la population concernée par les réintégrations en urgence lors de PDS et préciser les circonstances aboutissant à cette décision.
Lafossas A.	Interne en psychiatrie	2016	Thèse d'exercice	-	-	Présenter une étude des pratiques concernant le PDS dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du CH Charles Perrens.
Lagarde V.	Psychiatre	2017	Article empirique	Etude qualitative. Méthode d'analyse d'orientation phénoménologique inspirée de l' <i>Interpretative and Phenomenological Analysis (IPA)</i>	10 sujets inclus entre mai et novembre 2015	Mieux comprendre le rôle et la place de la mesure administrative de contrainte au sein du processus thérapeutique, de l'éventuelle élaboration du consentement et de l'engagement dans les soins du patient dans le cadre des SASC.
Laguerre A. et <i>al.</i>	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Synthétiser un outil pratique d'aide à la compréhension et à la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.
Ledesma E.	Professionnel en sciences inf.	2012	Article théorique	-	-	Expliciter les objectifs de la réforme de la loi.
Mandy C.	Dr. en Droit chercheuse	2012	Article de littérature grise	-	-	Exposer les enjeux de la QPC du 26 novembre 2010.
Marques A. et <i>al.</i>	Sociologue	2016	Article théorique	-	-	Analyser la contrainte et le consentement dans le PDS et IS.
Mazodier M.	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Explorer les questions éthiques soulevées par la loi du 5 juillet 2011.
Mesu RC et <i>al.</i>	Psychiatre	2017	Article	Etude quantitative	510 personnes majeures	Observer le devenir des soins

			empirique	observationnelle rétrospective	inclus en Sarthe de novembre 2013 à octobre 2014	psychiatriques sans consentement à deux mois.
Metz	Interne en Psychiatrie	2011	Thèse d'exercice	-	-	Explorer l'évolution (apport de la loi et épidémiologie) des soins sans consentement en psychiatrie pour la région centre en 2009 2010.
Panfili JM.	Cadre supérieur en santé	2013	Article théorique	-	-	Expliciter l'insécurité juridique liée au PDS.
Panfili JM.	Cadre supérieur en santé	2013	Article théorique	-	-	Discuter la condamnation en correctionnelle du psychiatre Dr D.C. et des conséquences envisageables.
Pechillon E.	Maitre de conférence	2014	Abstract de présentation au Congrès français de psychiatrie	-	-	Expliciter les questions juridiques posées par la place du consentement en psychiatrie.
Pechillon E.	Maître de conférence	2015	Article théorique	-	-	Interroger le statut juridique du patient en PDS.
Pechillon E. et <i>al.</i>	Maitre de conférence	2018	Article théorique	-	-	Proposer une discussion entre un psychiatre et un juriste sur le consentement et le PDS.
Senon JL et <i>al.</i>	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Exposer les modalités et enjeux de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.
Théron S.	Maître de conférence	2014	Article théorique	-	-	Expliciter les modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013.
Vacheron MN et <i>al.</i>	Psychiatre	2012	Article théorique	-	-	Expliciter les apports et les limites de la loi du 5 juillet 2011.
Vidon G. et <i>al.</i>	Psychiatre	2015	Article	Analyse	Deux questionnaires	

			empirique	quantitative descriptive	(service et patient), 97 secteurs en Île de France du 10 au 15 juin 2015	
--	--	--	-----------	-----------------------------	--	--

Annexe 3.

Tableau de description des documents inclus dans la revue de littérature internationale

Auteurs	Année de publication	Revue	Pays où travaillent les auteurs	Pays où se place la revue	Type de publication	Objectif principal de la revue de littérature	Critères PICO (population, intervention évaluée, comparaison/témoins, objectifs visés)	Indication par les auteurs des études incluses
Buchanan <i>et al.</i>	2017	-	Etats Unis	-	Chapitre de livre	Etats Unis Royaume Uni Australie	-	-
T. Burns <i>et al.</i>	2009	Psychological Medicine	Royaume Uni Nouvelle Zélande	Angleterre et Pays de Galles Nouvelle Zélande	Opinion Paper	Questionner l'éthique des CTO, sans preuves expérimentales	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
T Burns <i>et al.</i>	2016	Journal of The National Institute for Health Research	Royaume Uni Norvège	Angleterre et Pays de Galles	Rapport NHS	Exposer les résultats du Programme sur les CTO et la coercition informelle	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Cañete-Nicolás <i>et al.</i>	2012	Actas espanolas de psiquiatria	Espagne	Espagne Etats Unis	Revue narrative	Passer en revue la situation des IOT dans différents pays, en Espagne en particulier	P : présent I : présent C : absent O : présent	présent
Corring <i>et al.</i>	2018	Psychiatric Services in Advance	Canada (Ontario)	Australie Canada Nouvelle Zélande Norvège	Revue systématique qualitative	Comprendre les points de vue et les expériences des cliniciens qui travaillent avec des	P : présent I : présent C : absent O : présent	présent

				Royaume Uni Etats Unis		personnes en CTO		
Corring <i>et al.</i>	2017	International Journal of Law and Psychiatry	Canada (Ontario)	Australie Canada Angleterre Nouvelle Zélande Norvège Ecosse Etats Unis	Revue systématique qualitative	Comprendre l'expérience des individus qui ont fait l'objet de CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	présent
Cullen-Drill <i>et al.</i>	2008	Journal of psychosocial nursing and mental health services	Etats Unis Royaume Uni	Etats Unis	-	Discuter des enjeux des traitements ambulatoires obligatoires et faire leur promotion	-	-
Dawson J.	2015	The British Journal of Psychiatry	Nouvelle Zélande	Angleterre et Pays de Galles	Opinion Paper	Discuter le rappel préventif à l'hôpital d'un patient faisant l'objet d'une CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Dawson J. <i>et al.</i>	2011	Medical Law Review	Nouvelle Zélande Royaume Uni	Angleterre et Pays de Galles	Opinion Paper	Discuter la légalité d'un essai randomisé concernant les CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Dawson J. <i>et al.</i>	2015	The Canadian Journal of Psychiatry	Nouvelle Zélande Canada (Ontario)	Canada (Ontario province principale)	Opinion Paper	Discuter les conditions de résidence des CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Dawson J.	2010	Livre Compulsory outpatient treatment and	Nouvelle Zélande		Chapitre de livre	Discuter les CTO et le calcul des Droits Humains	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent

		the calculus of human rights.						
Dawson S. <i>et al.</i>	2016	BMC Psychiatry	Australie Royaume Uni	Nouvelle Zélande Royaume Uni Australie Norvège Etats Unis Canada Israël	Revue systématique	Comprendre les points de vue des usagers, des aidants et des soignants ainsi que les expériences de coordination et planification des soins pour les usagers des CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	présent
Gourevitch <i>et al.</i>	2013	Psychiatric Services	France	France	Opinion Paper	Décrire l'évolution de la loi française concernant les soins sans consentement	P : présent I : absent C : absent O : présent	absent
Heun <i>et al.</i>	2016	BJPsych Bulletin	Royaume Uni	Royaume Uni	Opinion Paper	Discuter des arguments pour et contre le CTO	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Hewitt	2008	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Royaume Uni	Royaume Uni	Opinion Paper	Discuter de la dangerosité et des politiques en matière de santé mentale	P : présent I : absent C : absent O : présent	absent
Kaur Nagra <i>et al.</i>	2016	Asian Journal of Psychiatry	Royaume Uni Portugal Suisse	-	Revue narrative	Discuter des CTO (données probantes, attitude des cliniciens et alternatives)	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Khurmi <i>et al.</i>	2010	Advances in	Royaume	Royaume Uni	Opinion	Discuter des CTO	P : présent	absent

		Psychiatric Treatment	Uni		Paper	au regard de la Human Rights Act (1998)	I : présent C : absent O : présent	
Kinderman <i>et al.</i>	2008	International Journal of Law and Psychiatry	Royaume Uni	Royaume Uni Nouvelle Zélande Australie Etats Unis Canada	Opinion Paper	Discuter des modèles psychologiques des troubles mentaux, des droits de l'homme et des CTO	P : présent I : présent C : absent O : absent	absent
Kisely	2016	Canadian journal of psychiatry	Canada Australie	Canada	Revue systématique	Résumer les données probantes sur les CTO au Canada	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Kisely <i>et al.</i>	2011	The Cochrane database of systematic reviews	Canada Australie	Etats Unis	Revue Systématique Cochrane	Examiner l'efficacité clinique et la rentabilité du CTO pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Kisely <i>et al.</i>	2014	The Cochrane database of systematic reviews	Canada Australie	Etats Unis Angleterre	Revue Systématique Cochrane	Examiner l'efficacité du CTO pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Kisely <i>et al.</i>	2014	Canadian journal of psychiatry	Canada Australie	Etats Unis Angleterre	Revue Systématique	Exposer les données probantes concernant les CTO pour les personnes atteintes	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent

						d'une maladie mentale grave		
Kisely <i>et al.</i>	2015	Schizophrenia Bulletin	Canada Australie	Etats Unis Angleterre	Revue Systématique Cochrane	Examiner l'efficacité des CTO pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Kisely <i>et al.</i>	2017	The Cochrane database of systematic reviews	Canada Australie	Etats Unis Angleterre	Revue Systématique Cochrane	Examiner l'efficacité du CTO pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Lally	2013	Irish Journal of Psychological Medicine	Irlande	Angleterre Pays de Galles Irlande Nouvelle Zélande Australie Etats Unis Canada	Revue Narrative	Décrire l'utilisation des CTO et les considérations relatives à leur mise en œuvre.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Lawton-Smith <i>et al.</i>	2008	The British Journal of Psychiatry	Royaume Uni Nouvelle Zélande	Royaume Uni Canada (Ontario) Canada Nouvelle Zélande NY	Opinion Paper	Proposer un débat bien documenté et provocateur sur les questions complexes concernant les CTO.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Light	2014	Psychiatric Bulletin	Australie	Royaume Uni Australie	Opinion Paper	Discuter des CTO (efficacité et utilisations)	P : absent I : présent C : absent	absent

							O : présent	
Macpherson <i>et al.</i>	2010	Advances in psychiatric treatment	Royaume Uni	Royaume Uni	Revue narrative	Décrire le contexte d'introduction des SCT, l'efficacité et les critères décisionnels et proposer des lignes directrices	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Maughan <i>et al.</i>	2014	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Royaume Uni Norvège	Australie Etats Unis Canada Royaume Uni	Revue systématique	Analyser l'efficacité des CTO	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Mfoafo-M'Carthy <i>et al.</i>	2012	International Journal of Mental Health	Canada (Ontario)	Canada (Ontario, Saskatchewan) Australie Nouvelle Zélande Royaume Uni Norvège Suisse Portugal Suède Pays Benelux Israël NY	Revue narrative	Examiner l'efficacité des CTO et considérer les alternatives (directives anticipées, gestion intensive de cas, services orientés rétablissement)	P : présent I : présent C : présent O : présent	Absent
Mfoafo-M'Carthy <i>et al.</i>	2015	International Journal of Culture and Mental Health	Canada (Ontario) Ghana	Ghana Canada (Ontario)	Revue narrative	Discuter du système de soins en Santé Mentale ghanéen à la lumière des connaissances sur	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent

						les CTO canadiens		
Molodynski <i>et al.</i>	2010	British Medical Bulletin	Royaume Uni	Angleterre Pays de Galles	Revue narrative	Ecrire un point étape sur le débat des CTO en Angleterre et au Pays de Galles	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Molodynski <i>et al.</i>	2014	Asian Journal of Psychiatry	Royaume Uni Maroc	Perspective internationale	Revue narrative	Explore les facteurs influençant la prévalence et le type de coercition dans les services psychiatriques et leur impact sur les personnes concernées	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Morandi	2014	Swiss Archives of Neurology and Psychiatry	Suisse	Suisse	Opinion Paper	Montrer, à travers l'exemple du traitement ambulatoire involontaire, les liens entre la coercition et la stigmatisation en psychiatrie	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Morandi et al.	2014	International Journal of Social Psychiatry	Royaume Uni Suisse	Suisse	Revue systématique	Répertorier les dispositions légales des différents cantons suisses pour les CTO et discuter l'hétérogénéité des dispositions et des	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent

						contextes.		
Morrissey <i>et al.</i>	2014	Psychiatric Services	Etats Unis (Caroline du Nord)	Etats Unis Royaume Uni Australie	Opinion Paper	Proposer un débat sur les résultats et la méthodologie de recherche concernant les CTO.	P : absent I : présent C : présent O : présent	absent
Newton-Howes <i>et al.</i>	2017	The British Journal of Psychiatry	Nouvelle Zélande Australie	Royaume Uni Australie Nouvelle Zélande Etats Unis	Opinion Paper	Expliquer en quoi les CTO ne sont pas justifiés pour les patients compétents.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
O'Brien <i>et al.</i>	2009	International Journal of Nursing Studies	Nouvelle Zélande	Nouvelle Zélande Etats Unis Canada Royaume Uni Suède Israël	Revue narrative	Proposer un point étape de la recherche concernant les CTO.	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Oakarr <i>et al.</i>	2013	The Psychiatrist	Royaume Uni	Royaume Uni	Opinion Paper	Discuter les CTO au regard de la CEDH	P : absent I : présent C : absent O : présent	absent
Pai <i>et al.</i>	2016	Asian Journal of Psychiatry	Australie	Australie Royaume Uni	Revue narrative	Discuter l'utilisation et l'efficacité des CTO.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Pridham <i>et al.</i>	2016	Psychiatric Services	Canada	Nouvelle Zélande Australie Etats Unis	Revue systématique	Présenter la littérature qui traite de la relation entre les CTO et la	P : présent I : présent C : absent O : présent	présent

				Royaume Uni Israël Canada		perception de coercition des patients.		
Roskes	2013	Psychiatric Services	Etats Unis	Etats Unis	Opinion Paper	Attirer l'attention sur le risque d'euphémisation de la contrainte ambulatoire	P : absent I : présent C : absent O : présent	absent
Rugkåsa <i>et al.</i>	2009	Psychiatry	Royaume Uni	Royaume Uni	Opinion Paper	Présenter les CTO : le débat, les données probantes, premières expériences au RU et les perspectives	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Rugkåsa <i>et al.</i>	2017	BJPsych Advances	Norvège Royaume Uni	Juridictions où les CTO sont utilisés avec emphase sur le Royaume Uni	Synthèse de toute la littérature sur le sujet	Décrire le développement des CTO dans le monde, les données probantes et le débat	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Rugkåsa	2016	The Canadian Journal of Psychiatry	Norvège Royaume Uni	Australie Canada Etats Unis Royaume Uni	Revue systématique	Présenter les données internationales sur l'efficacité des CTO.	P : présent I : présent C : présent O : présent	présente
Rugkåsa <i>et al.</i>	2014	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Norvège Royaume Uni Nouvelle Zélande	Australie Canada Etats Unis	Revue systématique	Présenter les données probantes et discuter l'utilisation des CTO.	P : présent I : présent C : présent O : présent	présent
Segal <i>et al.</i>	2017	Psychiatric Services in	Etats Unis	Etats Unis	Opinion Paper	Présenter la protection et les	P : présent I : présent	absent

		Advance				possibilités de recherche vis-à-vis des personnes en AOT.	C : absent O : présent	
Segal	2017	The Lancet Psychiatry	Etats Unis	Etats Unis Angleterre	Opinion Paper	Remettre en question la pertinence des essais contrôlés pour évaluer l'efficacité des CTO.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Sjöström	2017	L'Information psychiatrique	Suède	Norvège Royaume Uni Etats Unis Suède	Revue narrative	Comparer selon une approche socio-politique, les CCC suédois aux CCC de Norvège, Angleterre/Pays de Galle et l'Etat de NY.	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Swanson <i>et al.</i>	2014	Psychiatric Services	Etats Unis	Etats Unis Angleterre	Opinion Paper	Dire que les données probantes concernant les CTO sont suffisantes.	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Swartz <i>et al.</i>	2016	The Canadian Journal of Psychiatry	Etats Unis	Etats Unis Angleterre Canada	Revue narrative	Examiner le contexte de la promotion du CTO (prévention de la violence) et les données probantes empiriques de l'utilisation des	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent

						CTO.		
Taylor	2010	Advances in Psychiatric Treatment	Ecosse	Royaume Uni	Opinion Paper	Commenter la contrainte en milieu communautaire entre l'Ecosse et l'Angleterre/Pays de Galles	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Testa <i>et al.</i>	2010	Psychiatry (Edgemont)	Etats Unis	Etats Unis	Revue narrative	Dresser un tableau des pratiques psychiatriques coercitives aux Etats Unis	P : présent I : présent C : absent O : présent	absent
Vaghari	2016	-	Etats Unis	Etats Unis	Thèse	Promouvoir le recours à l'engagement préventif en consultation externe pour les personnes atteintes de maladie mentale chronique et grave	-	-
Walsh	2010	Irish Journal of Psychological Medicine	Irlande	Royaume Uni	Opinion Paper	Déterminer l'efficacité des CTO et ses conséquences de leur mise en place en Irlande.	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent
Woolley	2010	The Psychiatrist	Angleterre	Angleterre Pays de Galles	Opinion Paper	Discuter l'utilisation des CTO selon l'idée de la protection et	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent

						des données probantes.		
Zhang <i>et al.</i>	2015	Neuroscience bulletin	Chine Nouvelle Zélande Canada	Royaume Uni Autriche Danemark France Allemagne Italie Irlande Norvège Canada Etats Unis Brésil Australie Nouvelle Zélande Japon Chine Taiwan Hong Kong	Revue narrative	Décrire les critères et les réglementations concernant le placement coercitif psychiatrique en Europe, aux Amériques, en Australasie et en Asie.	P : présent I : présent C : présent O : présent	absent

Annexe 4. Synthèse des dimensions caractéristiques des types de médecins psychiatres - Guibet Lafaye C. Quelle éthique pour quels psychiatres ? Sociologie 2016 (18)

	Principes	Objectifs	Bien du patient	Libertés		Mission de la psychiatrie	Contrainte	Pathologies
	Q.2	Q.3	Q.6	Q.8*	Q.11			Q.9
Type 1 - médical	Être médecin, <i>i.e.</i> soigner et empêcher de mourir.	Identification de symptômes, diagnostic, mise en place d'un traitement médicamenteux.	Vivre et être en bonne santé.	Un impératif pour soigner l'individu, imposé par la société.	La maladie psychiatrique modifie la perception de la liberté mais on ne peut pas toujours décider à la place du patient.	Répondre à la souffrance du patient, et aux obligations imposées à la psychiatrie par la société.	Un outil de la psychiatrie bordé par un protocole.	Description symptomatique ; identification des facteurs étiologiques.
Type 2 - paternaliste	Un prendre soin qui peut consister à protéger la personne contre elle-même au nom de la non assistance à personne en danger.	Repérer les personnes qui souffrent et apaiser leur souffrance ; remettre les personnes dans un état leur permettant de faire leur choix.	Le bien du patient est déterminé par le médecin, meilleur interprète de son intérêt.	Justifiés par le contexte, l'environnement et la santé publique.	Le but des traitements est de leur rendre leur liberté.	Protéger la personne malade et assister les individus les plus en souffrance, quels que soient les moyens requis.	Un outil de la psychiatrie utilisé pour le bien du patient et dont on ne peut se passer ; le problème réside dans la levée de la contrainte.	Modèle de l'aliénation, pathologie de la liberté.
Type 3 - humaniste	Traiter l'autre comme un <i>alter ego</i> , le respecter.	Établir un lien de nature empathique avec le patient ; un accompagnement.	Rester dans le lien thérapeutique ; avoir les moyens d'être autonome.	Une atteinte aux libertés individuelles.	Place essentielle de la liberté individuelle pour la favoriser au maximum.	Non interprétées à la lumière du modèle médical mais s'inspirant des sciences humaines.	Aversion à l'égard de la contrainte en raison de la violence qu'elle implique.	Une forme d'être au monde ; une solution psychique trouvée par le sujet pour se préserver.
Type 4 - contrôle social	La défense de l'intérêt du patient même si lui n'en a pas conscience ; assumer les fonctions du psychiatres de l'hôpital public.	Avoir les moyens de proposer aux personnes les soins qu'elles demandent ; accompagner les patients le plus loin possible dans ce qu'ils peuvent faire ; mettre à l'abri les citoyens des patients qui pourraient être dangereux.	Prendre son traitement, rester dans les soins.	Très utiles ; toujours utilisés en psychiatrie sous la forme des sorties d'essai ; une réponse pragmatique.	La liberté n'a pas le même sens pour les patients de la psychiatrie que pour les autres.	Fonction de protection sociale et du malade.	Un outil nécessaire de la psychiatrie. La contrainte est utilisée dans la diversité de ses formes.	Le sujet ne perçoit pas la réalité de façon adaptée, il est détaché de la réalité ; anosognosie.
Type 5 - défense des droits	Défense de la liberté et des droits de patients perçus comme des citoyens à part entière.	Guérir les patients ; réinvestir le patient de sa capacité à consentir et à être responsable.	Réaliser ses envies.	Une privation de liberté qui ne doit pas être décidée par un médecin.	Récusation de l'aliénation ; l'essentiel du temps, les patients ont leur libre arbitre.	Promotion de la santé publique, accès de tous à des soins de la meilleure qualité.	Aversion à l'égard de la contrainte du fait du souci pour les libertés individuelles des patients.	Un accident dans un parcours de vie ; une souffrance.

AUTEUR : Nom : LEFEBVRE	Prénom : Adeline
Date de Soutenance : 29 mai 2019	
Titre de la Thèse : Les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires Une double revue systématique mixte de la littérature : à l'international et en France	
Thèse - Médecine - Lille 2019	
Cadre de classement : Psychiatrie	
DES + spécialité : DES Psychiatrie	
Mots-clés : psychiatrie, programme de soins, contrainte, liberté, coercition, community treatment orders, revue systématique, lexicométrie, méta ethnographie, analyse thématique	
Résumé : Contexte : La liberté et la contrainte sont deux concepts débattus dans le champ de la psychiatrie depuis son origine et qui restent d'actualité. Les pays industrialisés qui ont développé un système de soin en santé mentale ont connu un virage ambulatoire pour des raisons humaniste, économique et dans un contexte de découverte des neuroleptiques. Les modalités psychiatriques coercitives ambulatoires (MPCA) sont présentes dans 75 juridictions dans le monde. En France, ces mesures existent sous le nom de « Programme de soins » depuis la loi du 5 juillet 2011 révisée en 2013. Au regard de la complexité des notions que recouvrent les MPCA, le terme peut prendre des noms différents. À notre connaissance, il n'existe pas de revue systématique mixte s'attachant à décrire les modalités d'applications de ces mesures en France et à l'international. Ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large, initiée par le GCS-CCOMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale de Lille, visant à construire une recherche pour décrire les pratiques de soins ambulatoires sans consentement en psychiatrie en France. Méthode : Les littératures internationale et française sur le sujet ont été explorées par le biais d'une double revue systématique mixte convergente. La revue internationale a pour objectif d'identifier les thématiques principales des chercheurs relatives aux MPCA. La revue nationale a pour objectif d'identifier les sujets relatifs aux PDS traités dans la littérature française. PubMed, PsychINFO et Scopus ont été interrogés pour la revue internationale. 7 banques de données et 7 répertoires ont été interrogés pour la revue nationale. Les critères d'inclusion et de non inclusion ont été basés sur des critères pertinents pour les contextes juridiques et de la littérature. La qualité des articles a été analysée à l'aide des grilles AMSTAR2 pour la revue internationale et MMAT pour la revue nationale. Pour chaque revue, une analyse quantitative (Analyse des Données Textuelles, type lexicométrie) a été réalisée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. La méthodologie qualitative pour la revue internationale était une analyse thématique et, pour la revue française, une méta ethnographie. Résultats : 57 revues internationales et 45 articles français ont été sélectionnés. Des spécificités françaises et internationales apparaissent et plusieurs informations entrent en résonance entre les deux littératures. Il existe un paradoxe entre un contexte médiatique qui renforce la stigmatisation et une avancée des Droits des personnes. L'utilisation des modalités et des contenus des MPCA sont hétérogènes. Ils existent des facteurs décisionnels divers. Les personnes concernées sont souvent des hommes présentant un syndrome de la porte tournante en psychiatrie et un risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. Les autres acteurs sont les médecins psychiatres et les soignants, les familles et des intervenants judiciaires. Les débats, parfois vifs, entre les auteurs se polarisent sur la question des Droits et, plus récemment, sur l'évaluation de l'efficacité des MPCA. Enfin, les auteurs évoquent des alternatives aux MPCA issues du champ du rétablissement. Conclusion : Ce travail propose une analyse de la littérature française et internationale sur les MPCA, appelées PDS en France qui s'inscrivent dans une longue histoire des liens entre libertés et contraintes en psychiatrie. Cet état de l'art sur le sujet réaffirme sa complexité, située à l'interface d'enjeux juridiques, éthiques, sociétaux et sanitaires.	
Composition du Jury : Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Professeur Jean-Philippe COBBAUT, Madame le Docteur Déborah SEBBANE	