

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le tiers dans les soins sans consentement

Présentée et soutenue publiquement le 05 Octobre 2021 à 17h00 au
Pôle Recherche

par Andréa CULLERON

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :
Monsieur le Docteur Simon PAWLAK

Directeur de thèse :
Madame le Docteur Mathilde HORN

Avertissement

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

ABREVIATIONS

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

PDS : Programme de soins

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'état

SDT : Soins à la demande d'un tiers

SPI : Soins en péril imminent

SSC : Soins sans consentement

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou
handicapées psychiques

QCM : Questions à choix multiples

Table des matières

INTRODUCTION	12
I. DEFINITION DES SOINS SANS CONSENTEMENT	12
II. HISTORIQUE/LEGISLATION DES SOINS SANS CONSENTEMENT	13
A. DE L'ANCIEN REGIME A LA LOI DE 1838	13
B. LOI DU 30 JUIN 1838	15
C. LOI DU 27 JUIN 1990	18
D. LOI DU 05 JUILLET 2011, REFORMEE LE 27 SEPTEMBRE 2013	21
III. DIFFERENTES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT	22
A. SDRE (ARTICLE L3213-1 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE)	22
B. SPI (ARTICLE L3212-1 2° DU CODE DE SANTE PUBLIQUE)	23
C. SDT (ARTICLE L3212-1 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE)	24
1. <i>LE TIERS</i>	24
2. <i>SDT CLASSIQUE (ARTICLE L3212-1 1° DU CODE DE SANTE PUBLIQUE)</i>	25
3. <i>SDTU (ARTICLE L3212-3 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE)</i>	26
IV. ÉPIDEMIOLOGIE DES SOINS SANS CONSENTEMENT	26
V. PROBLEMATIQUE	27
VI. OBJECTIF	29
MATERIEL ET METHODE	29
I. BIBLIOGRAPHIE	29
II. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	30
A. JUSTIFICATION DE L'APPROCHE QUANTITATIVE	30
B. TYPE D'ETUDE	30
C. POPULATION DE L'ETUDE	30
D. MATERIEL DE L'ETUDE	31
E. ANALYSES STATISTIQUES	32
F. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES	32
RESULTATS	33
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON (VOIR TABLEAU 1)	33

II. STATUT DES TIERS PAR RAPPORT AUX SSC (VOIR TABLEAU 2).....	34
III. SUJETS A L'ORIGINE DU TRANSFERT AUX URGENCES (VOIR TABLEAU 3)	35
IV. VECU DU TIERS (VOIR TABLEAU 4).....	35
V. CONTEXTE EN AMONT DE L'HOSPITALISATION (VOIR TABLEAU 5).....	37
<u>DISCUSSION.....</u>	38
I. RESENTI DES TIERS.....	38
A. SOULAGEMENT	38
B. ÉPUISEMENT	39
C. TRISTESSE	40
D. ATTENTE DES TIERS	40
II. INFORMATION DES TIERS.....	41
III. DELAI D'HOSPITALISATION.....	42
IV. COMMENT AMELIORER L'ETAYAGE DES TIERS ?	43
V. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	46
A. FORCES	46
B. LIMITES DE L'ETUDE.....	47
<u>CONCLUSION</u>	48
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	49
<u>TABLE DES ANNEXES.....</u>	52

INTRODUCTION

I. Définition des soins sans consentement

Les soins sans consentement (SSC) sont des soins administrés à des personnes dont la capacité à consentir est altérée ou abolie par des troubles psychiques. Les personnes ne reconnaissant pas leur état de santé et n'acceptant pas les soins sont contraints de rester au sein d'un établissement de santé.

En médecine, les soins consentis demeurent la règle. La réglementation française, depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de santé publique). Le meilleur soin est celui dans lequel une notion contractuelle est intégrée avec consentement éclairé et adhésion du soigné. Le fait de se soigner, librement choisi par le patient, représente l'alliance thérapeutique.

Cependant, certains troubles psychiatriques sont à l'origine d'un jugement altéré causant fréquemment un déni de la maladie présente dont la conséquence logique est l'opposition aux soins proposés. Toutefois, cette altération du jugement (longtemps appelée aliénation mentale, du latin « alienatus » signifiant « étranger à lui-même ») a fréquemment un impact social majeur, en raison des comportements souvent étranges voire parfois agressifs présentés par les malades qui en souffrent.

Ces manifestations comportementales ont donc, à toutes les époques de l'Histoire et dans toutes les sociétés indépendamment de leur culture, amené les représentants légaux de la société, en tant que garants de l'ordre social, à se poser la question de l'utilisation de mesures de contrainte dans leur prise en charge. Dès lors, la législation

française fait du soin la priorité, quand bien même il doit se voir appliqué sans le consentement du patient. (1), (2)

II. Historique/Législation des soins sans consentement

A. De l'ancien régime à la loi de 1838

Dans l'Ancien Régime, la lettre de cachet est un pli revêtu du sceau royal, portant un ordre direct à un officier royal. Généralement à la demande des proches, sa rédaction justifie souvent l'exécution d'une sentence d'internement. Les motifs peuvent être variés : mœurs, tapage nocturne, mais aussi « folie ». La lettre de cachet court-circuite le procès et, à cet égard, constitue un internement arbitraire sans appel possible. De façon similaire aux arrestations pratiquées par la police du Roi sur simple constat, elle est une pratique de régulation de la demande d'internement – une demande n'étant pas nécessairement acceptée par l'autorité royale.

Cette lettre de cachet ne constitue qu'un symbole du pouvoir discrétionnaire d'interner sous l'Ancien Régime. « L'hôpital général » est un lieu où l'on interne, sans discernement ni justification cohérente, les pauvres, les chômeurs, les correctionnaires, les profanateurs, les libertins et les insensés. Contre pitance quotidienne, ils sont privés de leur liberté. Ce serait le fait de les réunir qui aurait conduit d'abord à construire une figure unitaire, celle de la déraison, expliquant toutes ces attitudes, et dont la folie serait la manifestation suprême. Cette fiction aurait tenu jusqu'à quelques dizaines d'années avant la Révolution, date à laquelle l'hétérogénéité de la population internée, et l'angoisse de la contagion de la folie, auraient choqué les mœurs européennes.

Louis XVI a réglementé l'usage de la lettre de cachet, notamment en en rendant l'effet temporaire par défaut. Plus précisément, l'internement pour folie doit répondre à certaines clauses précises. Il est permanent que si le fou est considéré incurable. Depuis toujours dans l'Ancien Régime, lorsqu'il y a procès, le médecin peut être cité à comparaître pour éclairer la justice sur la raison du prévenu.

Deux siècles plus tard, au décours de la Révolution Française, une loi permet à l'administration « d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par des insensés ou des furieux laissés en liberté » sans toutefois indiquer les mesures à prendre. (3)

L'époque du Grand Empire est marquée notamment, grâce à Philippe Pinel (1745-1826) et Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), par l'émergence de la psychiatrie et l'objectif de séparer les « insensés » des criminels :

- Le Code Civil de 1804 codifie les rapports sociaux
- Le Code Pénal de 1810 codifie les crimes et délits
 - o Article 64 du Code Pénal est la première distinction légale entre la démence comme comportement délinquant impactant la responsabilité pénale et la démence comme pathologie suspendant la responsabilité pénale : « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force extérieure à laquelle il n'a pas su résister ».

En pratique, jusqu'en 1838, les aliénés, qui dépendent à la fois des municipalités et de la justice, sont entassés dans des prisons ou dans les rares cabanons des hôpitaux ;

peu d'établissements sont construits et le système d'assistance sous contrôle privé se développe avec la fondation de plusieurs asiles ou maisons religieuses pour « aliénés ». Dans le même temps, plusieurs rapports sur l'état des maisons où sont détenus les fous sont successivement demandés par le pouvoir en place à des médecins, parmi lesquels on compte Ferrus et Esquirol.

B. Loi du 30 juin 1838

Cette loi, signée à Neuilly par Louis-Philippe, roi des Français et Camille Bachasson de Montalivet, ministre de l'Intérieur, scellée par Barthe, garde des Sceaux de France, a succédé à de longs débats sur la façon de mettre en place des traitements sans atteindre à la liberté de l'individu.(4)

Le 30 juin 1838, la République de France vote une loi intitulée *Loi n°7443 sur les aliénés*, la loi « Esquirol », grâce à laquelle une reconnaissance légale de la prise en charge des troubles psychiatriques est introduite. Elle institue la notion de soins sous contrainte en psychiatrie et a deux objectifs : protéger la société des aliénés et les soigner. Cet arrêté, voté à l'unanimité par la chambre des Pairs et à la quasi-unanimité par celle des Députés souligne longuement les dispositions relatives à l'hospitalisation sous contrainte :

- En « placement volontaire » : ce placement était demandé, non par l'intéressé, mais par un tiers (en général un membre de la famille). A l'entrée dans l'établissement, devaient être remis aux directeurs et vérifiés par eux :
 - o Une demande d'admission comportant nom, prénom, âge et domicile de la personne à placer et de celle qui demandait le placement
 - o Un certificat médical, de moins de 15 jours, établi par un médecin étranger à l'établissement et à la famille. Ce certificat devait décrire les

troubles présentés par la personne examinée et la nécessité pour elle d'être internée

- Une pièce d'identité concernant la personne à placer

Dans les 24 heures qui suivaient l'admission, le médecin de l'établissement devait rédiger un certificat confirmant l'existence de troubles mentaux chez la personne placée et la nécessité d'être admise. Ce certificat médical et un bulletin d'entrée étaient adressés au Préfet. Celui-ci devait notifier le placement au Procureur du Roi du domicile de la personne placée et au Procureur du Roi de l'arrondissement de l'établissement.

Quinze jours plus tard, le médecin de l'établissement rédigeait un nouveau certificat décrivant la persistance ou la modification des troubles et la nécessité du maintien. Chaque mois, le médecin de l'établissement devait consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental du malade.

- En « placement provisoire » : à Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets pouvaient ordonner le placement d'office de toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. Un certificat médical n'était pas mentionné. Les ordres des préfets devaient être motivés. En cas de danger imminent attesté par un certificat médical ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris ou les maires dans les autres communes devaient prendre les mesures provisoires et en référer dans les 24 heures au préfet qui devait statuer sans délai. Les placements volontaires pouvaient être transformés par le préfet en placements d'office si l'état mental des personnes pouvait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes. L'article 24 de la loi était très important. Les hôpitaux civils et hospices étaient tenus de recevoir les personnes en instance de

placement d'office. (Il était même envisagé leur hébergement dans une hôtellerie). En aucun cas ces personnes ne pouvaient être mélangées dans une prison avec des prévenus ou des condamnés. Cet article permettait au préfet, à la faveur du délai, de motiver ses ordres avant le placement d'office. (Il supposait que les hôpitaux civils ou hospices disposent de locaux adaptés). La loi ne parlait pas expressément de l'origine particulière de certains placements d'office : celle des prévenus ayant bénéficié des dispositions de l'article 64 du Code pénal. L'action de la Justice s'éteignait à leur égard puisqu'ils s'étaient trouvés en état de démence au moment de l'action. Leur situation était soumise au Préfet qui, si l'expertise médicale concluait à la dangerosité, ordonnait leur placement d'office. Ces ex-prévenus devenaient alors des "médico-légaux" dont la sortie pouvait poser problème par la suite. (4)

De plus, cette loi fait obligation à chaque département d'avoir un établissement spécialement destiné à traiter les aliénés. En effet, la psychiatrie naît et se donne à voir comme naissant en tant que discipline autonome à partir d'un lieu, l'asile, qui devient synonyme de soin et qui, à partir des premières décennies du XIX^e siècle, dans de nombreux états européens, deviendra partie intégrante de véritables politiques sanitaires.(5) Les autorités administratives, et tout d'abord le préfet, ainsi que les autorités judiciaires devaient régulièrement visiter les établissements, recevoir les réclamations éventuelles des personnes placées et contrôler l'application de la loi. La protection de la liberté individuelle qu'aurait pu menacer un internement avait été la préoccupation majeure des législateurs de 1838.

Cette loi marque l'entrée de l'avis médical dans la décision d'internement des malades mentaux et est donc tout à fait révolutionnaire pour l'époque.

Elle est cependant rapidement critiquée en raison d'un excès de pouvoir qui aurait été accordé au monde médico-administratif, avec un contrôle jugé insuffisant de l'autorité judiciaire qui n'intervient pas en première instance mais uniquement en cas de recours.

En effet, en France, le pouvoir de privation de liberté est normalement le fait de l'autorité judiciaire mais est donné à l'autorité administrative en cas de maladie mentale uniquement. Cela pose donc la question de la légitimité de l'hospitalisation sous contrainte dans ce cadre : l'autorité administrative est-elle suffisante pour légitimer une décision de privation de liberté ?

C. Loi du 27 juin 1990

Après cent cinquante-deux ans de fonctionnement, une nouvelle loi, intitulée Loi n° 90-527 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, est promulguée. Elle valide notamment les recommandations adoptées le 22 février 1983 par le comité des ministres du Conseil de l'Europe et introduit un certain nombre de conditions devant garantir les droits de la personne malade. Le droit qui abroge en 1990 l'ancien texte de 1838 maintient le caractère administratif de la décision d'hospitalisation sans consentement. La justification médicale du soin contraint énoncée au niveau européen est ainsi conforme à une tradition psychiatrique française tendant à rejeter la judiciarisation des hospitalisations sans consentement. En effet, le législateur de 1990 fonde sa volonté de faire dépendre systématiquement l'hospitalisation contrainte d'une nécessité thérapeutique : c'est donc sans opposition qu'est consacré juridiquement le renforcement du poids de l'avis médical dans la décision de l'hospitalisation sans consentement, en amont de l'hospitalisation comme en aval. (6)

La loi du 27 juin 1990 apporte des modifications terminologiques à celle de 1838. Ainsi, le « placement » devenait « hospitalisation », le « volontaire » sur « demande d'un tiers », tandis que l' « office » restait d' « office » :

- L'hospitalisation sur demande d'un tiers concerne les personnes « atteintes de troubles mentaux, si ces troubles rendent impossible son consentement, et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » ; la demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux dont le second peut être établi par un médecin de l'hôpital psychiatrique. Il existe une période d'observation de 15 jours du patient au sein de l'établissement hospitalier où il a été admis. Plusieurs certificats médicaux doivent être rédigés pendant cette période et tout au long de l'hospitalisation :
 - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission
 - Trois jours avant la fin des quinze premiers jours
 - Trois jours avant les échéances de renouvellement mensuel (7)
- L'hospitalisation d'office concerne « les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ». L'arrêté préfectoral doit s'appuyer sur un certificat médical circonstancié n'émanant pas d'un psychiatre de l'hôpital, tandis que le maire peut arrêter une mesure provisoire « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes », mesure provisoire devant être confirmée ou infirmée par le préfet dans les 24 heures. Des certificats médicaux sont produits au préfet tout au long de l'hospitalisation comme dans la loi de 1838 :
 - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission

- Un mois après l'hospitalisation
- Puis tous les mois (7)

Cette même loi introduit deux nouvelles notions :

- La sortie d'essai qui est un aménagement de l'hospitalisation sous contrainte ; les dispositions prévues pour la surveillance de l'hospitalisation d'office ou de l'hospitalisation sur demande d'un tiers continuent à s'appliquer, c'est-à-dire que les certificats médicaux mensuels doivent être établis par le secteur responsable du suivi de la sortie d'essai et transmis au préfet. En hospitalisation sur demande d'un tiers, le praticien traitant prend la décision de sortie d'essai et décide également de sa forme. Il pourra, s'il le juge utile, mais non systématiquement, n'autoriser la sortie d'essai que sous la responsabilité d'une personne désignée. Le directeur de l'établissement transmet le bulletin de sortie d'essai au préfet et en informe le tiers ayant fait la demande. En hospitalisation d'office, aucune sortie non accompagnée ne peut être acceptée sans autorisation du préfet.
- « L'hospitalisation libre » demandée par le patient lui-même et qui constitue la majorité des modes d'hospitalisation de nos jours. En effet, la sectorisation a été mise en place afin que le malade dispose toujours d'une possibilité de prise en charge au plus près de son domicile. Elle n'est pas un argument pour refuser la prise en charge d'une malade situé dans le ressort d'un autre secteur. Le malade garde la liberté de s'adresser à l'équipe de son choix dans les limites de l'habilitation de l'établissement et des possibilités d'accueil. (7)

D. Loi du 05 juillet 2011, réformée le 27 septembre 2013

Au fil du temps, deux tendances sont apparues : la sécuritaire, tendant à l'enfermement considéré comme une forme de protection des personnes, mais privilégiant particulièrement la protection de la société ; et celle de défense des droits des usagers, qui veille à éviter les enfermements abusifs. C'est dans cet atmosphère qu'est née la loi n°2011-803 du 05 juillet 2011. Son objectif affiché est d'améliorer la prise en charge des personnes suivies en psychiatrie par la protection de leurs droits et dans ce sens, d'éviter les hospitalisations sans consentement non justifiées. Il s'agissait également d'une loi de protection de la société contre les malades mentaux considérés comme étant dangereux. (8)

De ce fait, cette nouvelle législation apporte des modifications majeures tant dans la forme que le fond par rapport à l'ancienne loi.

Concernant la forme, les terminologies employées évoluent à nouveau : le terme « hospitalisation » devient « soins sans consentement », modalité qui inclue d'autres modes de prise en charge tels que l'hospitalisation partielle, les consultations et les ateliers thérapeutiques.

Concernant le fond, plusieurs notions sont introduites :

- Soins en « Péril imminent » (SPI) : Une innovation de la loi a été d'autoriser des admissions à la demande d'un tiers sans présence de tiers et la notion de « péril imminent » a permis ainsi de pallier une insuffisance du précédent dispositif concernant notamment des personnes désocialisées pour lesquelles aucun tiers n'était trouvé.

- Programme de soins (PDS) : Les personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et sur décision du représentant de l'État (SDRE) peuvent être prises en charge pour des SSC en dehors de l'hospitalisation complète
- La période d'observation est réduite à 72 heures et donc avancement du délai de rédaction du deuxième certificat post-hospitalisation (9)
- Contrôle du juge des libertés obligatoire pour tous les SSC au-delà de 12 jours ce qui modifie la répartition des pouvoirs médicaux, administratifs et judiciaires en matière de soins psychiatriques sans consentement (8)

III. Différentes mesures de SSC

Une personne ne peut sans son consentement, ou le cas échéant sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques. Cependant, des SSC sont autorisés sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions prescrites par le code de la santé publique (art. L. 3211-1 et suivants du code de la santé publique). Le certificat médical doit permettre à ses destinataires non médecins de comprendre le bien-fondé de la mesure, celle-ci devant prendre en compte l'équilibre entre la protection de la santé et les libertés individuelles de la personne et mettre en exergue les comportements pouvant porter atteinte à la sécurité des personnes et à l'ordre public, le cas échéant. (10)

Les procédures encadrant les SSC sont prévues par les dispositions des articles L3211-1 et suivants du code de la santé publique. (11)

L'admission d'un patient en SSC est possible si et seulement si :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,

– son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante (hospitalisation complète) ou régulière (PDS). (12)

A. SDRE (article L3213-1 du Code de Santé Publique)

Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Cette demande est motivée par :

- Un certificat médical circonstancié d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du patient. Ce document atteste de l'atteinte à la sûreté ou une atteinte grave à l'ordre public. (13)

Les arrêtés préfectoraux sont motivés, énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire et ils désignent l'établissement mentionné qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques.

B. SPI (article L3212-1 2° du code de santé Publique)

La procédure de péril imminent peut être actée lorsque qu'il est impossible de trouver un tiers susceptible de demander les soins et qu'il existe un risque grave et immédiat d'atteinte à l'intégrité du malade. Cette procédure, pour être validée doit comporter un certificat médical émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du malade et n'étant pas obligatoirement un psychiatre. Il est obligatoire de rechercher,

dans les 24 heures suivant l'admission du patient, une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. (11), (14), (15)

C. SDT (*article L3212-1 du code de santé Publique*)

1. *Le tiers*

a) *Qu'est-ce qu'un tiers ?*

Le tiers est la personne qui demande les soins. Elle peut être :

- Un membre de la famille
- Le tuteur ou le curateur et dans ce cas il doit fournir un extrait du jugement de mise sous curatelle ou tutelle et justifier d'une relation antérieure à la demande de soins avec le patient (16)
- Une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci

Le principe veut que l'auteur d'une demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement soit indépendant de l'établissement prenant en charge la personne malade. La loi interdit en effet que le personnel soignant exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade puisse faire la demande. (17)

b) *Son rôle*

La demande du tiers se présente sous la forme d'une lettre manuscrite datée, signée explicite sur la demande de soins. Elle comporte le nom – prénom – date et lieu de naissance – profession – domicile du demandeur et du malade. La nature des relations existant entre le malade et le tiers demandeur y est mentionnée et cette lettre est signée par le demandeur. Cette lettre doit également comporter de façon manuscrite l'identité du patient en cause à défaut de la photocopie de sa pièce d'identité. (18)

Le rôle du tiers ne se limite pas à cette étape des soins. En effet, il pourra en demander la mainlevée au directeur de l'établissement dont dépend la décision finale.

Par ailleurs, il sera nécessairement informé des sorties du patient, des modifications du mode de prise en charge et des audiences devant le juge des libertés. Associé à cela, depuis le 14 décembre 2020, le médecin est dans l'obligation d'informer le tiers à chaque renouvellement d'isolement ou de contention « par tout moyen permettant de dater sa réception, dès que la durée cumulée de mesures prises consécutivement d'isolement ou de contention atteint la durée totale définie et qu'une décision de renouvellement à titre exceptionnel de ces mesures est prise ». (19)

Cette même obligation d'information s'impose quand, même non consécutives, les mesures atteignent les durées limites fixées par la loi en moins de 48 heures et qu'elles sont encore renouvelées, ou encore quand la durée cumulée de plusieurs mesures d'isolement ou de contention atteint les durées limites en 15 jours.(20)

2. *SDT classique (article L3212-1 1° du Code de Santé Publique)*

La demande d'admission est accompagnée par :

- Deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours :
 - Premier certificat médical : rédigé par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil du patient et n'étant pas nécessairement un psychiatre
 - Deuxième certificat médical : peut être rédigé par un médecin exerçant dans la structure accueillant le malade

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

- Une demande de tiers (11), (14), (15)

3. *SDTu (article L3212-3 du Code de santé Publique)*

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade après avoir réceptionné :

- Un certificat médical unique circonstancié émanant d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil
- Une demande de tiers manuscrite répondant aux mêmes critères que précédemment (11), (14), (15)

IV. **Épidémiologie des soins sans consentement**

Le nombre de personnes bénéficiant de soins sans consentement en 2018 s'élève à 95600 personnes contre 77000 en 2012, soit 24% de hausse en 6 ans. En 2015, 92000 personnes ont bénéficié d'une de ces mesures, soit 5,4% de la file active de psychiatrie, dont 81000 patients au moins une fois à temps plein, soit 24% de la file active des hospitalisations à temps complet dans les établissements psychiatriques. Cette très forte augmentation s'explique d'une part par l'augmentation du nombre de SSC ambulatoires, les PDS, et d'autre part par l'explosion du nombre de SPI. (21)

Les hommes sont surreprésentés et l'âge moyen est plus bas que les patients admis en soins libres. Les pathologies psychotiques ainsi que les troubles bipolaires de l'humeur sont les pathologies qui justifient le plus la mise en place de SSC. Par ailleurs, la population prise en charge par cette mesure se renouvelle de plus de moitié chaque année. En 2015, 64 000 patients ayant reçu des SSC n'en avaient pas eu l'année précédente, et 52 000 n'en avaient pas eu non plus les trois années précédentes. (21)

Concernant la part des différentes mesures, 64% étaient à la demande d'un tiers soit 59000 personnes concernées par ce mode légal d'admission largement majoritaire (SPI : 21%, SDRE : 18%). (Voir figure 1)

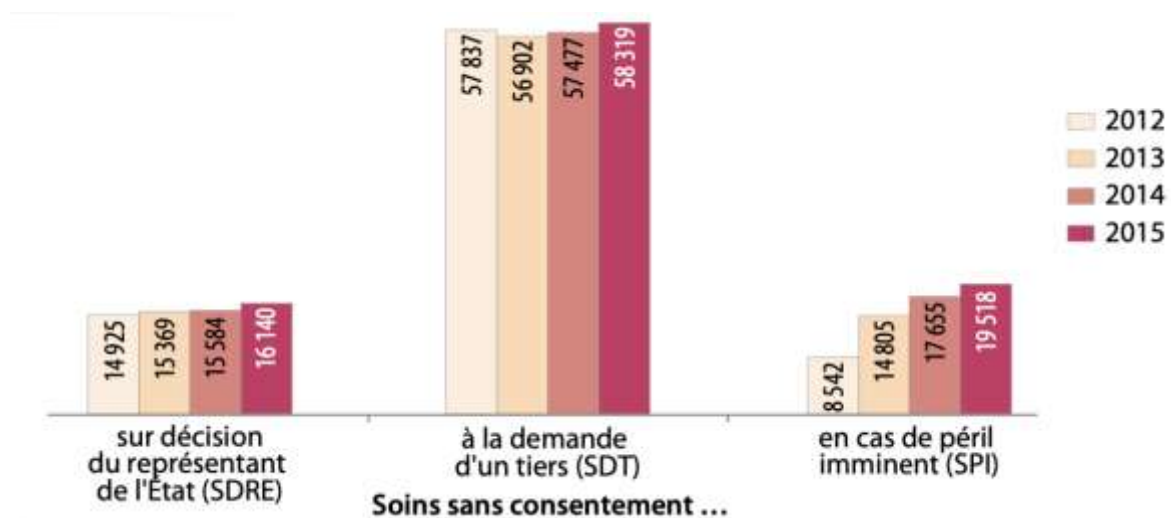


Figure 1 : Évolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal. (Source : « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 05 juillet 2011 », M. Coldefy)

V. Problématique

La qualité de l'étayage des patients atteints de troubles psychiques est une pierre angulaire de l'évolution des pathologies psychiatriques. L'entourage, quel qu'il soit, est

depuis des centaines d'années sollicité par le corps médical tant pour améliorer le quotidien de leur proche qu'au cours des procédures de SSC. Les tiers sont de véritables acteurs dans la prise en charge des patients.

Cependant, dans la littérature scientifique, alors que de nombreuses études s'intéressent au vécu des patients lors de la mise en place de ces procédures, peu d'études s'intéressent à celui du « tiers ».

Depuis le début de sa formation en psychiatrie, l'investigatrice de cette étude a souvent été exposée, tant dans les services de psychiatrie qu'aux urgences, aux critiques de l'entourage sollicité qui avait l'impression de ne pas être pris en compte à sa juste valeur en amont de la procédure de SSC.

De plus, grand nombre d'entre eux n'avaient pas initié de mesures de la sorte pour diverses raisons représentées surtout par l'ignorance, le manque d'information ou le défaut de recours possibles. L'absence d'indication susceptible d'aboutir à une prise en charge en milieu spécialisé était fréquemment rapportée également.

En prenant en considération ces éléments, l'investigatrice de cette étude s'est intéressée particulièrement au « tiers » :

- Qui est-il ?
- Quelles sont ses connaissances sur les mesures existantes ?
- Comment appréhende-t-il l'instauration de ce type de soins ?
- Qu'attend-il de ces procédures ?
- Se sent-il légitime dans la prise en charge du patient ?

VI. Objectif

L'objectif est d'évaluer le ressenti des tiers au moment de la mise en place d'une mesure de SDT, leurs connaissances et leurs attentes sur le sujet dans le but de mettre en lumière les carences qui les entourent, inciter l'émergence de solutions visant à améliorer leur accompagnement tout au long de l'évolution de la pathologie de leur proche et limiter le délai entre l'apparition des premiers symptômes et une prise en charge adaptée du patient.

MATERIEL ET METHODE

I. Bibliographie

L'investigatrice a participé à un séminaire de formation en recherche clinique au sein de la faculté de Lille lui permettant d'acquérir des connaissances précieuses en la matière.

Ce travail de recherche a débuté par l'exploration de différentes plateformes numériques susceptibles de contenir des articles scientifiques an adéquation avec le sujet telles que : Pubmed, EM consult, EM Premium, Cairn, Thèses.fr, Dumas.fr, Pépite et la banque de données numériques de la bibliothèque universitaire de Lille. Google a également été un moteur de recherche sollicité. Les mots clefs étaient représentés par « psychiatric care », « third person », « caregivers », « family caregivers », « without consent », « commitment of mentally ».

Concernant le versant juridique du sujet, les sites de l'HAS, de l'ARS et le code de santé publique ont été interrogés.

Les données bibliographiques ont été gérées grâce au logiciel Zotero.

II. Caractéristiques de l'étude

A. Justification de l'approche quantitative

L'étude quantitative est utilisée pour mesurer, pondérer ou obtenir des données chiffrées. Ces données permettent d'obtenir une conclusion globale concernant une étude.

Cette thèse a été menée dans le but d'estimer quelles émotions étaient majoritairement représentées chez les personnes sollicitées en tant que tiers. Une analyse quantitative semblait la plus adaptée.

B. Type d'étude

Cette étude multicentrique a été menée dans les services des urgences du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Lille et du centre hospitalier (CH) de Valenciennes, dans le département du Nord, en France.

Afin de répondre au mieux à nos questions sur le sujet, nous avons donc réalisé une étude quantitative, transversale, observationnelle, analytique et descriptive.

C. Population de l'étude

La population cible était représentée par les personnes jugées aptes à se porter tiers par les équipes de soins afin de mettre en place une mesure de SSC dans l'intérêt d'un patient. Toutes les personnes répondant à cet unique critère étaient concernées, sans distinction vis-à-vis du lien qui les unissait au patient.

La population de notre étude englobe l'ensemble des tiers sollicités par les équipes soignantes des urgences de Valenciennes et du CHU de Lille ayant rédigé une

demande manuscrite d'admission en milieu psychiatrique de leur proche sur la période allant d'avril 2021 à août 2021.

D. Matériel de l'étude

Le matériel de l'étude était un auto-questionnaire de 10 questions à choix multiples (QCM) rédigé dans un vocabulaire simple et compréhensif par le plus grand nombre.

(Voir annexe 1)

Nous avons placé dans les bureaux d'entretiens psychiatriques de ces services deux pochettes : une contenant les auto-questionnaires vierges et la seconde destinée à recevoir les auto-questionnaires remplis ainsi que les auto-questionnaires vierges issus d'un potentiel refus d'une personne de participer à l'étude, annotés de la mention « refus » afin d'avoir une estimation du pourcentage sur lesquels se basent nos résultats.

Les QCM englobaient des thèmes divers et variés dans le but de répondre le plus précisément à nos hypothèses initiales.

L'auto-questionnaire était proposé aux tiers à l'issue de la rédaction de la demande manuscrite, après leur avoir fourni des explications quant aux objectifs de ce questionnaire et de notre étude. Leur droit de refus était exprimé clairement. Si certains avaient des difficultés à lire et/ou écrire, le soignant proposait son assistance.

Il leur était demandé d'indiquer leur numéro de téléphone à la fin s'ils acceptaient d'être recontactés à des fins de recherche.

Par ailleurs, nous avons mentionné à la fin des questionnaires un numéro de téléphone qu'ils pouvaient joindre s'ils souhaitent obtenir du soutien ou en cas de questions a posteriori.

Les formulaires étaient anonymes, seul le lieu de rédaction était indiqué ainsi que la date.

Au total, 43 auto-questionnaires ont été remplis.

E. Analyses statistiques

Pour analyser ces données, nous avons utilisé le logiciel Excel. Chaque ligne représentait un auto-questionnaire et chaque QCM de ce formulaire représenté par une colonne. Nous avons coté les différents items des QCM par un chiffre puis calculé la proportion de réponses pour chaque QCM.

F. Aspects réglementaires et éthiques

Les instances officielles d'éthique, à savoir le comité de protection des personnes (CPP) ainsi que la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), ont été contactées pour statuer sur la nécessité ou non d'obtenir de leurs parts des autorisations préalables à la mise en place des QCM. Ces dernières instances n'étaient pas concernées de par l'anonymat des résultats et le fait que la population étudiée impliquait des proches de patients et non les patients eux-mêmes.

Les chefs des services des urgences psychiatriques du CHU et du CH de Valenciennes ont été rencontrés lors d'une entrevue. Le but était de leur faire découvrir l'étude, leur faire part des motivations ayant conduit à sa réalisation, le protocole envisagé et le souhait que leurs services respectifs proposent ces auto-questionnaires.

A l'issue de cette réunion, un accord unanime a été reçu.

A but informatif, les équipes soignantes ont également été rencontrées en personne.

Au CH de Valenciennes, un texte explicatif officiel a été rédigé à la demande de l'équipe médicale et mis à disposition des médecins et infirmiers impliqués afin qu'ils

puissent répondre de façon claire et standardisée aux éventuelles interrogations des tiers. (Voir annexe 2)

RESULTATS

43 personnes ont accepté de se soumettre à notre étude.

I. Description de l'échantillon (voir tableau 1)

Les tiers appartenant à la famille du patient représentent 95,3% de l'échantillon. Parmi eux, 36,6% sont de la fratrie du patient et 34,1% sont des parents.

Les acteurs sociaux se portant tiers représentent 2,3% de notre échantillon ainsi que les acteurs du parcours de soins.

La catégorie socio professionnelle présente en majorité est celle des employés (48,8%).

	Effectif n (%)
<hr/> LIENS AVEC LE PATIENT	
Famille :	41 (95,3)
- Parents	14 (34,1)
- Conjoint	6 (14,6)
- Fratrie	15 (36,6)
- Enfants	5 (12,1)
- Autres	1 (2,4)
Travailleurs sociaux	1 (2,3)
Acteurs parcours de soins	1 (2,3)
<hr/> CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	

Artisans/Agriculteurs	2 (4,6)
Cadres	6 (13,9)
Employés	21 (48,8)
Ouvriers	4 (9,3)
Sans emploi	6 (13,9)
Professions libérales	2 (4,6)
Autres	2 (4,6)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

II. Statut des tiers par rapport aux SSC (voir tableau 2)

Parmi notre échantillon, 34,8% des personnes sollicitées avaient déjà participé à une mesure de SSC. Dans 60% des cas, ils étaient satisfaits de cette dernière et 73,3% d'entre elles concernaient le même patient.

		Effectif n (%)
Connaissance des SSC	Oui	35 (81,3)
	Non	8 (18,6)
Expérience des SSC	Oui	15 (34,8)
	Non	28 (65,1)
- Satisfait	Oui	9 (60)
	Non	3 (20)
- Patient identique	Oui	11 (73,3)

Non 2 (13,3)

Tableau 2 : Statut des tiers concernant les SSC

III. Sujets à l'origine du transfert aux urgences (voir tableau 3)

Un de nos QCM portait sur les individus ayant motivé l'admission aux urgences du patient. L'hospitalisation aux urgences s'est faite majoritairement à la demande des tiers (41,8%). Ensuite, les médecins ont été pourvoyeurs de 27,9% de ces transferts.

	Effectif n (%)
Tiers	18 (41,8)
Patient	10 (23,2)
Médecin	12 (27,9)
Secours	11 (25,5)

Tableau 3 : Demandeurs d'hospitalisation

IV. Vécu du tiers (voir tableau 4)

Au moment de la mise en place de la mesure des soins sans consentement, 76,6% des tiers se sentent soulagés. Les autres sentiments dominants sont la tristesse (39,5%) et l'inquiétude (39,5%).

A l'égard de la pathologie dont souffre leur proche : 86% des personnes sollicitées sont inquiètes, 51,1% sont épuisées et 18,6% dans l'incompréhension. Les tiers qui estiment avoir une information suffisante de la maladie sont représentés à hauteur de 23,2%.

Les attentes des tiers concernant la mesure de SSC sont dominées par une amélioration de la pathologie psychiatrique (74,4%) et le souhait d'obtenir un diagnostic précis de cette dernière (60,4%). Les proches souhaitant que le patient ait

une meilleure observance thérapeutique représentent 48,8% des personnes interrogées. L'entourage estime que le suivi ambulatoire n'est pas assez rapproché et aimerait qu'il soit intensifié à hauteur de 30,2%.

	Effectif n (%)
RESSENTI DU TIERS	
Soulagement	33 (76,6)
Colère	6 (13,9)
Tristesse	17 (39,5)
Inquiétude	17 (39,5)
Indifférence	1 (2,3)
TIERS ET PATHOLOGIE	
Inquiétude	37 (86)
Indifférent	0 (0)
Incompréhension	8 (18,6)
Épuisement	22 (51,1)
Bien informé	10 (23,2)
ATTENTES DU TIERS	
Amélioration des symptômes	32 (74,4)
Acceptation de la maladie par le patient	14 (32,5)
Autonomisation du patient	17 (39,5)
Diagnostic clair	26 (60,4)
Rigueur dans l'observance thérapeutique du patient	21 (48,8)
Suivi ambulatoire plus rapproché	13 (30,2)

Tableau 4 : Sentiments et attentes du tiers

V. Contexte en amont de l'hospitalisation (Voir tableau 5)

Les premiers symptômes témoins d'une décompensation psychiatrique étaient présents depuis plus d'un mois dans 51,1% des situations, depuis plus d'une semaine dans 23,2%.

Les raisons expliquant le délai de prise en charge aux urgences sont le refus de consultation de la part du patient (46,5%), refus d'hospitalisation par le patient après entretien médical (32,5%) et l'absence de contact avec un médecin à hauteur de 27,9%. Le refus d'hospitalisation par l'entourage représentait 4,6% des situations.

	Effectif n (%)
DÉBUT DE LA CRISE	
<1jour	1 (2,3)
>1jour	9 (20,9)
>1semaine	10 (23,2)
>1mois	22 (51,1)
DÉLAI TRANSFERT AUX URGENCES	
Pas de contact avec médecins avant ce jour	12 (27,9)
Pas de rendez-vous médical disponible auparavant	4 (9,3)
Pas d'urgences selon médecins	4 (9,3)
Refus de consultation par le patient	20 (46,5)
Refus d'hospitalisation par le patient	14 (32,5)
Refus du tiers	2 (4,6)

Tableau 5 : Justification du délai d'orientation aux urgences

DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude visant à évaluer les sentiments des tiers au moment de la mise en place d'une mesure de SSC au moyen d'auto-questionnaires remplis au sein des services d'urgences de Valenciennes et du CHU de Lille.

I. Ressenti des tiers

A. Soulagement

Cette enquête nous a permis d'objectiver qu'un sentiment de soulagement est ressenti par la majorité des tiers, ces derniers étant majoritairement des membres de la famille. Cela nous laisse penser qu'une telle mesure est adaptée, nécessaire et a un effet positif sur la cellule familiale.

Une proportion importante de tiers ayant déjà participé à une mesure de SSC, environ deux tiers sur trois, se dit satisfaite de cette dernière. Cela nous conforte dans l'intérêt de ces mesures et les bénéfices qu'elles apportent à des situations de vie inconfortables voire dangereuses. Ce résultat était néanmoins inattendu car les retours des proches à l'égard de ces mesures sont souvent négatifs. Ils voient en elle une mesure intrusive et le terme « interner » est souvent évoqué. La stigmatisation de la psychiatrie est encore présente dans l'esprit collectif avec l'image des anciens asiles ancrée.

A notre connaissance, peu d'études similaires ont été réalisées. En 2011, une équipe de chercheurs anglais porte son attention sur l'entourage des patients admis en SSC ainsi que sur leur façon de percevoir la mesure de SSC à leur demande.(22) L'étude

met en lumière un sentiment de soulagement ressenti, en contraste avec un vécu de culpabilité et de peur à l'égard de la situation. Par ailleurs, la population étudiée déclare souhaiter être davantage considérée afin d'apporter des renseignements complémentaires au moment de l'hospitalisation et obtenir plus d'informations sur la prise en charge de leur proche dont ils ont la responsabilité des soins. Les proches acceptent difficilement la notion de secret médical dans ce contexte. L'accès aux soins est difficile et ils estiment que le système médical en place soigne plus la crise que ce qu'elle ne la prévient. De façon similaire, notre étude met en lumière ce sentiment de soulagement ressenti par les tiers.

L'équipe Giacco et al.(23) réalise une étude internationale, multicentrique afin d'évaluer l'appréciation des soins psychiatriques sans consentement par l'entourage des patients. Tout comme dans notre étude, il est mis en exergue une évaluation positive de l'hospitalisation, d'autant plus que les symptômes psychiatriques se sont améliorés.

B. Épuisement

Les résultats montrent également que les tiers sont épuisés vis-à-vis de la pathologie dont souffre l'intéressé ce qui peut expliquer le soulagement que l'entourage rapporte à l'égard des SSC. En effet, nous avons pu mettre en évidence un délai d'hospitalisation long après le début de la crise (>1 mois).

On peut supposer qu'au cours de ce délai, les proches sont sollicités et supportent les symptômes liés à la décompensation de la maladie.

Il serait intéressant d'objectiver ce lien statistique au cours d'une étude future.

C. Tristesse

Par ailleurs, notre étude met en avant un sentiment de tristesse rapporté par les personnes sollicitées. Elle est certainement due à la pathologie en elle-même mais aussi à la culpabilité qui habite les aidants au moment de la mise en place de cette mesure souvent rapportée par les tiers.

En 2015, une équipe de scientifiques irlandais et australiens cherche à comparer les perceptions des proches et des patients concernant la façon dont ces derniers sont pris en charge dans les services de psychiatrie ainsi que la façon dont ils perçoivent les procédures juridiques d'amont. De façon analogue à notre étude, les aidants estiment moins coercitifs les soins promulgués à la différence des patients mais rapportent une plus grande vulnérabilité au moment de la procédure officielle dont découle les soins.(24)

D. Attente des tiers

Les personnes sollicitées attendent de cette mesure une amélioration des symptômes, un diagnostic clair ainsi qu'une meilleure observance thérapeutique de la part du patient. Malgré leurs sentiments négatifs, ils voient dans les SSC un moyen d'optimiser l'état clinique et la qualité de vie de leur proche en souffrance. Ils attendent également une autonomisation du patient, ce qui signifie et souligne de façon claire leur implication auprès du malade. De la même façon, ce résultat donne une valeur ajoutée aux SSC qui apparaissent d'autant plus comme une solution salvatrice par rapport à la situation actuelle et justifient le sentiment de soulagement.

II. Information des tiers

Un des résultats importants de notre étude concerne l'information des tiers. En effet, nous avons pu objectiver que 23,2% des tiers s'estiment bien informés concernant la pathologie du patient. Cela signifie qu'environ huit tiers sur dix pensent ne pas l'être. Le manque d'informations adaptées dans ce contexte de crise peut engendrer de nombreuses émotions négatives ou en majorer d'autres présentes initialement.

Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, George Brown, un sociologue anglais, s'intéresse aux pathologies mentales. Il effectue plusieurs travaux notamment sur la schizophrénie et les liens sociaux entre les patients et leur entourage.

Il a démontré que le niveau d'émotions exprimées par les proches dans les deux semaines qui ont suivi l'hospitalisation du patient est associé à une rechute symptomatique dans les neuf mois suivant la sortie de l'hôpital. Dans une autre étude, il a pu objectiver une rechute symptomatique dans l'année qui suit la sortie d'hospitalisation de ce même type de patients lorsqu'ils retournent dans un environnement à « forte susceptibilité émotionnelle ». (25) (26) (27)

Ces données peuvent être confrontées aux résultats de notre étude. Nous pouvons imaginer qu'un environnement familial suffisamment informé au sujet de la pathologie psychiatrique, des SSC et de leur organisation soit plus à même de gérer ses émotions et de ce fait avoir un impact moins négatif sur l'évolution de la pathologie du patient. De plus, nous supposons qu'une personne mieux informée accompagnera de façon plus sereine le patient dans la vie de tous les jours, dans ses démarches et ses projets.

D'autre part, les résultats de notre étude montrent que 73,3% des tiers ont déjà participé à des mesures de SSC pour le même patient. Associé aux données précédentes, nous prenons conscience que dans une situation où les tiers font face à plusieurs reprises à des équipes soignantes, leur considération n'est pas satisfaite.

III. Délai d'hospitalisation

Nous avons également évalué le délai entre l'apparition des premiers symptômes et l'admission aux urgences ainsi que sur les raisons de ce temps de latence.

Il apparaît que dans plus d'un cas sur deux, les premiers symptômes témoins de la crise actuelle étaient présents depuis plus d'un mois.

Les raisons qui expliquent cette longue période sont le refus de consultation de la part du patient principalement et une part non négligeable est attribuée à l'absence de contact avec un médecin avant la consultation aux urgences.

Au cours de sa pratique professionnelle, l'investigatrice a reçu un certain nombre de familles pour la mise en place de SSC. Fréquemment, les familles rapportaient un abandon de la part des soignants et une absence de recours mis à leur disposition. Ils se trouvaient seuls face une situation complexe dans laquelle le patient était à risque de causer des tords à la société ou lui-même. Les raisons à cela étaient souvent le manque de critères pour des SSC, la non divulgation d'informations en raison du secret professionnel, la non disponibilité des équipes soignantes.

IV. Comment améliorer l'étayage des tiers ?

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont, de façon fluctuante, vulnérables aux évènements de vie, aux situations qui se présentent à eux, en fonction de l'évolution de leurs pathologies. Dans ces situations, un soutien rapproché est indispensable afin de minimiser les risques de décompensation et une évolution favorable de la maladie. Ce soutien est fourni notamment par la famille, sollicitée en grande partie par la suite lors de SSC (95,5% des tiers de notre échantillon).

Notre étude a permis de mettre en évidence dans un premier temps un sentiment de soulagement ressenti par les tiers au moment de la rédaction de la lettre manuscrite des SSC (76,6%). Ce sentiment renseigne sur la pénibilité de la période que vient de traverser l'entourage, d'autant que, dans la majeure partie des cas, elle dure plus d'un mois. Un mois durant lequel le patient est dans le déni du trouble et par conséquent refuse les consultations médicales. Les alternatives auxquelles ont recours les aidants sont pauvres, méconnues et ils sont souvent dans une situation problématique.

Nous pourrions envisager la création d'une brochure explicative. Cette brochure permettrait d'expliquer de façon claire et concise ce que sont les SSC, leur cadre législatif, leurs indications, leurs intérêts, ce qui est attendu des tiers et les situations dans lesquelles ils vont être contactés ou sollicités. En effet, dans un contexte d'épuisement psychique, il paraît primordial d'avertir les aidants que leur implication ne se limite pas à la rédaction d'une lettre. Les associer de manière plus active dans les soins, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, permettrait de maintenir le lien et leur aide si précieuse.

De plus, on peut envisager qu'une meilleure communication à ce sujet apaiserait en partie leurs sentiments de tristesse et d'inquiétude retrouvés dans notre étude.

En France, il existe depuis soixante ans environ une association, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), qui regroupe 15000 adhérents, 112 délégations et 2000 bénévoles, principalement concernés par la pathologie psychiatrique et formés, qui accompagnent les familles et les aident à affronter la maladie. Elle est pluridisciplinaire, différentes spécialités travaillant en collaboration (psychiatres, assistants sociaux, juristes, psychologues). Elle propose aux familles un accompagnement grâce à une plateforme téléphonique d'écoute, les aide à trouver une structure d'accueil pour le patient, à rencontrer des spécialistes, transmet les règles de bonnes pratiques et offre la possibilité de participer à des réunions organisées par des paires aidants. (28)

Le groupe de paires aidants semblent également être une aide précieuse, la mieux placée pour comprendre les familles en situation de détresse, les soutenir en utilisant leur propre expérience.

Informé plus largement des collectifs associatifs existant, tel que par exemple l'UNAFAM, pourrait être réalisé à plus grande échelle.

Il pourrait être envisagé de proposer plus systématiquement aux familles qui le souhaitent d'être reçues au cours de l'hospitalisation par les médecins et l'équipe soignante afin d'échanger avec eux sur la pathologie, les symptômes qu'elle engendre, l'évolution au cours de l'hospitalisation, les conditions de sortie. Il pourrait également être abordé leur implication auprès du patient, leur possibilité d'aider, les dispositifs pouvant leur venir en aide en cas de besoin ou d'urgences.

Leur participation à des groupes de soutien aux familles peut être proposée au plus grand nombre afin de combler leurs attentes notamment au sujet de la pathologie du patient, un grand nombre de tiers étant en attente d'un diagnostic précis ou mal informé concernant la maladie.

En psychiatrie, il existe des directives anticipées incitatives. Elles consistent en la rédaction de décisions de la part du patient pendant les périodes où il a toutes ses compétences de jugement, pour qu'elles soient mises en application dans les moments où son état de conscience est altéré. Ces décisions concernent la prise en charge médicamenteuse et les mesures qui entourent les soins, notamment la désignation d'un tiers. La place des aidants serait primordiale pour que le patient puisse désigner en amont quel tiers il veut voir impliqué dans sa prise en charge et de quelle façon.

Les familles connaissent généralement les signes avant-coureurs d'une décompensation de la pathologie psychiatrique. Ils sont au plus proche des patients et ont souvent déjà fait face à des états cliniques similaires antérieurs. Comme retrouvé dans notre étude, la crise ayant conduit à une mesure de SSC est présente depuis au moins un mois dans 51,1% des cas, ce qui signifie que pendant cette période, les aidants sont témoins de la décompensation sans trouver de solutions de recours et notamment par faute de consultations médicales.

Nous pouvons imaginer qu'une meilleure réactivité des services de soins pourrait améliorer cette donnée en développant d'avantages d'accueils de jour. Il peut être envisagé également de développer plus d'équipes mobiles de la part des hôpitaux de secteurs ou CMP, susceptibles de se déplacer au plus proche de l'environnement

habituel du patient afin qu'il bénéficie d'une évaluation complète par des soignants aguerris.

Enfin, depuis la loi du SSC : le PDS. C'est une mesure thérapeutique dont l'intérêt est de proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortant d'hospitalisation à temps complet sans consentement et qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée mais non constante. En 2018, 96000 personnes étaient concernées par des SSC dont 42000 par des PDS. (30)

A ce jour, peu d'études permettent d'affirmer les effets positifs de cette mesure sur le parcours de soins du patient. Néanmoins, nous pouvons penser que des PDS bien conduits peuvent influencer favorablement l'évolution de la pathologie, à savoir le nombre d'hospitalisations, la durée des séjours, l'adhésion aux soins, la diminution des troubles du comportement. Par ailleurs, le souhait d'autonomisation du patient ainsi que d'observance médicamenteuse attendu par les tiers de notre panel peut potentiellement être amélioré grâce à ces protocoles.

V. Forces et limites de l'étude

A. Forces

Tout d'abord, cette étude est une étude multicentrique qui s'est déroulée dans les villes de Lille et Valenciennes.

De plus, le recueil de données a été effectué au moment même de la demande de tiers manuscrite et pour toutes les personnes se portant tiers sans exception ce qui a limité un biais d'attrition.

Par ailleurs, la méthodologie de l'étude et le fait de remplir ces questionnaires au sein du service des urgences et non à distance de l'évènement a permis d'éviter un biais de mémorisation.

La rédaction d'une demande de tiers manuscrite est vécue la plupart du temps comme une période émotionnellement forte. Dans ce contexte, proposer des solutions à ces personnes pour leur venir en aide était bien reçu et aucun tiers n'a refusé de répondre à nos questions.

Enfin, l'anonymat des réponses, a permis de mettre les tiers en confiance et les motiver dans leur souhait d'y répondre.

B. Limites de l'étude

Un biais de recrutement est inhérent au contexte dans lequel les questionnaires ont été proposés :

- Contexte des urgences :
 - Manque de temps des soignants exerçant aux urgences pour expliquer cette étude, ses intérêts et la nécessité de répondre à ce questionnaire
 - Les infirmiers et psychiatres des urgences sont parfois exposés à des situations inconfortables voire risquées avec certains patients ou tiers et jugent inapproprié la proposition de ces questionnaires, ce qui peut conduire à un biais de sélection

Cette étude a également permis de repérer les personnes souhaitant être soutenues dans ce contexte de crise ou à distance. Nous avons alors pu remettre à celles-ci des coordonnées de soignants afin qu'ils puissent bénéficier d'une écoute.

Cette étude pilote, a permis de faire un premier état des lieux à partir de questions fermées. Il sera intéressant de poursuivre cette étude et de recueillir des informations plus détaillées sur le ressenti des tiers au moment de leur venue aux urgences, au cours de l'hospitalisation de leurs proches, à quel degré ils ont été sollicités et quelle a été l'évolution de leurs ressentis.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude afin d'évaluer le ressenti des tiers au moment de la mise en place de SSC. Les résultats montrent un sentiment de soulagement mais également de tristesse et d'inquiétude chez ces personnes. La mise en place de brochures informatives sur les SSC, un étayage optimisé et une application adaptée des PDS sont des perspectives envisageables afin d'améliorer la considération des tiers. Enfin, notre étude peut servir de piste à de plus amples travaux sur ce sujet encore trop peu exploité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dubreucq J. La contrainte: un outil de soins en psychiatrie? :233.
2. Le-tiers-et-les-soins-2017.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Le-tiers-et-les-soins-2017.pdf>
3. Pistacio ML Laure Martin et Pascal. Soins sans consentement, au fil du temps, éthique et pratiques [Internet]. M-Soigner. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.m-soigner.com/grand-angle/soci%C3%A9t%C3%A9-et-id%C3%A9s/424-soins-sans-consentement-le-role-clef-des-medecins.html>
4. Loi du 30 juin 1838.pdf.
5. Roscioni L. Soins et/ou enfermement ? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime. *Genèses*. 15 juin 2011;n° 82(1):31-51.
6. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *J Français Psychiatr*. 2010;n° 38(3):12-5.
7. Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation - APHP DAJDP [Internet]. [cité 6 juill 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/fiches-dinformation-du-13-mai-1991-relatives-a-lapplication-de-la-loi-du-27-juin-1990-relative-aux-droits-et-la-protection-des-personnes-hospitalisees-en-raison-de-troubles-mentaux-et-a-leurs-cond/>
8. Marques A, Daoud V, Stamatiadis L, Chaltiel P. La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? *Inf Psychiatr*. 28 mars 2013;Volume 89(2):171-7.
9. Synthèse sur les apports 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 leur prise en charge - APHP DAJDP [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/synthese-sur-les-apports-de-la-loi-du-5-juillet-2011-relative-aux-droits-et-a-la-protection-des-personnes-faisant-lobjet-de-soins-psychiatriques-et-modalites-de-leur-prise-en-charge/>
10. fiche_memo_-_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_consentement.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_-_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_consentement.pdf
11. Guide_Psy-sans-consentement-2019 - MAJ.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Guide_Psy-sans-consentement-2019%20-%20MAJ.pdf

12. 11359.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11359.pdf>
13. MACSF.fr. SDRE : Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat [Internet]. MACSF.fr. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/soins-sur-decision-representant-etat>
14. 11359.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11359.pdf>
15. Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (Articles L3212-1 à L3212-12) - Légifrance [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171188/#LEGISCTA000024316589
16. plaquette_des_tiers.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_des_tiers.pdf
17. Certificats d'hospitalisation à la demande d'un tiers - SPDT (...) - Médecine d'urgence - Urgences médicales [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/certificats-d-hospitalisation-a-la-demande-d-un-tiers-hdt-spdt.html>
18. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-847 juill 18, 2011.
19. Isolement et contention - Présentation de l'évolution de l'encadrement juridique, des dispositions actuelles en vigueur [Internet]. AdESM. 2021 [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.adesm.fr/isolement-et-contention-presentation-de-levolution-de-lencadrement-juridique-des-dispositions-actuelles-en-vigueur/>
20. Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement - Légifrance [Internet]. [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043467245>
21. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.
22. Jankovic J, Yeeles K, Katsakou C, Amos T, Morriss R, Rose D, et al. Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. PLOS ONE. 12 oct 2011;6(10):e25425.
23. Giacco D, Fiorillo A, Vecchio VD, Kallert T, Onchev G, Raboch J, et al. Caregivers' appraisals of patients' involuntary hospital treatment: European multicentre study. Br J Psychiatry. déc 2012;201(6):486-91.
24. Ranieri V, Madigan K, Roche E, Bainbridge E, McGuinness D, Tierney K, et al.

Caregivers' perceptions of coercion in psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res.* août 2015;228(3):380-5.

25. Vaughn C, Leff J. The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients. *Br J Soc Clin Psychol.* juin 1976;15(2):157-65.

26. Vaughn CE, Leff JP. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *Br J Psychiatry.* août 1976;129(2):125-37.

27. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Br J Psychiatry.* sept 1972;121(562):241-58.

28. Unafam [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/>

29. Leach MJ, Jones M, Bressington D, Nolan F, Jones A, Muyambi K, et al. The association between mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 9 janv 2018;7(1):2.

30. Laurence C. Programme de soins psychiatriques sans consentement. 2021;104.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaires

LE TIERS DANS LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Date :

Lieu :

1) Quel lien avez-vous avec le patient ?

- Famille (biologique, d'adoption, famille d'accueil)
- Entourage (amis, voisin,...)
- Encadrants sociaux (curateur/tuteur, éducateur, directeur de foyer, assistante sociale)
- Acteur du parcours de soins

Si vous êtes de la famille, vous êtes le/la :

- Père/mère
- Conjoint(e)
- Frère/Sœur
- Enfant
- Autre

2) De quelle catégorie socioprofessionnelle êtes-vous ?

- Agriculteur/Agricultrice
- Artisan(e), commerçant(e), chef(fe) d'entreprise
- Cadre supérieur
- Employé(e)
- Ouvrier(e)
- Sans emploi
- Profession libérale

3) Avez-vous déjà entendu parler des soins sans consentement ?

- Oui
- Non

4) Avez-vous déjà participé à des mesures de soins sans consentement ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous été satisfait(e) des précédentes mesures de soins sans consentement ?

- Oui
- Non

Était-ce pour le même patient ?

- Oui
- Non

5) La consultation ce jour aux urgences s'est faite :

- À votre initiative
- À celle du patient
- Demandée par un médecin
- Patient amené par des services de secours (pompiers, SAMU..)

- 6) **Quel est votre ressenti par rapport à la mesure de soins sans consentement** actuelle (plusieurs réponses possibles) ?
- Soulagé(e), rassuré(e)
 - En colère
 - Triste
 - Inquiet/inquiète
 - Indifférent(e)
 - Autre :
- 7) **Concernant le patient et sa pathologie, vous êtes (plusieurs réponses possibles)? :**
- Inquiet(e)
 - Indifférent(e)
 - Dans l'incompréhension
 - Épuisé(e) des problèmes que la pathologie engendre
 - Bien informé(e) de la pathologie et de ses conséquences
- 8) **Vous attendez de cette mesure (plusieurs réponses possibles) ? :**
- Une amélioration des symptômes
 - Une acceptation de la maladie par le patient
 - Une autonomisation du patient
 - Un diagnostic médical
 - Une rigueur dans la prise de traitements
 - Une prise en charge ambulatoire plus rapprochée
- 9) **La crise actuelle est présente depuis :**
- Moins d'un jour
 - Plus d'un jour
 - Plus d'une semaine
 - Plus d'un mois
- 10) **Pourquoi le patient n'a pas été hospitalisé plus tôt ?**
- Pas de contact avec des médecins avant ce jour
 - Pas de rendez-vous disponible avec des médecins avant ce jour
 - Symptômes ne nécessitant pas d'hospitalisation en urgence selon les médecins
 - Refus de consultation médicale par le patient
 - Refus d'hospitalisation par le patient après entretien médical
 - Refus d'hospitalisation par l'entourage après entretien médical
- Acceptez-vous d'être recontacté ultérieurement dans le cadre de cette évaluation ?**
- Oui (si oui, préciser votre numéro de téléphone) :
 - Non

Si besoin, vous pouvez contacter le 03.20.44.45.84.

Ce questionnaire a pour but d'améliorer l'accompagnement des tiers dans les procédures de soins sans consentement. Les données recueillies peuvent être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins de recherche et réunies dans un fichier informatique permettant leur utilisation de façon anonyme. Conformément à la loi informatique et liberté en vigueur, vous pouvez exercer un droit d'opposition en contactant le secrétariat du service : 03.20.44.47.04

Souhaitez-vous apporter des informations complémentaires :

« Le tiers dans les soins sans consentement »

Actuellement, un médecin psychiatre de Valenciennes mène une étude au sein des urgences du CHV.

Cette étude vise à améliorer l'accompagnement et l'écoute de l'entourage d'une personne souffrant de troubles psychiatriques. De plus, cette étude a pour objectif de diminuer le temps d'évaluation des patients par une équipe soignante.

Dans le cadre de ce travail et pour aider cette démarche, nous vous proposons de remplir un auto-questionnaire de 10 questions, totalement anonyme.

AUTEUR : Nom : CULLERON Prénom : Andréa

Date de soutenance : 05 Octobre 2021

Titre de la thèse : Le tiers dans les soins sans consentement

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Soins sans consentement, tiers, ressenti

Résumé :

Introduction : Les soins sans consentement sont une modalité de prise en charge en psychiatrie pour les patients dont l'état de conscience est altéré. Leur législation rigoureuse a été soumise à de nombreux remaniements ces dernières années, notamment concernant les tiers et leur implication dans les soins. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à eux malgré leur rôle actif dans ce contexte. Nous avons donc réalisé une étude visant à évaluer les sentiments des tiers au moment de la mise en place des soins sans consentement.

Matériels : Notre travail a été mené au sein des services des urgences psychiatriques de Lille et Valenciennes, dans le département du Nord en France. Un auto-questionnaire anonyme de 10 questions a été proposé à chaque personne sollicitée pour se porter tiers. Les questions portaient sur leur lien avec le patient, leurs connaissances et expériences des soins sans consentement, leur ressenti par rapport à cette mesure et ce qu'ils en attendaient, le délai entre le début de la crise et la consultation aux urgences et les raisons de ce dernier.

Résultats : Un sentiment de soulagement a été rapporté par la majeure partie de tiers (76,6%), associé à un sentiment de tristesse (39,5%) et d'inquiétude (39,5%). Une partie importante des tiers n'estimait pas suffisante leur information à l'égard de la pathologie de leur proche (76,8%). De plus, plus d'une crise sur deux était présente depuis plus d'un mois (51,1%) et les raisons de ce délai étaient dues au refus de consultation de la part du patient (46,5%).

Conclusion : L'accompagnement et le soutien des personnes étayantes envers les patients psychiatriques est à considérer afin de potentialiser les chances d'amélioration de la pathologie de leurs proches.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseur : Docteur Simon PAWLAK

Directeur de thèse : Docteur Mathilde HORN