

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020/2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**De l'utilisation du terme péril imminent dans la pratique.
Réflexions et implications concernant le terme péril imminent.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2021 à 17h
au Pôle Formation
par **Alexandre BOT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Hervé ZANGERLIN

Avertissement

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

Lexique et liste des abréviations utilisées

APA : American Psychiatric Association

ARS : Agence Régionale de Santé

CEDH : Cour Européenne des droits de l'homme

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CRPA : Cercle de Réflexions et de proposition d'action sur la psychiatrie

CSP : Code de la Santé Publique

IGAS : Inspection générale des Affaires Sanitaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT: Hospitalisation à la demande d'un tiers

HO : Hospitalisation d'Office

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

JLD : Juge des libertés et de la détention

PV : Placement Volontaire

PO : Placement d'Office

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

SSC : Soins sans consentement

SPPI : Soins psychiatriques en péril imminent

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDTu : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

SPDDE : Soins psychiatriques sur demande du directeur de l'établissement

SPDRE : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

Sommaire

Introduction	14
Partie I : Le Long Chemin de la Maladie Mentale	18
I - De l'Antiquité au Moyen-Age	19
A - Epoque Grecque	20
B - Epoque Romaine	22
C - Epoque Hébraïque	22
D - Epoque Arabe.....	25
II - Le Moyen-Age	26
A - Médecine et Démonologie	27
B - Le « fou » dans la société médiévale	29
III - De la renaissance à la révolution	32
A - XVe- XVIe.....	32
1 - Début de l'humanisme.....	32
2 - Le renfermement des insensés.....	33
B - XVII ème La Folie à l'âge classique	35
1 - Le XVII ème siècle : L'âge de raison.....	35
2 - L'hôpital général au XVIIe siècle	36
3 - Les maisons de force	37
4 - Les lettres de cachet	38
C - Le XVIII ème : Le siècle des Lumières	39
1 - Le contexte « sanitaire » et la création des dépôts de Mendicité.....	39
2 - L'avènement du mouvement philanthropique.....	42
IV - De la Révolution à la Monarchie de Juillet	45
V - La loi du 30 juin 1838.....	48
VI - Les suites de la loi du 30 juin 1838	49
A - Les premiers Aliénistes et la naissance de la psychiatrie (1800-1860).....	49
B - L'apparition du terme « Psychiatrie »	52
C - La construction des Asiles	53
VII - La Psychiatrie classique, du XIXe jusqu'à la deuxième guerre Mondiale.....	57
A - Evolutions premières	57
B - La psychiatrie du début du XXe siècle	61
VIII - La psychiatrie Moderne, l'après seconde guerre mondiale.....	66
A - L'essor de nouveaux courants de pensées et de la psychopharmacologie.....	66
B - Le mouvement de « désinstitutionnalisation »	67
C - La psychiatrie Aujourd'hui.....	70
Partie II : Cadre Législatif et Réglementaire. Notions et concepts relatifs au soin sans consentement.....	74
I - La Loi du 30 juin 1838	75
A - Caractéristiques de la loi.....	77
1 - L'entrée.....	77
2 - Le séjour.....	80
3 - La sortie	81
B - Modalités d'admission en placement volontaire.....	84
II - La transformation de l'Asile en Hôpital ouvert.....	85
A - Les prémices législatifs	85
B - Des bases du concept de la sectorisation en psychiatrie à son application	86
1 - Circulaire du 15 mars 1960	86
2 - L'organisation sanitaire en secteurs.....	87
III - La Loi du 27 juin 1990.....	88

A - Caractéristiques de la loi	90
B - Modalités d'admission en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT).....	92
IV - La loi du 5 juillet 2011	94
A - Caractéristiques de la loi	98
B - Modalités d'admission en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTu).....	99
V - La loi du 27 septembre 2013	104
A - Caractéristiques de la loi	104
B - Modalités d'admission en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTu)....	106
VI - Autres lois récentes	106
A - Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.....	106
B - Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	106
VII - Notions et concepts relatifs au soin sans consentement	107
A - Le consentement.....	107
1 - Définition générale	107
2 - Consentement, capacité à consentir et insight	109
a - Consentement	109
b - Capacité à consentir	110
c - Insight	111
3 - Fondements juridiques du consentement.....	111
4 - Fondements éthiques de l'hospitalisation sans consentement.....	112
5 - Critères de prise de décision et indication de l'hospitalisation sans consentement	114
B - La contrainte	115
1 - Définition générale.....	115
2 - Types de contraintes.....	116
3 - Les termes « sous contrainte » et « sans consentement ».....	117
C - La notion du tiers demandeur de l'article L. 3212-1 du CSP.....	119
1 - Définition du tiers demandeur.....	119
2 - Le tiers dans la pratique	120
3 - L'information du tiers.....	121
4 - La protection du tiers	122
Partie III : Le péril imminent	124
I - Aspects sémantiques	124
A - Contexte des autres termes ambigus.....	124
1- La notion « d'interner » et « d'internement ».....	124
2 - Placement (1838) - hospitalisation (1990) - soins psychiatriques (2011).....	126
3 - Les termes « psychiatrie » et « Santé Mentale »	129
B - Le péril imminent.....	130
1- Définition « générale ».....	130
2 - Le terme « Péril ».....	130
3 - Le terme « imminent ».....	133
C - Les différences entre Péril imminent « 1990 » et Péril imminent « 2011 ».....	137
II - Aspects quantitatifs et Qualitatifs	140
A - Aspects Quantitatifs	141
a - Au niveau national	143
b - Au niveau régional	149
B - Aspects qualitatifs	152
1 - Les populations relevant des mesures de SPPI dans la pratique.....	153
a - Au niveau national.....	153
b - Au niveau régional.....	154

2 - Durée moyenne de séjour (DMS), durée moyenne de mesure (DMM), passage au JLD pour les patients en SPPI.....	157
a - Au niveau national.....	157
b - Au niveau régional.....	158
3- La place réservée à l'application de la procédure de SPPI, dans les « séjours brefs ».....	161
4 - Les médecins certificateurs, initiateurs de la mesure.....	163
Partie IV : Discussion concernant le péril imminent.....	167
A - Aspects positifs	168
1 - Rapidité d'intervention	168
2 - Population cible : Patients isolés.....	169
3 - Notion de protection du tiers.....	169
4 - Notion de protection des confrères.....	172
5 - Notion de protection du praticien, une économie psychique.....	172
6 - Une diminution des procédures de SDRE, en effet collatéral de la procédure de SPPI.....	174
B - Aspects négatifs	175
1 - Le flou terminologique de « l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers »	176
2 - Le retrait des familles dans l'implication du soin.....	177
3 - L'évaluation aux urgences ou l'absence d'évaluation par les urgences	178
C - Applicabilité et Applications.....	179
1 - Flou terminologique.....	179
2 - Aide aux familles, protection du tiers	180
3 - Absence de tiers dans la suite de la prise en charge.....	181
4 - Déplacement des responsabilités.....	182
5 - Faiblesses dans les procédures de recherche de tiers.....	186
6 - La notion de « l'absence de péril imminent ».....	188
7 - La mise en place concrète de la mesure de SPPI	189
8 - Impact sur la conduite de l'hospitalisation, DMM et DMS plus courtes, levées de mesures plus précoces	190
9 - Les médecins initiateurs de la mesure de SPPI	191
10 - Avis des utilisateurs	193
D - Notion de Compromis	198
1 - La notion de péril imminent, de « danger » et « d'urgence ».....	198
2 - La notion de pression institutionnelle	199
3 - Refus de signature de procédure de demande de tiers	200
4 - Aide aux familles et protection du tiers.....	202
5 - Comment faisait on avant la loi de 2011 pour l'admission en soins sans consentement en l'absence de tiers ?	203
6 - Retrait des familles dans l'implication du soin.....	208
7 - Faiblesses du fait des procédures de recherche de tiers.....	208
E - Propositions.....	209
1 - Ouvertures sur l'aspect quantitatif	209
a - La piste des directives anticipées psychiatriques	209
b - Le soin sans consentement, une donnée commune européenne. Le SPPI, une particularité Française ?	212
c - Les autres pistes à évoquer pourraient être	220
2 - Pistes et améliorations de la mesure de péril imminent du point de vue qualitatif	221

Conclusion	223
Sources	227

Introduction

Chaque exercice de l'art de la médecine repose sur un élément particulier. Lorsque l'on pense à la chirurgie, c'est la main du chirurgien qui apparaît d'emblée fondamentale. Sans elle, il ne saurait intervenir, sans elle, avant les moyens modernes de diagnostic, il n'aurait pu affiner l'abord et la compréhension du mal dont son patient souffrait.

De façon plus générale, dans la pratique médicale, l'écoute, l'empathie, l'explication, la reconnaissance seront nécessaires au bon exercice de la médecine.

Dans l'exercice de la psychiatrie, le mot prend une place prépondérante. C'est par lui que le patient pourra exprimer, parfois expliquer sa souffrance, lorsque le mot lui manque, le passage à l'acte viendra s'y substituer dans l'expression de cette souffrance. C'est encore par le mot que le thérapeute pourra signifier au patient sa compréhension, reformuler certaines questions, ou certains vécus.

A la fois « signifiant » et « signifié », il apporte à l'exercice de notre art tout son sens, toute sa profondeur. Si de façon générale, tant dans les relations humaines que dans la relation médecin-malade, la communication analogique est nécessaire à la compréhension réciproque, en psychiatrie, la communication digitale, le mot et le sens du mot, sont incontournables.

C'est pourtant en psychiatrie, que les lois qui régissent son exercice, depuis la loi fondatrice du 30 juin 1838, jusqu'à la plus récente du 27 septembre 2013, se sont vues parasitées par certains mots, certaines locutions, qui, soit n'y figuraient pas à l'origine, soit ont été déformées ou ont été l'objet d'un mésusage.

Il en est ainsi de « *l'internement* » depuis la loi du 30 juin 1838, mot qui ne figure dans aucuns textes mais qui a pourtant quasiment toujours servi, dans l'usage courant, à nommer le « placement » en soins prévu par cette loi. Dans cette loi, le « placement

volontaire », première forme de soins sous contrainte, apparaît n'avoir rien de volontaire pour la personne qui en est l'objet.

La loi du 27 juin 1990 est venue substituer au terme « *placement* » celui « *d'hospitalisation* ». Certes, cette formulation apparaît plus claire, mais pendant longtemps encore, l'usage du mot « *internement* » viendra parasiter le sens de la demande de soins. De même « volontaire » devient « *à la demande d'un tiers* ». Là encore, la formulation apparaît plus claire jusqu'à ce que le tiers vienne préciser que lui, n'avait rien demandé, il n'avait fait que signer une « *demande de tiers* » qui autorisait la mise en œuvre des soins décrits comme nécessaires dans le où les certificats d'admission.

C'est également dans cette loi du 27 juin 1990 qu'apparaît le terme « péril imminent » qui sera l'objet de notre réflexion.

Le « péril imminent » permettait l'hospitalisation avec un seul certificat d'admission au lieu de deux, dans certaines circonstances bien précises. En ce sens, il favorise l'effectivité de la mise en œuvre des soins et la compréhension de son utilisation ne pose pas d'importantes difficultés.

La question serait plutôt d'ordre quantitatif, la loi précise en effet que la règle est l'hospitalisation libre, l'hospitalisation sous contrainte doit être l'exception et le « péril imminent » est lui même une exception dans cette exception. A partir de quand n'est on plus dans l'acceptable ?

La loi du 5 juillet 2011 a fait évoluer son objet de l'hospitalisation en psychiatrie aux soins psychiatriques, prévoyant que ceux-ci n'étaient pas qu'hospitalisation mais aussi ambulatoires, prenant aussi en compte l'évolution actuelle des soins psychiatriques. Elle a

apporté aussi un certain nombre d'améliorations, mais également son lot d'imprécisions du fait d'une certaine précipitation dans son élaboration. La loi du 27 septembre 2013 viendra donc en repreciser certains points.

Dans ces deux lois, nous retrouvons le « péril imminent », mais plus dans la même fonction.

Ce n'est plus la situation qui autorise dans l'article L3212-3 du CSP de 1990, l'admission en soins psychiatriques avec un seul certificat, celle-ci y devient l'apanage de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence. Le « péril imminent » réapparaît dans un alinéa de l'article L3212-1 du CSP autorisant l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en situation d'absence de cette demande de tiers..

Déjà, prévoir de se passer de l'intervention d'un tiers pouvait paraître surprenant lorsque l'on sait l'importance de la demande de tiers dans la loi du 30 juin 1838, pièce fondamentale qui permettait l'entorse, l'exception, au droit du citoyen prévu dans notre constitution, de ne pas pouvoir être retenu contre sa volonté sans décision d'un juge.

Certes la loi du 5 juillet 2011 est essentiellement le fruit de la nécessité de faire intervenir le Juge des Liberté et de la Détention (JLD), mais cette intervention est bien postérieure à l'admission.

Par ailleurs, « le péril imminent » permet dans cette situation l'admission en absence de tiers, mais certains y ont vu l'autorisation tacite d'effectuer cette admission même lorsque le tiers avait exprimé son désaccord. Pire, et cela va dans le sens de l'interprétation précitée, le terme « péril imminent » réapparaît dans une autre situation prévue par la loi, celle régie par l'article L3212-9 du CSP, qui prévoit que la sortie des soins psychiatriques puisse être demandée par un tiers, demande à laquelle le directeur de l'établissement ne peut pas s'opposer sauf s'il dispose d'un certificat de moins de 24 heures établi par un

psychiatre du service, précisant que cette sortie entraînerait un « péril imminent » pour la santé du patient.

Nous voyons donc que le « péril imminent » est un terme qui mérite que nous nous y attardions afin d'en mieux cerner le sens, les limites de son utilisation et les précisions qu'elles justifieraient. C'est ce que nous proposons d'aborder.

Pour ce faire, nous nous intéresserons d'abord à l'historique des relations qu'a pu entretenir la société avec les personnes présentant des troubles psychiatriques et cela des temps les plus anciens jusqu' à aujourd'hui en passant par l'émergence de notre spécialité qui a pris le nom de psychiatrie dans les années 1920.

Nous nous intéresserons ensuite aux différentes lois régissant l'accès aux soins en psychiatrie, nous regarderons plus précisément les raisons et le contexte de leurs promulgations, les améliorations qu'elles ont amenées et les imprécisions qu'elles ont entraînées.

Puis nous nous développeront les aspects sémantiques du péril imminent, ses occurrences dans les textes législatif. Nous détaillerons son utilisation pour dénommer une nouvelle modalité d'hospitalisation sans consentement et les impacts de cette mesure tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif sur la pratique quotidienne.

Dans une dernière partie, nous proposerons nos réflexions sur le sujet, espérant pouvoir apporter quelques pistes d'amélioration sinon à cette notion de péril imminent, du moins quant à son utilisation.

Partie I : Le Long Chemin de la Maladie Mentale

La Psychiatrie relève de l'art médical dédié au soin des maladies psychiques, « troubles mentaux ». Ces derniers se manifestant par des perturbations pathologiques des pensées, des émotions et du comportement. A l'origine d'une souffrance ressentie soit par le sujet, soit par son entourage, d'une gêne, d'un handicap fonctionnel notamment dans la création, et le maintien des relations sociales.

L'histoire de la Psychiatrie correspond en quelque manière à l'individualisation progressive de la notion de maladie mentale, génératrice de moult débats sous tendus par la distinction Soma-Psyché. La psychiatrie, en elle-même, s'est étoffée, des connaissances acquises sur le fonctionnement cérébral, rappelons nous de la récente scission entre Psychiatrie et Neurologie, et d'autre part des connaissances acquises sur le fonctionnement du Psychisme, du développement en parallèle de la psychologie et des divers courants dans le domaine des sciences humaines.

Le questionnement autour de la psychiatrie, de la folie, a de tout temps fait partie d'un questionnement sociétal en miroir de l'évolution de la société.

La psychiatrie, son histoire, ses évolutions, sont intimement liées aux évolutions de la société et du regard porté par celle-ci à l'égard de ses malades.

Les manuels de diagnostic les plus récents tels que les DSM, par exemple, ne cessent de subir des modifications et révisions au fil des années. Cependant ces dernières ne représentent qu'une partie infime, quelques dizaines d'années, par rapport aux siècles d'existence concomitante de la société et de la folie au sens « *commun* » du terme.

Aussi loin que remonte la civilisation, la maladie a toujours été présente, la maladie mentale également. Cependant, cette dernière ne revêt pas le même caractère aux yeux de la société que d'autres maladies, physiques, visibles. La place du « *malade mental* »

est évolutive dans la société, la conséquence d'un dérèglement des humeurs, une punition divine, puis une maladie reconnue avec une charge péjorative. Le « *Fou* » occupe également une fonction sociale et symbolique, que l'on retrouve dans la culture et l'art. Au moyen âge parfois célébré, à la renaissance, sa symbolique est utilisée notamment en peinture pour railler les travers de la société.

Pourtant, la maladie mentale n'a pas toujours bénéficié au fil de l'évolution sociétale d'un regard bienveillant. Des concepts ont émergé, comme la notion de stigmatisation de la maladie mentale, d'« *ostracisation du fou* »..

Dès les premiers âges de la sociabilisation moderne, ces concepts sont distillés dans la société « *Regardes, il est bizarre, il est fou !* ». Pourtant nous sommes, bel et bien, au XXI^e siècle.

Citons Guy de Maupassant , « *On a vraiment peur que de ce que l'on ne comprend pas* ».

Le Malade mental de part sa position, sa présentation, son caractère ainsi que ses réactions imprévisibles pourrait engendrer un sentiment de méfiance de la société envers sa personne...

I - De l'Antiquité au Moyen-Age

Les mythes et récits de l'Antiquité sont une source profuse de description de malades mentaux, présentant des troubles du comportement mais ces derniers sont d'abord « *traduits* » par des causes surnaturelles.

On ne retrouve, par ailleurs, pas de séparation nette entre la maladie mentale et maladie physique, ni de traitements médicaux établis, mais on observe le concept de « *soins* » par la religion ou la magie.

A - Epoque Grecque

Le peuple Grec selon une logique certaine, tant dans la philosophie que dans la médecine, avait recours à la religion pour la guérison de ses malades. Nous citerons, Asclépios, Dieu de la médecine avec ses temples et ses prêtres. Le courant religieux assure une permanence au fil des siècles et des millénaires pour l'appréhension des maladies mentales en particulier, et pour les maladies en général. (1)

Hippocrate (Ve siècle avant Jésus Christ), applique aux aliénés des méthodes de traitement rationnel pour l'époque. Il combattit les pratiques superstitieuses en faveur de traitements répondant à ses théories étiopathogéniques. Il est également le père fondateur de la « *Théorie Humorale* » qui sera étayée par d'autres auteurs du « *corpus hippocraticum* ».

Cette théorie développe le fait que la santé générale soit corrélée directement à l'équilibre des humeurs telles que la bile jaune, la bile noire, le sang, le phlegme, mais également sur les qualités qui les accompagnent, chaud, froid, sec, humide. On ne retrouve pas de différences entre les maladies du corps et celles de l'esprit. Le déséquilibre de l'humeur pouvant conduire à un déséquilibre du fonctionnement du cerveau et mener à la folie. Le rôle du médecin s'avère donc de rééquilibrer ces humeurs, tout en écoutant le malade. Toutes les maladies physiques ont un support physiologique et relèvent de soins somatiques.

Ainsi le cerveau est spécialement affecté dans la maladie mentale. « *C'est par-là surtout que nous pensons, comprenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid, le beau, le mal et le bien, l'agréable et le désagréable...C'est par là encore que nous sommes fous... Tout cela nous l'éprouvons par le cerveau quand il n'est pas sain... L'altération du cerveau se fait par le phlegme ou par la bile...* ».Le cerveau rend donc apparent l'expression psychique des troubles humoraux, et n'est pas le créateur de ces

troubles. (2)(3)

D'autres écoles de pensées apparaissent par la suite, avec notamment, l'école Dogmatique qui s'inspire grandement des concepts d'Hippocrate. L'école Empirique se fondant sur l'expérience, l'école Pneumatique avec la théorie du « *Pneuma vital* » se déplaçant dans le corps humain et la perturbation de cette circulation serait à l'origine de maladies.

Trois ordres de maladies apparaissent à cette époque : Les troubles mentaux aigus associés à de la fièvre distinctement nommés « *Phrenétis* » (*frénésie*), la « *Manie* » avec une agitation sans fièvre, les troubles chroniques sans agitation et sans fièvre nommés « *Mélancolie* ».

Dès lors, on voit apparaître des thérapeutiques par exercices, voyages, purgations, plantes...

Les troubles humoraux peuvent être dus à des facteurs internes ou à des facteurs externes, parmi lesquels on peut citer l'alimentation. On observe l'importance du régime et de règles hygiéniques dans la thérapeutique où sont parfois associés les médicaments. L'hellébore comprenait des espèces toxiques à propriétés purgatives, qui étaient utilisées pour guérir la folie. Les prémices d'une forme de psychothérapie étaient sans doute déjà présentes en association avec le traitement lorsque le médecin attachait une importance particulière au dialogue qu'il nouait avec son malade « *Il écoute, explique et ordonne* ».

On s'affairait dans la recherche des causes, exemple de l'hystérie, attribuée à l'époque aux « *migrations de l'utérus* », libre de ses attaches anatomiques, que l'on soignait par le mariage et les rapports sexuels de manière à remettre l'ensemble en place...

Rappelons, sur un versant légal, que l'isolement du « *fou* » restait au sein de la cellule familiale, sans intervention judiciaire.

B - Epoque Romaine

Citons des figures de la médecine et de la pensée Romaine tels Celse, 1er siècle, qui séparait les maladies chroniques des maladies aiguës, la théorie des tempéraments de Galien au IIème siècle (phlegmatique, sanguin, mélancolique...). Les maladies de l'âme sont des lésions de l'intelligence et de la sensibilité, originaires d'une atteinte du cerveau ou d'un autre organe, transmises au cerveau par sympathie. (4)

Les notions de droit et de maladie mentale commencent à se croiser. En effet, le droit Romain amène l'institution de l'incapacité de l'aliéné, « *Mente Capus* » demeure incapable, le « *furiosus* », capable dans certains moments de lucidité .

Le droit Romain institue un curateur des fous, l'aliéné inoffensif demeure en famille, l'aliéné dangereux, lui, est détenu. On observe l'apparition de quelques établissements charitables sur la toute fin de l'Empire. On peut donc via la législation Romaine, incarcérer puis placer dans des établissements les aliénés considérés comme « *les plus dangereux* » sur décision judiciaire. (5)

C - Epoque Hébraïque

La conception Monothéiste de la religion hébraïque apporte une opposition de principe au polythéisme et à la magie...

A l'époque de la civilisation hébraïque, on ne retrouvait pas de classification de maladies mentales, ni même de recherches étiologiques. Cependant on retrouve dans la Bible des descriptions précises de diverses maladies faisant évoquer des syndromes psychiatriques cliniques actuels.

Un des points qui mérite d'être souligné, est celui de « *la culture de la faute* ». Dans ce

résumé, il est intéressant de rappeler que dans ce prisme, la maladie est une « *punition* », la « *punition des péchés, une punition du ciel* », un châtement au regard des transgressions conscientes ou accomplies par mégarde. Les maladies corporelles, étaient elles aussi liées à des causes non matérielles. Les prêtres, prophètes et messagers divins, en sont donc les guérisseurs. (6)

On retrouve nombreuses descriptions de troubles du comportement ou de maladies mentales dans la Bible.

- La mélancolie dans le premier livre de Samuel où l'on évoque Anne qui souffrait de dépression réactionnelle, qui pourrait être semble-t-il liée à sa stérilité, (I Samuel 1). Elle fut guérie par l'intermédiaire de la bénédiction du grand prêtre Elie et elle enfanta un fils, Samuel.
- Nous pouvons également citer l'état cyclothymique ou la psychose schizo affective du roi Saul (I Samuel 1). Il est décrit également des phénomènes d'hallucinations collectives : « *Le Seigneur avait fait entendre dans le camp des Syriens un bruit de chars et un bruit de chevaux, le bruit d'une grande armée.. Ils se levèrent et prirent la fuite vers le soir, abandonnant leurs tentes..et ils s'enfuirent pour sauver leur vie* ». (II Rois 7, 6-7).
- Les visions et les révélations faites aux prophètes pourraient être, de même, apparentées à des expériences psychotiques.

Les prémices de la neurologie étaient cependant connues. Avec pour exemple, la description de la correspondance entre l'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche et l'hémi-paralysie droite, comme le souligne la description de David : « *Si je t'oublie Jérusalem, que ma main droite se paralyse et que ma langue se colle au palais* ».

Il n'existait, par ailleurs, pas de sanctuaire thérapeutique dans la civilisation hébraïque. Il paraît important de souligner l'apparition de la notion de *charité* et la construction des hospices à partir du III^e siècle, communément appelés « *Nosocomium* ». Ces constructions se verront achevées plus tardivement . (1)(7)

La tradition hébraïque obligeait les enfants à soigner leurs parents chez eux. Si les malades menaçaient la paix ou l'ordre public, l'attitude de la société s'avérait violente et cruelle. Ces derniers étaient chassés de la communauté, voire passibles de mort en lien avec l'interprétation du fait qu'ils pourraient avoir le démon en eux. Ils étaient ostracisés et chassés.

« On pense qu'ils étaient chassés de la communauté ou..., Qu'ils étaient passibles de mort, à cause de ces esprits mauvais, de ces démons qui étaient en eux. Dans les sociétés menaçantes pour les malades mentaux, beaucoup de ceux-ci s'enfuirent dans les forêts, où ils furent négligés, allèrent de mal en pis et devinrent un objet de terreur pour ceux qui les rencontraient » (8)

Devant l'attitude de la société de nombreux malades prirent la fuite en se réfugiant dans les forêts, devenant objets de terreur et de légendes peu flatteuses, pour ceux qui les rencontraient. On assiste à la naissance du mythe de la lycanthropie, à la manière de Nabuchodonosor qui « *fut chassé d'entre les hommes, son cœur devint semblable à celui des bêtes, sa demeure fut avec les ânes sauvages, il fut nourri d'herbe comme les bœufs...* » (Daniel 5,21). Cette croyance fut très répandue en Europe jusque la fin du moyen-âge.

Quelques tentatives de traitements furent utilisées, comme la musicothérapie évoquée

dans un passage de la Bible notamment lors de la maladie du roi Saul (I Samuel 16,23). On observe les prémices de l'interprétation des rêves. Selon les Anciens, la signification et la symbolique des rêves, n'étaient pas accessible aux rêveurs et ceux-ci devaient recourir à des experts. Mais surtout, et de manière indiscutable, « *Le Christ guérit les possédés* ». Sous le prisme de la religion, la médecine est une œuvre païenne, d'où cette méfiance de la religion à l'égard de la médecine. (9)

D - Epoque Arabe

L'époque Arabe représente une transition entre l'Antiquité et le Moyen-Age, notamment dans la réflexion sur la maladie mentale.

L'influence de la culture Arabe et des connaissances de leurs médecins, apparaît de manière plus importante en raison des croisades, des guerres et de la traduction des œuvres durant la période du Moyen-Age Chrétien. Outre la transmission de l'héritage Antique, les Arabes apporteront le fruit de synthèses élaborées, en terre d'Islam, associées à un sens de la systématisation qui permettra de fournir un cadre scientifique à la médecine occidentale.

Les médecins Arabes, Averroes (XIIème), Avicennes (XIème), continuent d'apporter à la culture médicale, l'approfondissement des connaissances de la culture Grecque et une systématisation des descriptions de pathologies.

On observe une reprise et un approfondissement des concepts comme celui de la phrénésie, de la manie, de la mélancolie. Les médecins Arabes s'intéressent également aux causes qu'ils décrivent comme l'inflammation du cerveau, le mélange de Biles.

La pathologie médiévale arabe et latine se fonde sur la distinction entre désordres généraux avec fièvre et les affections dont l'origine spécifique est une partie du corps. La plupart des troubles mentaux s'inscrivent dans « *les maladies de la tête* », en

reconnaissance du rôle de l'organe.

La liste des « *maladies de la tête* » reprend les principales entités définies lors de l'Antiquité. On observe à cette période des tentatives de description clinique de maladie ou de classification sur l'existence ou non d'une lésion anatomique ou sur la fonction qui est perturbée. Apparaît grâce à cet apport de l'époque, la notion de sens interne (sens commun, vertu imaginative, vertu cogitative, vertu estimative, mémoire), ainsi que de leurs localisations cérébrales. Leurs localisations se situant dans les trois ventricules cérébraux, eux-mêmes partagés en deux. (10)

Dans un but de défense de leur société, les peuples Arabes ont contribué à la création des asiles d'aliénés. Léon L'africain rapporte qu'au septième siècle à Fez, au Maroc, il y avait un quartier dédié spécialement pour les fous maintenus par des chaînes. Par ailleurs, on retrouve la trace de ce qui serait le premier asile d'aliénés d'Europe, à Grenade, terminé en 1367, sous Mahomet V. D'autres institutions sur ce modèle se sont créés par la suite en Europe, notamment en Espagne, au Portugal et continueront de se construire. (9)

II - Le Moyen-Age

On peut distinguer deux grandes périodes au Moyen-Age, le début et la fin du Moyen Age.

On peut exposer de manière synthétique :

Le début du Moyen Age

-La régression de la pensée médicale jusque l'an 1000.

-Le renouveau de la médecine à partir du Xème siècle et l'influence des médecins Arabes, permettons nous de citer Avicennes.

-Le XII ème siècle avec Saint Thomas D'Aquin et la redécouverte d'Aristote « *La démence naturelle n'a rien à voir avec le péché* ».

-Le XIII ème et la création des universités comme celle de Montpellier (1220).

La fin du Moyen Age

-XIV-XV ème siècle, cette époque témoigne d'une montée des hérésies avec l'inquisition au XIII ème siècle.

-XV-XVI ème siècle, l'apogée de la sorcellerie, nous citerons Jean Wier , en 1570, avec le statut médical pour les sorcières et la notion de tolérance.(1)

On remarque une coexistence de la perception religieuse des maladies mentales et une conception médicale à proprement parlé. La perception religieuse, interprète les troubles mentaux comme une possession démoniaque, une marque du péché, une hérésie et à la clef le bucher ...et la version médicale, disons plus « *mesurée* ».

A - Médecine et Démonologie

L'explication médicale de la maladie se fait alors essentiellement par le biais de la physiologie. Le vocabulaire médical reste cependant ambigu comme, pour exemple, le terme de « *Manie* » parfois désigné par le terme « *Demonium* ». Il était très répandu à cette époque, dans l'opinion commune et chez les théologiens, le fait que la conception de la maladie mentale soit perçue comme une maladie de l'âme, punition du péché, sanction d'un certain dérèglement moral. Cette conception entraînait la valeur thérapeutique des rituels religieux ainsi que de la pénitence, la sollicitation de la miséricorde divine... Chaque Saint était rattaché à une maladie ainsi qu'à sa guérison.

La notion d'avoir « *le diable au corps* » était répandue par les théologiens également, et finalement par les malades eux mêmes. « *Ceux qui se fient à ces idées vulgaires ne*

recherchent pas, pour le soin de leur maladie, l'aide des médecins, mais celle des saints réputés avoir reçu de Dieu le pouvoir de chasser les démons » Jacques DESPARS (1380-1458).

D'ailleurs, porté par l'église et la croyance populaire, l'invocation aux Saints guérisseurs et les pèlerinages thérapeutiques sont de rigueur. (9)

On note une certaine opposition de la médecine savante quant aux positions de l'Eglise notamment sur l'éventualité d'une possession. « *Même s'il arrive que la puissance divine permette une intervention diabolique, celle-ci ne se fait que par des processus physiques sur lesquels le médecin peut opérer. Il se doit également de réagir contre la crédulité des patients* ». (9)

- Saint Thomas D'Aquin (1225-1274) (11)

Ses écrits marquent une forme d'équilibre entre la conception spirituelle, religieuse et la conception médicale. Saint-Thomas voit en l'homme « *un horizon entre la matière et l'esprit* ». L'homme est l'union en un seul individu de 2 degrés de réalisation de l'être.

Le premier, résultat de l'engendrement matériel est la forme, la détermination du corps, « *animus* ». C'est en « *l'animus* » que s'organise les « *passions* » que l'on appellerait actuellement « *pulsions* ».

Dès lors que « *l'animus* » est engendré il apparaît nécessaire que se soit créé, directement par Dieu, l'âme spirituelle, « *anima* ». « *Anima* » est le siège de la raison, la combinaison de l'intelligence et de la volonté.

On observe donc une tension entre « *l'animus* », et « *l'anima* », un équilibre instable entre pulsions et raison, un équilibre entre la matière et l'esprit.

La perte de la raison selon saint Thomas est désigné par les termes « *Amentes* » et « *furiosi* ». « *Amentes* » nomme l'absence de maîtrise relationnel, « *furiosi* » souligne

l'inaccessibilité à la relation humaine. Dans cette absence, soit la raison ne s'est pas manifestée, soit elle a disparu, définitivement ou temporairement.

La raison est empêchée, il n'y a ni liberté ni responsabilité. La perte de la raison peut être la conséquence d'une atteinte corporelle mais elle peut aussi résulter de l'abandon à la passion, « *l'insania* ». En ce sens la folie peut avoir pour origine un péché.

Selon Saint Thomas, il n'y a pas disparition complète de la raison par ailleurs. Elle est paralysée, incapable de se manifester mais présente. Car « *du moment qu'il y a forme humaine, il y a âme spirituelle et donc raison en puissance* ». D'où l'attitude préconisée par Saint Thomas de s'adresser à ce qui reste de raison et d'utiliser tout ce qui est propre à stimuler la raison...

B - Le « fou » dans la société médiévale

Le fou a un statut particulier, on le célèbre, « *fête des fous* », on lui réserve le statut de « *bouffon du roi* ».

La « *fête des fous* », autrement appelée « *fêtes des innocents* », était célébrée du 25 décembre au 6 janvier de chaque année. C'était une grande mascarade et une célébration du « *désordre et de l'inversement des hiérarchies* ». On y élisait un « *pape des fous* » ou « *roi des fous* », sur la réalisation de la plus belle grimace, on le grimait en évêque avec une mitre et le bonnet des fous de la cour, puis on le promenait sur un âne. Très encadré par les instances religieuses dans un premier temps, cela préfigurerait le carnaval dans la société civile. (9)

Le fou semble intégré, ou toléré dans son environnement familial. Il est à rappeler que la famille et le voisinage assurent souvent la garde du fou, lui délivrant un minimum d'assistance. En dehors du cercle familial, on observe une politique publique d'expulsion des fous de par les bourgs ou les villes, expulsions au frais de la ville pour les renvoyer

dans leur pays d'origine ou les réorienter vers leurs proches.

Cependant gardé par ses proches, le sort du fou n'est pas une situation enviable, particulièrement dans les milieux populaires au mode de vie souvent précaire. Fréquemment relégué dans une grange, sous les escaliers, dans une cabane ou même dans les souterrains, il participe éventuellement aux différents travaux lui fournissant de quoi survivre. Une forme de réclusion à domicile. D'autres fois le malade est reclus dans des donjons ou « *Tour des Fous* ». (1)

Pour d'autres malades, ce sont les communautés religieuses qui les recueillent. On observe ici encore la connotation religieuse de la perception de la maladie, et qui dit culture religieuse introduit la notion de culture du miracle et la création de pèlerinages spécifiques, avec l'exemple de Saint Colomban et ses neuvaines. Une version plus locale, en Flandres, avec les familles de Gheel. (9)

Le fou est maintenu à distance par le rire, (*le statut de bouffon du roi, d'idiot du village, ou célébré lors de fêtes*), moqué, raillé, ainsi que par divers comportements conjuratoires. La représentation diabolique de la folie reste ancrée dans la culture et les mentalités populaires.

Le statut de la « folie tranquille » : la maladie mentale « tranquille », est plutôt tolérée d'une certaine manière. En revanche les comportements violents suscitent une réponse répressive extrêmement dure, de la part de la société. Certains fous, coupables de grands crimes seront exécutés ou finiront sur les bûchers lorsqu'ils seront allumés lors de l'ouverture des bûchers de la sorcellerie. Toléré dans la société médiévale, le fou non violent n'en est pas moins exclu.(9)

Sur un versant légal, de nombreuses incapacités juridiques frappent le fou. L'incapacité des aliénés est déclarée par la justice, fréquemment sur demande des parents et des

héritiers. Ces décisions juridiques n'étaient prises, en principe, qu'après une enquête soigneuse. En effet, le fou ne peut disposer de ses biens, leur gestion en étant assurée par les proches ou par un tuteur, il ne peut témoigner en justice ni passer de contrat, la parole donnée et ses promesses sont nulles et non avenues.

Il se pose alors le cas du « furieux ou frénétique » car l'assistance d'aliénés revient à la famille, cependant dans certaines conditions, la famille pouvait s'en remettre aux autorités publiques. La privation de liberté était une mesure courante, mais bien délimitée : « *est incarcéré celui qui se livre à des voies de fait, les furieux, les mauvais sots qui font excès et misère* ». Les archives urbaines du XIV^e siècle mentionnent ces mesures d'ordre public, souvent temporaires, sans aucuns buts thérapeutiques. Le renfermement est limité à la durée de la crise le plus souvent. Lorsque c'est possible, les frais d'entretien du fou emprisonné sont soumis aux comptes de ses proches. Le rôle des médecins, à cette occasion, peut se résumer à diagnostiquer la folie et légitimer les mesures d'incapacité juridique. Dans une autre mesure le fou n'ayant aucune parenté, étranger à la ville, est frappé d'errance, expulsé. Seul l'hôpital le réintègrera, en tant que pauvre, à la société.

Dans le meilleur des cas, ils sont pris en charge par la communauté, avec l'arrivée de l'obligation d'assistance et de charité. Dans le pire des cas, on arrive au « *fou sans aveu* », version politiquement correcte du malade vagabond.

On assiste, au XII^e et XIII^e siècle, à la création d'hôpitaux recevant les indigents, les malades et les errants. Ces derniers voient leur nombre augmenter en raison d'une économie agricole aux rendements faibles et extrêmement fluctuants. En parallèle les Hôtel-Dieu ou maisons dieux sont des institutions charitables, indispensables à une société de pauvreté. Elles accueillent pour un temps limité, les exclus et parmi eux les fous. Le fou y est accueilli moins en malade, qu'en pauvre.

L'essor urbain du à l'immigration rurale des XIVe et XVe siècle appelle à la création d'établissements hospitaliers de plus grande capacité.

Au XIVe siècle on voit apparaître l'idée que les fous sont une catégorie spécifique et que les institutions doivent leur réserver une place à part. On assiste à la création d'asiles distincts pour eux ou au moins de salles qui leur sont réservées dans les autres institutions.

A côté de tout cela, émerge le développement d'une volonté de contrôle social. L'autorité de l'État et des villes étend son emprise sur une société civile gérée par les institutions de la société féodale.

Une législation sévère se met en place contre les marginaux. Au XVe siècle la répression de l'errance et de la pauvreté ne fait que s'accroître. Pauvre de sens et de biens, le fou est « *victime* » de ce mouvement. (12)

III - De la renaissance à la révolution

Cette période est en continuité de la ligne de conduite concernant la Médecine au Moyen Age. Elle est une époque de guerres et d'urbanisation, prémices d'une époque de mendicité de vagabondage.

A - XVe- XVIe

1 - Début de l'humanisme

Cette époque voit naître l'humanisme chez les médecins, tels Jean WIER 1515-1588, avec ses prises de positions quant au bucher pour les fous, et Juan VIVES (1492-1540).

On voit également apparaître Saint Jean-de-Dieu, le Saint-patron des hôpitaux psychiatriques. La Renaissance est l'époque de la réhabilitation des auteurs Antiques,

avec les traductions d' Hippocrate et Galien réédité à Venise en 1550. Cette période connaît l'essor de l'étude détaillée de l'Anatomie Humaine avec des noms comme Vésale, Ambroise Paré, Paracelse.

La Folie est « *magnifiée* », utilisée comme une méthode philosophique, un prisme pour étudier le monde en s'éloignant des paradoxes et des convenances. Nous citerons ici « *l'Eloge de la folie* » d' Erasme, ou Thomas More et son ouvrage « *l'Utopie* ». (1)

2 - Le renfermement des insensés

Ce renfermement avait déjà commencé à la fin du Moyen Âge, cet enfermement n'intéressait le fou que de part sa qualité de marginal et d'errant. Cela était relativement restreint par rapport à la population générale, les insensés enfermés suite à des comportements dangereux étaient encore moins nombreux.

Les guerres du XVIème siècle ont laissé place à une mendicité croissante et les hôpitaux sont délabrés. Le XVIe siècle a vu le nombre des errants s'agrandir, en lien avec la misère et l'urbanisation en devenir. Cet essor urbain attirait une forte immigration rurale ainsi que « *des gueux, des chômeurs valides ou invalides, des estropiés de toutes sortes, des déserteurs et des prostituées, des enfants abandonnés... Parmi eux, des épileptiques, des idiots, et des fous* ». En réponse à la multiplication des errants, les pouvoirs publics ont accru le nombre d'édits d'interdiction. (9)

À Paris en 1557, la conversion en hôpital de la maladrerie de Saint-Germain (les petites maisons) annonce déjà l'idée de l'hôpital général avec la notion d'enfermement et de travail obligatoire des valides. À Paris également, sont créés en 1611, les hôpitaux des pauvres enfermés.

C'est dans ce contexte qu'est promulgué l'édit de 1656, dont Michel Foucault a fait l'édit du « *grand renfermement* ». Thèse de la folie « *réduite au silence* » par le « *coup de force* »

d'un « *grand renfermement* » qui commencera avec la fondation en 1656 de l'hôpital général de Paris.

Citons de manière non exhaustive, la création du Manicome de Valence en 1409, Saint Jean de Dieu à Grenade 1537, Sainte Marie de Bethleem à Londres (Bedlam) en 1547. Cette création d'établissements pour insensés relève d'un mouvement général sur le vieux continent, une tendance Européenne avec des idéations plutôt tournées vers l'enfermement des pauvres plutôt que vers la charité. (1)



Jerome Bosch, la Nef des fous, environ 1510-1515, Paris, musée du Louvre, 58,1 x 32,8, huile sur Bois. (13)

Le fou a par ailleurs un statut particulier dans l'art et sa représentation. Le fou est utilisé notamment pour la critique du clergé et de la religion, le fou est utilisé symboliquement pour critiquer les vices de la société. On peut l'observer dans le célèbre tableau « la nef des fous » de Jerome Bosch peint aux environs des années 1510-1515. Il représente des membres du clergé dépravés, avec un nombre important d'objets symbolisant la folie et la

dépravation. Une none jouant du luth et un moine y sont représentés entrain de chanter, tout en essayant d'attraper un bout de viande directement de leur bouche. Un autre homme est entrain de vomir dans l'eau à même l'embarcation, symbolisant probablement l'ivresse. On observe également la présence d'un hibou, représentant traditionnellement la bêtise (d'autres interprétations sembleraient tendre vers la présence d'une chouette plutôt qu'un hibou, représentant la sagesse et la connaissance, contemplant la folie) L'élément clef du tableau, symbolisant la folie étant l'absence de protagoniste dirigeant l'embarcation qui s'oriente vers une direction plus qu'incertaine. Ici, le fou n'est pas représenté en tant que tel, mais utilisé pour caricaturer les travers de la société et notamment les travers des hommes d'Eglise.

B - XVII ème La Folie à l'âge classique

1 - Le XVII ème siècle : L'âge de raison

Nous ne pouvons passer outre Descartes et son célèbre « *Dualisme Cartésien* », avec le « *Res Cogitans* » et le « *Res Extensa* », en d'autres termes, la séparation du corps et de l'esprit.

Le fondement de cette partie de l'âge de raison est l'accession de la Folie au rang de « *maladie* », L'observation de la folie, et son analyse, s'extirpent des conceptions mêlées entre médicales, ésotériques, philosophiques.

D'autres auteurs s'intéressent à des troubles divers, aujourd'hui mieux étiquetés, tels l'Hystérie, traitée par Thomas Sydenham. Robert Burton s'intéresse, quant à lui, à la Mélancolie via « *The Anatomy of Melancholia* » en 1621, citons encore Lazare Riviere et son étude de l'Epilepsie. (1)

2 - L'hôpital général au XVIIe siècle

Le système hospitalier s'organise, quelques dates paraissent devoir être précisées.

L'Edit de 1656, institue l'hôpital général de Paris. Il exprime la volonté alors de la remise en ordre du royaume, en commençant par sa capitale. Sa création peut être rapprochée de l'institution d'un lieutenant général de police en 1667. Elle ne paraît donc pas être une mesure visant spécialement les insensés, mais une mesure de police d'une ville déjà importante visant à éviter l'anarchie et l'insécurité.

L'innovation principale de cet édit reste l'aménagement de locaux suffisamment grands en capacité d'accueil pour recevoir une partie des 40 000 mendiants et vagabonds que compte Paris.

L'hôpital général de Paris est en fait un rassemblement de plusieurs structures : la Grande et Petite Pitié, Scipion, Bicêtre, la Salpêtrière, dans l'optique d'accueillir l'équivalent de 4000 à 5000 personnes. (14)

L'accueil charitable des hôpitaux laisse plutôt entrevoir le travail des mendiants valides, la répression des déviants et le placement des insensés. Il ne faut pas omettre qu'à l'époque la population constituants les hôpitaux se composait des mendiants valides, des libertins, des galeux, des vénériens, des prostituées, mais aussi d'enfants trouvés et d'insensés...

L'idée générale est de pouvoir, en ces lieux, mettre au travail une population de mendiants valides.

Cette idée se répand et on assiste en 1662, par un nouvel édit Royal, à la création des hôpitaux généraux dans les régions, villes et gros bourgs. (15)

L'hôpital général a pour vocation d'accueillir de manière indistincte tous les errants. De fait, les vénériens et les insensés sont admis dans les hôpitaux alors qu'auparavant ils en étaient rejetés.

En 1526, Juan-Luis Vives envisageait déjà l'enfermement des fous dans une perspective

thérapeutique. Or, à l'intérieur de l'hôpital général, toutes les catégories d'enfermés ne sont pas mélangées, les insensés sont soigneusement isolés. (16)

Un arrêt du Parlement de Paris, émis le 7 septembre 1660 précise « *qu'il sera pourvu d'un lieu pour enfermer les fous et les folles qui sont présents, ou seront ci-après au dit Hôpital Général* ». De cet arrêt se développe deux lieux, Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes.

Une donnée non négligeable est la présence au seins de ces hôpitaux, d'une partie composée d'insensés, représentant l'équivalent de 10% de l'effectif hospitalier, mais tout de même une part moins importante que les vieillards invalides ou que les enfants en bas âge. A titre de comparaison, les hôpitaux de province comptaient à la même époque environ 5% d'insensés. (17)

Les hôpitaux se remplissent d'invalides, et non de malades valides, le but premier du travail ne peut alors être atteint.

Ainsi en 1698, on assiste au constat de la fin de l'hôpital général.

3 - Les maisons de force (18)

Au début du XVIIIème siècle, face à la demande croissante des familles et des municipalités, vont apparaître et se multiplier les « *maisons de force* ».

Le but des « *maisons de force* » était de prendre le relais des hôpitaux généraux et des prisons d'État réservées, en principe aux seuls prisonniers politiques. Face à la carence de locaux de correction qui avait marqué le XVIIe siècle, le pouvoir royal a encouragé les communautés religieuses à faire fonction de « *maison de force* ». Celles-ci acceptent, moyennant pension, les correctionnaires dans leurs murs. À la fin du XVIIIe siècle, sur les quelques 600 maisons forces du royaume, près des deux tiers sont des communautés religieuses. Les insensés y représentent environ 20 % de la population. Certaines maisons

de force se spécialisent dans l'accueil des insensés qui constitue parfois jusqu'à la moitié de leurs effectifs. En province plusieurs d'entre elles figureront parmi les grands asiles d'aliénés du XIXe siècle.

L'entrée en « *maison de force* » se faisait contre le versement d'une pension. La « *maison de force* » est donc le lieu d'internement des riches. L'hôpital général reste celui des pauvres. Les insensés pauvres sont conduits dans les quartiers d'aliénés des hôpitaux, parfois même à la prison. Leur sort ne dépend que de la charité royale. Leur admission se faisait simplement, pour eux, il n'y avait pas nécessité de « lettre de cachet ». L'usage de ces dernières étaient réservés aux nobles, au clergé, aux militaires et aux notables.

4 - Les lettres de cachet (19)

La « *lettre de cachet* », institution exprimant la volonté personnelle du souverain, jouit d'une réputation relativement péjorative. Cette dernière suit une procédure impliquant la famille.

La famille rédige un placet, et par la suite l'intendance mène une enquête. La famille prends donc une part souveraine sur la liberté de ses membres, la surveillance de ses membres et leur « *internement* » éventuel.

La révolution française abolira ces lettres représentant , selon elle, l'absolutisme royal arbitraire. Il apparaît, en revanche, que les lettres de cachet, dans leur signification originelle, ne méritent pas une réputation aussi négative.

Réservées initialement aux seules initiatives du pouvoir, utilisées de plus en plus souvent sous le règne de Louis XIV, l'usage de « *lettres de cachet* », s'est surtout développé lorsque le lieutenant général de police de Paris et les intendants de province ont pris l'habitude d'y recourir pour demander l'enfermement des déviants et des fous. Or, ce sont en fait, les familles qui apparaissent comme les principaux demandeurs de lettres de

cachet. Face à la demande croissante des familles, les « *lettres de cachet* », par l'enquête administrative, et leur procédure minutieuse, apparaissent plus comme une garantie contre l'arbitraire des familles et des municipalités que comme une manifestation de l'arbitraire royal.

Les familles et les municipalités avaient en effet, pour la plupart, pris l'habitude de s'entendre avec les directeurs des « *maisons de force* » pour y placer les déviants, sans autre formalité que l'accord sur un prix de pension. Ainsi il n'était pas rare de voir, à côté des demandes d'internements justifiées, des demandes émanant de père de famille, concernant un enfant, pour gaspillage, libertinage ou afin d'éviter un mariage déplaisant.

Les modes de placements en « *maison de force* » sont donc les suivants :

-À la demande de la famille, le placet :

par ordre du roi : lettre de cachet.

par ordre de justice : interdiction.

-En cas d'urgence : ordre anticipé.

-Par le soins des autorités : Lettre de cachet. Ordre de justice.

À la demande des malades eux-mêmes.

Ces lettres de cachet sont abolies lors de la Révolution Française, cependant, on maintient les « fous » enfermés.

C - Le XVIII ème : Le siècle des Lumières

1 - Le contexte « sanitaire » et la création des dépôts de Mendicité

L'Hôpital Général reste le lieu d'enfermement des pauvres. Après l'échec des hôpitaux généraux, le pouvoir central, sous le règne de Louis XV, se résout à prendre directement en main le renfermement des vagabonds. La déclaration royale du 3 août 1764 et l'arrêt

du conseil d'État du 27 octobre 1767 institue au chef-lieu de chaque généralités (environ trois départements actuels), un dépôt de mendicité placé directement sous l'autorité de l'Intendant. À la différence des « *maisons de force* », au prix de pensions élevés, les dépôts de mendicité ont vocation à interner les indigents.

On observe ici un tournant dans l'enfermement, ce dernier devient massif. Pour exemple de 1768 à 1789, environ 230 000 personnes ont cheminé par les dépôts de mendicité.

En plus des mendiants valides, on assiste à l'enfermement d'un nouveau contingent de correctionnaires et d'insensés. Ces derniers sont, une fois de plus, pris dans la spirale de l'enfermement des vagabonds.

Si les mendiants sont assez vite relâchés, les insensés, qui représentent 10 à 20 % de la population des dépôts, restent plus longtemps, souvent jusqu'à leur mort. Ils constitueront rapidement un contingent irréductible. La Révolution et l'Empire, laisseront les insensés dans les dépôts de mendicité, maintenus, en attendant la loi de 1838 pour mettre un terme à environ deux siècles d'amalgame carcéral. Le succès de l'enfermement dans les dépôts de mendicité pourrait avoir deux explications : la disparition de l'esprit de charité et l'hostilité qu'exprime le peuple envers les errants, celui-ci réclamant une répression sévère. (9)

Il est indispensable de rappeler, en parallèle, le contexte « médical » de la période des lumières,

Il émane une veine classificatoire avec des représentants tels que Linne dans le domaine de la botanique, Cuvier et Lamarck dans celui de la zoologie

Une volonté de classification apparaît au XVIIIe, de même, les premières nosographies apparaissent avec la contribution de François Boissier de Sauvages en 1763. (1)

De nouvelles théorisations émergent,

La théorie du « Magnétisme animal » de Franz Anton Mesmer (1734-1815) aura une influence majeure sur le développement de la thérapie par l'hypnose. (1)

La Phrénologie avec pour initiateur Gall (1758-1828), théorisation selon laquelle le fonctionnement humain aurait pour fondation différentes facultés intellectuelles et morales. Chacune de ces fonctions serait précisément localisée dans une région particulière du cerveau. L'utilisation de la cranoscopie permet de les localiser. On retrouvera certaines des idées de Gall, dans la recherche des localisations cérébrales des fonctions nerveuses. Même si l'on identifie les maladies mentales en tant que maladies, ces dernières ne sont pas dissociées des maladies d'une autre nature, telles que les maladies « physiques ». (20)

Les traitements demeurent dans la lignée de la théorie des humeurs, mais les soins en milieu hospitalier font leur apparition, les traitements « psychologiques » également portés par l'intérêt pour ces maladies particulières de l'esprit. Cependant, la marque du magique et du religieux reste palpable et on observe une continuité dans les pèlerinages à buts thérapeutiques et surtout miraculeux.

- *Quelques exemples de thérapeutiques et de traitements en vigueur au XVIIIe :*

L'utilisation de l'opium en tant que calmant, usité par Thomas Sydenham dans l'hystérie (1624- 1689). Il s'opposât par ailleurs à la théorie « Utérine » de l'hystérie (provoquée par des désordres d'esprits animaux). Thomas Sydenham énonce déjà que l'homme est aussi susceptible de souffrir d'hystérie. (1)

D'un point de vue thérapeutique, on retrouve à cette période principalement l'utilisation d'évacuants, de calmants, de toniques, de diètes, de saignées, de lavements, de bains.(9)

A cela, s'ajoute des thérapeutiques « *innovantes* » pour l'époque telles que l'hydrothérapie dans le traitement des épisodes catartiques. Les voyages sont utilisés, dans le but de

guérir les mélancoliques, on crée à cette période, les « *tremousoirs* » avec l'optique de recréer les secousses produites par les routes ...

"Contre la frénésie Prenez le poumon d'un porc tout chaud et aussitôt faites le cuire dans de l'eau claire, puis lorsqu'il est cuit, retirez le de l'eau et le mettez tout chaud sur le chef du malade. Autre. Prenez du sang de truie et le faites cuire, et de ce faites un emplâtre qu'il faudra mettre sur la teste du malade" ... (21)

2 - L'avènement du mouvement philanthropique

Ce mouvement se caractérise par « *Une répugnance naturelle à voir périr ou souffrir tout être sensible et principalement nos semblables* » . (Rousseau J-J, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, OC III)



Image 2. A l'intérieur de Bedlam, Londres 1735, William Hogarth « *A Rake's Progress, plate 8* » The British Museum (22)

Ce courant tire ses origines de la mouvance Anglaise du début du XVIII ème siècle, sous l'impulsion de William Battie (1703-1776), alors administrateur de l'hôpital de Bedlam à Londres. Ce dernier observe l'état de délabrement et d'abandon des insensés. Il décida, suite à ses observations, de fonder le « *St Luke's Hospital for the Lunatics* ».

Dans cette institution, il accorde par exemple une chambre personnelle à chaque malade, ainsi qu'un recrutement de personnel « qualifié » pour l'encadrement et le soins des malades. Une direction morale et humaniste est amorcée dans la médecine des insensés. Le mouvement se poursuivra sur le siècle suivant en Angleterre, avec la contribution de William Tuke et la « *retreat* » à York en 1796. John Conolly (1794-1866) établira les principes du « *no restraint* » ainsi que de l'« *open door* ». (1)

En France,

Durant les dernières décennies de l'ancien régime se construit une doctrine de l'Assistance Publique que la révolution reprendra à son compte. Le début du règne du roi Louis XVI peut être considéré comme l'entrée de la philanthropie dans les faits.

Turgot, contrôleur général de juillet 1774 à 1776 institue une commission d'enquête d'où sortira un plan complet d'assistance. Pour la première fois, les insensés apparaissent en tant que catégorie médicale distincte ayant droit à l'Assistance Publique. Necker succède à Turgot en 1776 et poursuit le travail de réforme entamé par son prédécesseur. Necker lance la prise en charge de l'assistance par le gouvernement.

Une nouvelle commission est mise en place avec mission de rechercher les moyens d'améliorer le régime des hôpitaux. En 1781, est créée une inspection générale et permanente des hôpitaux civils et des maisons de force. À sa tête, est nommé Colombier, assisté de Doublet et Thouret. Mandatés par le roi, ils effectuent un tour de France des lieux d'enfermement et d'assistance, et dénoncent le piteux état dans lequel se trouvent

les diverses catégories d'infortunés, et notamment les insensés. Ce sera l'avènement de la circulaire de 1785 « *instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés* ».

Cet écrit sera diffusé au sein de tous les hôpitaux du Royaume. Il s'avère nécessaire de le citer en cet exemple : "*Des milliers d'insensés sont renfermés dans des Maisons de Force, sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède : le demi-insensé est confondu avec celui qui l'est tout à fait ; le furibond avec le fou tranquille ; les uns sont enchaînés, les autres libres dans leur prison ; enfin, à moins que la nature ne vienne à leur secours en les guérissant, le terme de leurs maux est celui de leurs jours, et malheureusement jusque-là, la maladie ne fait que s'accroître, au lieu de diminuer. Tel est l'état au vrai des ressources, jusqu'à ce moment, contre le fâcheux état des pauvres insensés : le cri de l'humanité s'est fait entendre en leur faveur, et déjà un grand nombre d'asyles se prépare pour leur soulagement, par l'établissement d'un département uniquement destiné pour eux dans chaque dépôt de mendicité, et l'on se propose d'y traiter indistinctement tous les genres de folies*". (9)

Dès la première ligne de son introduction, Colombier proclame que « *C'est aux êtres les plus faibles et les plus malheureux que la société doit la protection la plus marquée et le plus de soin* ». Il précise également qu'il ne suffit pas de séquestrer les insensés, mais qu'il faut les traiter « *surtout lorsque la folie est commençante* », mais également « *lorsque la démence est ancienne* ». (23)

On observe également l'apparition d'une notion cruciale, le classement par quartiers : un pour les imbéciles, un pour les fous violents, un pour les fous tranquilles, un pour ceux qui « *paraissent dans le chemin de la guérison* ». Pour les quartiers, sont prévues des données architecturales où l'on peut reconnaître les principes essentiels de l'asile thérapeutique tel qu'il sera idéalisé par Pinel et Esquirol. Ce texte préfigure la naissance

des Asiles thérapeutiques du XIX^{ème} siècle.

En 1785, le roi charge l'Académie des Sciences de donner son avis sur la réforme des hôpitaux. De nombreux projets concernant la réforme hospitalière seront publiés dans les années qui précèdent la Révolution. En 1788, Tenon écrit dans un rapport sur la réforme des hôpitaux, que les hôpitaux pour les fous « *font eux mêmes fonction de remède* ». (24)

Dans le contexte de faillite financière, qu'est celui des dernières années de l'Ancien Régime, ces projets de réforme ne verront pas le jour. Toujours est-il que la curabilité de la folie dans un asile et par l'asile, a été clairement définie dès 1785.

IV - De la Révolution à la Monarchie de Juillet

« *On trouva à la Bastille plus de fous que d'armes et de prisonniers politiques* ». (4 faux monnayeurs, 2 fous, et un libertin) (25)

La révolution française période de « *l'invention de la liberté* » a commencé par une libération d'aliénés. Cependant le législateur de cette époque se soucie peu de leur destinée. Environ un demi-siècle de vide législatif, à l'égard des insensés s'ensuit. Ceci d'autant plus surprenant lorsque l'on sait combien le code Napoléon a ordonné les détails de l'organisation sociale. En 1810, l'article 64 du code pénal légalise l'irresponsabilité pénale du Dément. Ce n'est qu'à partir de la loi du 30 juin 1838, prévoyant l'internement administratif, que l'on peut légaliser et médicaliser « *l'enfermement* » des déments criminels.

Le législateur ne s'occupe alors des aliénés que pour les exclure.

Citons pour exemples :

- La loi du 16 août 1790 qui confie à l'administration « *Le soin d'obvier ou de remédier*

aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté ».

- La loi des 19 et 22 juillet 1791, (titre XI des juges en matière de police, article-3, 6°) qui fait obligation aux familles de ne pas « *laisser divaguer des insensés ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces* ». On remarque aujourd'hui avec circonspection, le rapprochement entre « *fous* » et « *animaux féroces* »...

- Une circulaire du 17 septembre 1804 (26) précisera les moyens des lois précédemment énoncées : « *Suivant la loi du 22 juillet 1791, conforme à ce sujet aux anciens règlements, les parents des insensé doivent veiller sur eux, les empêcher de divaguer, de prendre garde qu'ils ne commettent aucun désordre. L'autorité municipale, suivant la même loi, doit obéir aux inconvénients qui résulteraient de la négligence avec laquelle les particuliers rempliraient ce devoir. Les furieux doivent être mis en lieu de sûreté, mais ils ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un Jugement que la famille doit provoquer.... C'est aux tribunaux seuls qu'elle (la loi) confie le soin de constater cet état... ».*

On observe que c'est le tribunal qui succède à l'autorité du roi ou du père de famille pour constater l'état du patient et décider son internement. Ceci représente, peut-être, un certain progrès mais l'aliéné reste encore un délinquant confié aux tribunaux et non un malade confié au médecin. L'internement est toujours destiné à protéger la société et n'est pas encore une méthode de soins. Les aliénés sont toujours mêlés aux autres détenus et sont l'objet de mépris ainsi que de sévices de la part des détenus ou des gardiens.

Les moins fortunés continuent donc de peupler les dépôts de mendicité maintenus par la révolution et à Paris, les grandes maisons sont toujours en fonction. Les plus fortunés sont répartis dans des maisons privées qui ne sont souvent, en province, que l'ancienne maison de force laïcisé pour la forme.

Des 1791, on s'inquiète de la légalité de cette séquestration. Mais, ce qui scandalise, c'est que l'on puisse être jeté parmi « *des fous grimaçant et dévorés de tics, dans un enfer de violence entre des murs couverts d'excréments* », sans l'avoir mérité. Le concret du sort de l'aliéné n'intéresse pas l'opinion publique.

Ce qui révolte également, c'est que les aliénés dont la famille pourrait payer la pension séjournent dans des établissements gratuits ; citons Cabanis, dans « *Rapports du physique et du moral en 1802* » : « *les faits psychologiques sont à rattacher à la physiologie et non aux sensations* », il se positionne contre l'interdiction préalable au traitement. Celle-ci permettait, en effet, de séquestrer l'aliéné, en sa qualité de mineur, sans entorse aux droits du citoyen. Mais autant que du respect de la liberté individuelle, c'est de l'efficacité thérapeutique de l'institution dont Cabanis se souciait. Il fallait limiter l'encombrement.

Dans ce contexte, c'est avec Philippe Pinel, puis Jean Etienne Esquirol, que cet état d'esprit va évoluer et faire passer le fou de l'état de coupable jugé et enfermé, à celui de malade ayant droit aux soins. (9)

Déjà en, 1791 Joseph Daquin (1732-1815) précise dans « *la philosophie de la folie* », les principes concernant l'attitude médicale qui deviendront ceux du traitement moral. « *Je veux enfin que le médecin vienne avec cette philosophie douce et consolante qui semble faire quelque chose sans agir et qui sans vouloir d'abord considérer la maladie comme un ennemi, s'attache au contraire à le caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules et suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie* ». (9)

V - La loi du 30 juin 1838

Trois raisons expliquent pourquoi, il a fallu attendre 1838 pour qu'une loi règle enfin, en France, « *l'internement* » des aliénés.

Ce sont d'abord les changements successifs de régime et de politique depuis 1789, le manque chronique de finances publiques, et enfin, l'ambiguïté que constitue tout « *internement* ». En effet l'asile d'aliénés doit soigner, mais aussi séquestrer. `

Si l'un des mérites de cette loi et d'avoir organisé l'assistance aux aliénés, essentiellement aux aliénés indigents, les préoccupations financières furent aussi à l'origine de la loi. Le projet présenté devant la chambre des députés le 6 janvier 1837 ne se composait initialement que de 14 articles. L'essentiel consistait à fixer, conformément à la loi de finances de 1836, comment et par qui, seraient supportées les dépenses. La création d'établissements nouveaux, ainsi que la gestion des biens des « *Internés* », n'étaient pas envisagé. Devant les nombreuses critiques des parlementaires, le projet de loi fut retiré et soumis à une nouvelle élaboration.

On constate, que la discussion du projet de loi ne s'est pas déroulé « *à la sauvette* », au milieu de l'indifférence des législateurs, bien au contraire. Rarement projet de loi ne fut aussi longtemps discuté. Certains points donnaient lieu à des joutes passionnées. C'est le cas de l'interdiction judiciaire préalable au placement, qui ne figurera pas dans la rédaction définitive. C'est également le problème du pouvoir donné à l'autorité administrative par rapport à l'autorité judiciaire. Cette discussion resurgira jusqu'à nos jours, dans tous les

projets tendant à réformer la loi de 1838, et sera le fondement des lois récentes. On souligne alors que l'autorité administrative « *agit avec proupritude et discrétion* ». Mais si la discrétion est souhaitable en matière « d'internement », le secret peut être dangereux pour la liberté individuelle. Ainsi, les auteurs de la loi se sont constamment préoccupé du problème de la protection et des garanties de la liberté individuelle. Enfin la loi a repris les principes médicaux de l'époque, le traitement de l'aliénation mentale nécessite un isolement précoce dans des établissements spéciaux, spécialement construits et agencés pour adopter le principe de classement des aliénés.

Après 18 mois de discussions, d'amendements, la loi est enfin votée à l'unanimité par la chambre des Pairs le 22 mars 1838. Revenue à la chambre des Députés le 28 mai, elle est adoptée par 216 voix contre 6, le 14 juin et promulguée le 30 juin 1838. (27)(9)

Nous reviendrons dans la partie suivante de cette réflexion sur la présentation plus précise du contenu de cette loi.

VI - Les suites de la loi du 30 juin 1838

A - Les premiers Aliénistes et la naissance de la psychiatrie (1800-1860)

Cette période de la fin du XVIII est aussi celle des « *pères de la psychiatrie* » Philippe Pinel (1745-1826) et Jean Etienne Esquirol (1772-1840), son disciple.

L'apparition d'une nouvelle catégorie de médecin marque un tournant dans l'histoire de notre spécialité. Le médecin dit « *Aliéniste* », est celui qui consacre l'entièreté de son temps à fonder, administrer et reformer les asiles d'aliénés. Ce dernier réside fréquemment au sein même de son asile, et attache une importance capitale à ses malades, de manière individuelle. Il s'adonne à la recherche anatomique cérébrale, où ce dernier pense que demeure le secret de la maladie mentale.

- Permettons nous de nous attarder sur Philippe Pinel, et ses principaux éléments biographiques (1745-1826) (1)

Il réalisa ses études de médecine à Toulouse puis Montpellier. Nommé Médecin-chef de la division des insensés de Bicêtre en 1793. Il devint médecin chef de la Salpêtrière en 1795, il y appliqua « le classement des malades ». Sa pratique modifie la pratique commune, le « fou » devient un sujet à part entière. Concernant les Aliénés, il y a une part de raison à laquelle le traitement s'adresse.

Pinel défend par ailleurs les principes du mouvement philanthropique concernant le traitement Moral ainsi que l'importance de l'hygiène et de l'alimentation. Le terme « Aliénation » sous son impulsion remplace le précédent terme de « Vésanie ».

L'œuvre de Philippe Pinel demeure remarquable et a profondément modifié le visage de la psychiatrie. 1801 s'avère être une année particulière avec la publication du « *traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie* », œuvre dans laquelle Pinel démystifie la folie pour en faire un sujet d'étude scientifique.

Cet ouvrage aura un impact considérable, non cantonné aux médecins mais également sur les philosophes Hegel et Maine de Biran. Grâce à la description clinique et l'institution de la pratique thérapeutique de la maladie mentale, Pinel apportait un regard neuf sur la folie. Le fou n'est plus un « *insensé* », il reste possible de communiquer avec lui, car Pinel considérait que la raison n'est jamais totalement perdue. Ce principe de la rencontre avec le fou est à l'origine de la genèse de l'asile, qui n'est alors pas conçu comme un lieu de renfermement et d'exclusion. Le traitement Moral fait son apparition. Il a pour principe de parler avec douceur, donner espoir au malade et compatir avec ce dernier. Ces principes s'avèrent être les bases de la psychothérapie.

Cependant en quelques décennies, le traitement Moral échoue. Une des problématiques

principales réside dans le principe énoncé comme suivant : à vouloir coller à la réalité du délire du patient, à tenter de pénétrer dans la « *raison du fou* », on peut parfois malheureusement aggraver la situation et non la guérir. Citons l'exemple de l'essai de traitement d'un patient souffrant de mélancolie persuadé d'être condamné à périr par la guillotine et les simulacres de jugements entraînant une aggravation de son état clinique, observation relatée au sein de la première édition du traité réalisé par Pinel. (9)

Dans une seconde édition de son ouvrage, Pinel développe son expérience institutionnelle, souligne l'importance des relations avec l'entourage familial du patient, le milieu de vie du patient ainsi que des rôles joués par toutes ces composantes dans le déclenchement, la persistance ou l'aggravation de la maladie mentale.

Citons également son surveillant chef Pussin, qui travaillait avec Pinel à Bicêtre, qu'il nommera à ses côtés, par la suite, lorsqu'il sera nommé Médecin chef à la pitié Salpêtrière.

- *Le disciple « direct » de Philippe Pinel : Jean Etienne Esquirol (1772-1840) (1)*

A l'origine de la loi de 1838, en association avec Guillaume Ferrus (1784-1861) signée par Louis Philippe,

En 1805, il réalise une thèse « *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* ».

En 1807, il se lança le projet de réaliser le tour de France des lieux de renfermement des aliénés, asiles, hospices et prisons.

A partir de 1811, il est nommé médecin surveillant à la division des folles de la pitié salpêtrière.

En 1819, il est l'auteur du rapport au Ministre de l'Intérieur « *des établissements*

consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer ».

Esquirol s'avère être un fervent défenseur du traitement moral et de l'asile, « *Une maison d'aliénés est un instrument de guérison* ». A la manière de Pinel, il observe à la folie des origines à la fois physiques et morales, et classe les maladies mentales en quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies.

En association avec Guillaume Ferrus, il sera à l'origine de la Loi de 1838 avec comme principes que chaque département doit disposer d'un asile et que l'admission et le maintien des aliénés soit sous contrôle de l'autorité publique.

Il publia également un traité sur la construction des asiles, où il proposa un plan modèle d'asile thérapeutique, reprenant quasiment point par point les propositions faites par Tenon en 1788. Esquirol et Pinel contribuèrent, en ce sens, à la médicalisation de la folie.

B - L'apparition du terme « Psychiatrie » (1)

En parallèle du mouvement Aliénistes Français, il faut relever l'apparition et la théorisation de la spécialité psychiatrique, à proprement parlée, par Reil, Outre-Rhin.

Johan Christian Reil (1759-1813), le « *Pinel Allemand* », inventa en 1808, le terme de « Psychiatrie » dans ses écrits « *Über den begriff der Medicin, und ihre Verzweigungen, befonders in beziehung auf die berichtigung der topik der Psychiatrie* » En France, ce n'est qu'en 1923 que le terme « psychiatrie » recevra sa consécration.

Ses idées permettent à la psychiatrie d'accéder au statut de discipline médicale à part entière.

Parmi ses idées, nous retrouvons le concept « *d'universalité* » de la maladie mentale, tout le monde peut en être atteint. Par ailleurs le combat contre le rejet des malades mentaux

est indispensable et l'humanité doit prévaloir dans le traitement des malades mentaux.

Sur les concepts de traitements et de soins, Reil défend le fait que des institutions guidées par l'humanité sont la composante primordiale de soins de qualité. Les Asiles de fous doivent être transformés en hôpitaux psychiatriques. Il est par ailleurs nécessaire de réaliser une prévention pendant les intervalles libres, dans l'idée de soutenir le patient et d'éviter les « émotions fortes » tout comme la sur ou sous-stimulation. Reil pose également le fait que les troubles mentaux peuvent avoir une incidence somatique, c'est l'avènement du concept psychosomatique. De plus il détermine que la psychothérapie (ou thérapie psychique) est une méthode thérapeutique équivalente à la chirurgie et à la pharmacologie pour les troubles somatiques ou psychiques.

Concernant l'essence même de la psychiatrie, Reil évoque le fait que la psychiatrie soit une spécialité médicale à part entière, excluant par ailleurs les philosophes et les psychologues concernant leur autorisation à pratiquer cette discipline. Des propositions sélectives sont aussi émises par Reil, comme le fait que seul les meilleurs parmi les médecins pourront accéder au rang de psychiatre et qu'une psychologie médicale spécifique des besoins des médecins est fondamentale dans la formation médicale.

C - La construction des Asiles

La construction des asiles ne débute dans les faits qu'environ quinze ans après la loi de 1838. Ainsi, on a pu dire que « l' Asiles d'aliénés n'est pas né avec la loi de 1838, il lui est antérieur dans l'esprit et les écrits des aliénistes, il lui est postérieur quant à sa construction ».

Esquirol avait déjà publié un plan programme et fait construire quelques bâtiments à la Salpêtrière et à Bicêtre. D'autres aliénistes empruntèrent cette voie, chacun écrit son

traité, pense son asile idéal et trace son plan avec un architecte.

Pendant ce temps, les congrégations religieuses, revenues à la Restauration, s'empressent de soigner les aliénés. Elles s'approprient de nombreux bâtiments, utilisant au mieux les structures existantes et les agrandissent de constructions nouvelles. Elles bâtissent également quelques établissements neufs. En 1838, elles possèdent dix établissements de soins pour les aliénés. Elles ont pris un net avantage sur les services publics où les constructions suivent de loin les modèles tracés par les aliénistes.

Pour ce qui est des établissements publics, les fondations antérieures à la Révolution continuent le plus souvent sans améliorations notables, ni nouvelle politique de construction ou d'aménagement. Certains dépôts de mendicité se spécialisent peu à peu, quelques anciens bâtiments religieux sont appropriés, mais on compte, durant cette période, seulement trois fondations nouvelles.

La loi du 30 juin 1838, dans son article premier, déclare que « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* ». (9)

Mais la suite de la loi autorise les départements à traiter avec les établissements privés ou avec d'autres départements. Certains départements choisissent de traiter avec d'autres établissements plutôt que de faire les frais d'une construction nouvelle. La construction des asiles était pourtant un investissement intéressant lorsqu'il drainait les malades de plusieurs départements ou lorsqu'ils étaient installés dans une région économiquement défavorisée. D'autres départements choisissent l'appropriation.

Dans les années suivant la loi, seulement deux nouveaux asiles seront fondés. Profitant de la carence publique, les établissements privés déjà fondés prospèrent et s'agrandissent dans le plus grand désordre architectural.

Sous le second empire, 15 ans après la loi, la construction des asiles débute vraiment. Il ne s'agit pas tant d'une « entreprise politique » que d'une réponse apportée à l'augmentation des internements, la nécessité de grands travaux en accélérant la construction. Ainsi une quinzaine d'Asiles sont construits entre 1850 et 1870.

Après la défaite de 1870, le paiement de la dette à l'Allemagne porte un coup d'arrêt à la construction des asiles. Seul quelques établissements prévus depuis longtemps sont menés à terme. Les travaux reprennent en 1880, une nouvelle série d'établissement est construite. Certains équipent des départements en retard, d'autres remplacent d'anciens asiles.

Pour exemple, au niveau de notre région :

Le nouvel asile de Saint venant, l'actuel hôpital est ouvert en 1882. Il est destiné à recevoir les aliénés femmes du département du Pas-de-Calais. Des 1842 le préfet a obtenu l'autorisation de placer les aliénés hommes à Lommelet, près de Lille. «L'ancienne prison de Saint Venant » se voit transformée en hospice exclusivement consacré aux femmes. Des 1840 la création d'un asile central d'aliénés dans le Pas-de-Calais est envisagée. C'est en 1871 que sera prise la décision de la construction d'un nouvel établissement uniquement réservé aux femmes. Ce n'est qu'en 1966, avec le début de la politique de secteur, que l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant s'ouvre aux hommes et devient mixte. (9)

L'asile du XIXe siècle dans sa structuration comprend deux parties distinctes :

- L'asile public proprement dit, pour les aliénés indigents.
- Le pensionnat ou maison de santé destiné aux pensionnaires payants.

Dès son instauration, l'institution asilaire est critiquée. On lui reproche un devenir une

sorte de « *Bastille moderne* ». D'autres solutions sont proposées : le placement familial, les colonies agricoles, l'asile de village. En 1923, on assiste à la création de services ouverts et l'asile prend le nom d'« *hôpital psychiatrique* », appellation officialisée en 1937. (28)

En réalisant une digression sur l'art comme miroir de notre société. L'art comme témoin de la place du « fou » dans cette dernière. Le fou n'est plus représenté symboliquement pour réaliser une caricature, une satire, le fou est peint dans l'art en tant que tel, ni caricaturé, ni idéalisé. Il accède au rang de « digne d'être représenté ». Ce changement est particulièrement flagrant dans la série de cinq portraits réalisés par Théodore Géricault appartenant au mouvement Romantique. Ce dernier ayant réalisé le portrait de patients anonymes en collaboration avec des aliénistes, issus d'asiles, qu'il qualifiait de « *fous monomanes*. » A travers ces portraits, il spécifiait la nature des obsessions de chacun des patients représentés : le vol d'enfants, le commandement militaire, le vol, le jeu et l'envie. Ici une représentation de « *l'envie* » issue du musée des beaux arts de Lyon, vers 1819-1822, huile sur toile. (29)



Il s'agit du portrait d'une femme atteinte de monomanie, ici l'envie. Le visage livide, les yeux injectés de sang et exorbités. On observe un regard déviant, fixant hors cadre, ainsi que la bouche tordue d'un rictus. Cette œuvre est particulièrement novatrice pour l'époque : la folie, la maladie mentale sont des vices honteux que l'on tente de cacher notamment dans les asiles...

En 1939, on compte une petite centaine d'asiles en France. 69 sont des établissements publics et 22 appartiennent à des structures privées. Seulement 6 établissements sont antérieurs à la révolution, 20 sont des appropriations, 65 sont des fondations nouvelles, mais 16 départements restent encore dépourvus d'établissements spécialisés.

VII - La Psychiatrie classique, du XIXe jusqu'à la deuxième guerre Mondiale

A - Evolutions premières (1)

Cette période marque l'essor de la psychiatrie, mais rappelons le contexte général de l'époque avec quelques dates et faits marquants :

- Claude Bernard (1813-1878) et son écrit « *Introduction à la médecine expérimentale* » en 1865, l'essor de la médecine somatique avec Laennec et l'auscultation en 1819, les travaux de Pasteur (1822-1895). les travaux de Darwin (1809-1882) et la théorie de l'évolution naturelle.

- En parallèle à l'évolution de la médecine, la neurologie se structure, les travaux de Broca 1824-1880 sur la psychophysiologie des localisations cérébrales, les travaux de

Charcot concernant l'hystérie avec une influence sur les travaux de Freud. (1825-1893).

- L'influence d'Esquirol et la poursuite de son travail par ses élèves, sur l'importance des abords cliniques et de l'anatomopathologie. Le développement de la nosographie et l'application des grandes idées des Aliénistes avec en figure de proue le traitement moral, la dimension psychologique du délire, et bien sur le développement des Asiles.

- Dès 1822, Bayle (1799- 1858) par le biais de sa thèse intitulée « *Recherches sur les maladies mentales* » décrit un état de démence avec paralysie générale incomplète. Cette thèse marque un tournant de la psychiatrie. Il réalise la description anatomoclinique de « *l'arachnitis chronique* », dans la paralysie générale (entité clinique syphilitique soutenue par Alfred Fournier en 1879). Son modèle anatomoclinique devient un idéal, le « *modèle médical* » et les aliénistes pendant une cinquantaine d'années cherchent à l'appliquer à la pathologie mentale. A partir de ce tournant, la psychiatrie lie son essor, son essence à celui de la neurologie, à la recherche de lésions du système nerveux.

- Moreau de Tours, en 1845, réalisa des descriptions d'accès de confusion hallucinatoire déterminés par la consommation et l'absorption de haschich. Il énonça également le postulat de considérer le rêve comme clef de notre abord de la vie mentale. Morel en 1852, s'affaire à décrire la démence précoce des jeunes gens. Ce dernier décrit les phobies sous le terme de délires émotifs.

- Morel définit sa théorie de la dégénérescence comme étant un processus graduel dont les manifestations s'aggravent lors du passage à la génération suivante jusqu'à la stérilité de la descendance. Ce dernier conceptualise l'anticipation de la narcoanalyse par l'éthérisation. Falret (1794-1870) s'attelle à la description de la folie à double forme.

- Grâce aux progrès de l'anatomie macroscopique et de l'histologie avec la grande vague des localisations cérébrales fonctionnelles, la psychiatrie, ou plutôt « l'aliénisme », rêvera

un temps au modèle médical absolu.

Le modèle médical se heurte à la difficulté de la méthode anatomo-cliniques d'identifier d'autres lésions causales de la folie aussi précise que « l' *arachnitis* ».

- Charcot, à propos de l'hystérie, fait le partage du « *lésionnel* » et du « *fonctionnel* ». Ainsi s'identifie les deux ordres étiologiques, du psychologique et du neurologique.

- Ribot autonomise, à partir de la philosophie, la discipline psychologique. Ses élèves, Janet et Dumas, de formation médicale, créent leurs laboratoires, l'un à la Salpêtrière en 1889, l'autre à Sainte-Anne en 1897. C'est le début de la psychopathologie. La collaboration de la psychologie à la science des maladies mentales s'enrichira plus tard des apports de la psychanalyse alors en cours d'élaboration.

- De cette alliance, d'un côté avec la neurologie et la médecine de l'autre avec la psychologie à ses débuts apparaît une nouvelle figure, qui, à partir des années 20 prendra le nom de « psychiatrie ». Celle-ci s'enrichira rapidement d'autres sources, le courant sociologique et l'anthropologie. La psychiatrie offre désormais d'autres méthodes de soins, des nouveaux impératifs. De nouvelles maladies mentales sont isolées, dont les troubles ne réalisent pas l'aliénation au sens de la loi de 1838.

Comment soigner sans recourir à l'internement? Ainsi on arrive à envisager des soins indépendants du dispositif Asilaire. Le service libre et les services ouverts s'imposent.

- En 1922, Édouard Toulouse obtient la création d'une institution comprenant des lits d'hospitalisations libres, un dispensaire, un service social, des laboratoires de recherche ainsi que l'organisation d'un enseignement : L'hôpital Henri Roussel. Cette nouvelle institution s'identifie plus au modèle des hôpitaux généraux que celui de l'asile. Le décret du 8 avril 1937, étendra aux asiles d'aliénés la dénomination d'hôpitaux psychiatriques.(9)

La création du « service ouvert » amène son lot de questionnements. Les psychiatres

craignent que ces « services libres » ne soit que l'antichambre des services fermés. Bien plus, ils risqueraient de servir de repoussoir au services fermés et d'enfoncer ceux-ci un peu plus dans la réprobation générale. Les véritables changements dans les circonstances d'admission ne surviendront qu' après la deuxième guerre mondiale, avec l'avènement de la sécurité sociale, la sectorisation et l'entrée en pratique des hospitalisation libre.

Le tiers payant, assurance-maladie et sociale à permis de régler le problème du financement de l'assistance psychiatrique. Succès dans l'esprit d'assistance publique où la demande semblait venir de la société, la demande peut désormais venir de l'individu souffrant.(9)

La politique de santé mentale évolue, elle se base sur le principe de l'unité, de l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la postcure. Une telle unité d'action suppose l'unité de l'équipe soignante.

L'idée du secteur commence à apparaître. Le secteur recevra sa créance légale par la circulaire du 15 mars 1960 mais n'entrera dans la pratique psychiatrique que 10 ans plus tard avec la circulaire du 18 janvier 1971. La fonction sociale du psychiatre s'élargie, il n'est plus un gardien thérapeute, il devient médiateur entre la folie et la société.

Cette création du secteur sera détaillée de manière plus approfondie dans la suite de cette thèse. La révolution quant à la mise en place du secteur favorise l'admission du patient en soins libres. Celle-ci a permis enfin que la demande de soins soit émise du sujet malade. Fini la crainte de « l'internement arbitraire », le malade mental s'est libéré de toute tutelle.

Dans un premier temps l'évolution dans le sens de l'hospitalisation libre va croissante. Rappelons bien que la question de l'admission à l'hôpital psychiatrique n'est qu'une étape dans la prise en charge au sein de divers dispositifs du secteur et, plus largement, des

soins psychiatriques.

B - La psychiatrie du début du XXe siècle (1)

Cette période pourrait se décrire comme celle du développement des connaissances cliniques, de l'amélioration de la condition de vie des malades et surtout le dénuement des thérapeutiques en dehors de la contention...

Citons durant cette période Emil Kraepelin (1856-1926) et la nosographie psychiatrique.

La fin du XIXe, début du XXe est également la période de l'avènement des psychothérapies.

- Le Mouvement psychanalytique

Parmi les grands principes théoriques et thérapeutiques de l'époque, nous nous intéresserons d'abord à la psychanalyse, psychothérapie conceptualisée par Sigmund Freud (1856-1939).

Sigmund Freud a réalisé des études médicales de 1873 à 1881 et notamment des travaux d'histologie. Il obtint le diplôme de médecine puis s'oriente vers une spécialisation en neurologie en 1885. En parallèle, il réalise des stages de neurologie chez Charcot et Bernheim en 1885, puis s'installe à Vienne en 1886. Il collabore avec Breuer et met au point la méthode cathartique.

La psychanalyse se révèle être le nom d'une méthode d'exploration des processus mentaux, de cette méthode est issu le traitement des désordres d'origine névrotique et c'est par ailleurs un ensemble de conceptions psychologiques qui découlent de cette méthode (Freud 1922).

Cette méthode d'exploration a pour objet l'étude des contenus de pensées inconscientes

observables lors de certaines activités de type rêves, lapsus, actes manqués, oublis. Elle scinde en deux parties distinctes les contenus de pensée en « manifeste » ou conscient, et en contenu « latent » ou inconscient. Cette méthode repose sur le concept des associations libres et le moyen privilégié d'étude de situation réside dans l'analytique (le fameux divan...). Concernant le versant thérapeutique, cette méthode repose sur la prise de conscience des mécanismes inconscients pouvant entraîner des symptômes, pouvant les atténuer ou même les supprimer. En découle de ce phénomène le principe de la cure psychanalytique.

C'est le principe théorique de la psychanalyse, ou métapsychologie freudienne, cette théorie repose sur la notion d'inconscient. Il se définit par un système de forces affectives refoulées à l'origine d'une énergie psychique également nommée énergie pulsionnelle ou libido.

Cette théorie repose sur la division du psychisme en plusieurs instances. En 2 topiques principalement :

- L'inconscient, le pré-conscient et le conscient (première topique).
- Le ça, le moi et le surmoi (deuxième topique).

Ce serait le conflit entre des forces instinctives ou répressives avec la réalité qui amène à l'apparition de formes de névroses, de symptômes névrotiques.

Sur la première moitié du XXème, les concepts cliniques se précisent avec notamment l'apport de la nosographie kraepelinienne. Cette nosographie se base sur la différenciation entre la démence précoce (plus tardivement nommée schizophrénie) par rapport à la maladie maniaco-dépressive (plus tardivement nommée trouble bipolaire).

On observe, par ailleurs, la description des démences (Maladie d'Alzheimer en 1906) et la description de la schizophrénie énoncée par Eugen Bleuler en 1911. (1)

Une diversification des courants psychopathologiques s'opère également avec l'organisation du mouvement psychanalytique porté par les élèves de Freud, Alfred Adler (1870-1937), et par Gustav Jung (1875-1961).

Notons l'apport de l'oeuvre de Pierre Janet (1859-1947), ayant travaillé auprès de Charcot, qui développe une hiérarchisation des tendances et des fonctions et évoque le concept de « tension psychologique ».

L'apparition du courant phénoménologique porté par deux auteurs majeurs de ce courant : Karl Jaspers (1883-1969) et son écrit « *psychopathologie générale* » en 1913, et Eugène Minkowski (1885-1972), qui viennent enrichir le champ de la psychiatrie.

- Le mouvement des théories cognitivo-comportementales.

Ce courant tire son origine de la psychologie, avec notamment en chefs de file Ivan Pavlov (1849- 1936), prix Nobel en 1904 pour son travail sur « *les réflexes conditionnés* », Burrhus Frederick Skinner (1904-1990) et son travail sur « *la notion de renforcement* », John B. Watson (1878- 1958) avec son travail sur le « *behaviorisme* », en quelque sorte le comportementalisme.

Le postulat de ce courant découle du principe suivant : « Un comportement inadapté a été appris dans certaines situations puis se maintient du fait des contingences de l'environnement ».

Citons l'apparition du cognitivisme, porté par Albert Ellis (1913- 2007) et Aaron Temkin Beck (1927-) qui porte sur les cognitions ou comportements psychologiques avec les pensées automatiques, les anticipations et les représentations mentales conscientes.

La théorie qui sous tend le mouvement cognitivo-comportemental repose sur les principes suivants

Une organisation du traitement de l'information en trois niveaux hiérarchiques (selon A.T.Beck)

- Un stimulus environnemental suscite des pensées automatiques,
- Les cognitions sont soumises à des distorsions cognitives,
- Selon des schémas cognitifs élaborés au cours du développement.

Ce type de thérapie prend principalement son essor à partir des années 1950, principalement dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs.

Les avancées scientifiques de la première moitié du XXe siècle auront un impact considérable sur le développement futur de la psychiatrie, avec les apports de la neurophysiologie ainsi que l'avènement des thérapies de choc.

Concernant l'apport neurophysiologique, citons la cartographie des aires du cerveau énoncée par Brodmann en 1909, L'encéphalographie gazeuse par Walter Dandy en 1919, l'électro-encéphalographie par Hans Berger en 1929.(1)

A propos des thérapies de choc, plusieurs noms illustres ont marqué l'histoire de ces thérapies : (30)(1)

Henry EY (1900-1977) est un des représentants d'une période productive concernant de nombreuses descriptions cliniques. Son travail consiste en la réalisation d'une synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques pour contribuer à la théorie de « *l'organodynamisme* ». Théorie selon laquelle, le manque d'une fonction peut entraîner un développement excessif d'une autre fonction entraînant elle-même une bascule dans le pathologique. Cette vision théorique peut être retrouvée par la suite dans les thérapeutiques biologiques apparaissant après la première guerre mondiale.

- L'impaludation, la malariathérapie, traitement de la paralysie générale en provoquant

artificiellement de la fièvre, découverte par Von Jauregg en 1917, qui par la suite lui vaudra un prix Nobel en 1918.

- L'insulinothérapie, ou choc insulinique, découvert par Manfred Sakel en 1932, méthode qui consiste en la création de comas par chocs hypoglycémiques avec parfois convulsions dans le but de traiter les psychoses endogènes (schizophrénie).

- Les chocs convulsivants au cardiazol de Lazlo Von Meduna en 1936, méthode consistant en la provocation de convulsions principalement dans le traitement de la psychose endogène.

- Les électrochocs Hugo Cerletti et Lucio Bini en 1938. Thérapie se basant sur le principe qu'un passage de courant électrique entraîne une convulsion. La première indication de cette thérapie était le traitement de la schizophrénie, cependant à partir de 1940, ont découvert que la cible thérapeutique principale s'avérait être la dépression. Par ailleurs, c'est à partir de cette date que la curarisation fut introduite dans le but de prévenir les risques de complications traumatiques liés à cette pratique.

- Evoquons quelques points sur les techniques de psycho-chirurgie, avec les travaux d'Edgard Moniz, neurologue, il reçut le prix Nobel de médecine en 1949. Ses recherches sont inspirées des travaux de Pavlov et Ramon y Cajal sur les connections intracérébrales qui étaient la cible de cette chirurgie, dans l'objectif de rompre la fixation de certains troubles comme les obsessions.

- Les premières réalisations de cette technique chirurgicale étaient effectuées avec injection d'alcool, puis par appareil tranchant. Le développement primaire de ces techniques a eu l'Europe pour genèse puis a connu son apogée aux Etats-Unis dans les années 1950. Cette technique avait pour principales indications les psychoses ainsi que les obsessions sexuelles. Depuis plusieurs décennies cette pratique est abandonnée,

mais elle peut encore se pratiquer dans certaines indications rares, notamment les cas insensibles à toute forme de traitements... (1)

VIII - La psychiatrie Moderne, l'après seconde guerre mondiale

A - L'essor de nouveaux courants de pensées et de la psychopharmacologie

Le contexte de l'après seconde guerre mondiale est un tournant majeur de la psychiatrie moderne, avec un vent de liberté sur toute l'Europe, un renouveau de la pensée ainsi que des avancées manifestes dans le domaine des sciences du Psyché. On observe une modification profonde des Institutions et d'autre part une ouverture vers d'autres courants avec l'avènement des sciences humaines, des neurosciences, de l'éthologie, reflet d'approche pluridisciplinaire et interdisciplinaire. C'est aussi la période de la révolution de la psychiatrie à corrélérer avec l'apparition de la psychopharmacologie.

Des concepts cliniques se diversifient et émergent dans l'après guerre, portés par Henry Ey et la théorie organo-dynamiste présentée précédemment, mais aussi par Jean Delay (1907-1987) et le concept d'humeur.

Les psychothérapies se diversifient également, avec l'influence de Lacan (1901-1981) sur la psychanalyse, les thérapies systémiques et familiales ainsi qu'un essor des thérapies comportementales cognitives.

- La Révolution psychopharmacologique

La naissance de la psychopharmacologie transforme l'image de la folie et les conditions

de vie à l'intérieur de l'hôpital puis dans la cité. Cette transformation du climat institutionnel permet de mettre en pratique de nouveaux types de prises en charge.

Citons la découverte des médicaments psychotropes avec les premiers neuroleptiques en 1951, les premiers antidépresseurs en 1957, les premiers « *tranquillisants* » ou anxiolytiques en 1950-1960, découvertes portées par d'illustres noms tels que ceux d'Henri Laborit (1914-1995) et Pierre Deniker (1917-1998) (1)

Ces découvertes entraînent une profonde révolution dans la prise en charge des malades, autrefois pris en charge dans les asiles et maintenant capables d'être désinstitutionnalisés et en dehors des asiles, dans la société. L'impact sur la baisse du nombre d'hospitalisations, notamment aux Etats-Unis, s'est révélé impressionnant et suffisamment contributif pour entraîner des mouvements concernant la prise en charge des patients.

En conséquence de l'ouverture du champ d'action de la psychiatrie sur la société, d'un meilleur contrôle des symptômes par les chimiothérapies, vers les années 1965-1970, les hôpitaux psychiatriques commencent à se vider.

B - Le mouvement de « désinstitutionnalisation » (30)

Un autre tournant de l'après seconde guerre, le mouvement de « *désinstitutionnalisation* ». Ce mouvement traduit une période qui amorce une diminution du rôle de l'hospitalisation dans les établissements de grande capacité, éloignés des centres urbains, et le développement des bases de la psychiatrie moderne avec les traitements extra-hospitaliers et le développement des structures intermédiaires. L'ensemble de ce mouvement requiert de poser le contexte historique de l'époque en rappelant de nombreuses dates marquantes.

- 1945, les journées nationales de la psychiatrie et l'intervention de Lucien Bonnafé qui

fustige l'internement comme une « *conduite primitive* », il s'attaque à une certaine forme de perversion de l'hôpital.

- 1949, Congrès de Tours, Duchene énonce le caractère primordial de la continuité des soins dans laquelle le rôle de l'hôpital se voit amoindri.

- 1950, Premier Congrès mondial de psychiatrie à Paris, on observe la désuétude générale de l'intérêt porté à la psychiatrie clinique et la nosographie, ainsi que la diminution du rôle des médecins dans les soins aux malades mentaux.

- 1952, l'année de la naissance du terme de « *psychothérapie institutionnelle* » par Daumezon et Koechlin, ce terme sera par la suite substitué par le terme de « *thérapie institutionnelle* ». C'est un concept selon lequel l'Institution est, elle-même, thérapeutique lorsque par l'action du collectif soignant, elle est organisée en lieu de parole et intègre le patient dans un réseau relationnel.

- 1953, Jean Oury et la clinique de La Borde, en quelque sorte une institution laboratoire, devenue une référence pour les soins aux malades souffrants de psychose. L'idée principale défendue par l'institution est de mettre en place tous les moyens possibles pour lutter chaque jour contre ce qui peut faire basculer l'ensemble du collectif dans des travers concentrationnaires ou ségrégationnistes. L'hôpital est perçu comme un lieu à part entière dans lequel, pour permettre aux malades d'investir leur conflits, le psychiatre doit créer des occasions d'identifications et de transferts.

Tosquelles conçoit l'hôpital comme un lieu devant favoriser les échanges et permettre des processus de singularisation. Il désire ouvrir les établissements classiques et faciliter, en remplacement de ces structures classiques, l'occurrence d'un ensemble de lieux Institutionnels.

Sivadon apporte une vision différente, met en exergue les contradictions entre ceux qui

veulent définir au sein de leur service des règles de vie éducatives et normalisantes, tandis que d'autres veulent favoriser la libre expression et faire en quelque sorte accepter le passage à l'acte.

- 15 mars 1960, c'est la date de l'avènement de la circulaire définissant le concept et notion secteur en France. Une deuxième circulaire précise les capacité d'accueil des pavillons de psychiatrie à vingt-cinq lits.

- 1964, Congrès de Marseille, Le Guillant – Bonnafe - Mignot et leur rapport sur la chronicité. « *La relation mobilise, l'Institution fige.* » D'une certaine manière, l'ouverture d'une ère de structures intermédiaires et de formules alternatives.

- 1965-1966-1967, L'apport des journées du LIVRE BLANC de la psychiatrie. Ces journées précisent ce qui est nécessaire pour la mise en place de la sectorisation. 4000 Psychiatres obtiennent un statut qui les mobilises, un recrutement de population paramédicale et infirmière massif.

- 1968, Date de la scission de la neuropsychiatrie en neurologie et psychiatrie. On assiste à une prise de distance avec les milieux universitaires qui ignoraient l'existence des hôpitaux psychiatriques, et l'importance de la connaissance des institutions.

- De 1970 à 1990, Le mouvement de désinstitutionnalisation passe dans une phase de pratique et entraîne un déclin partiel de l'hôpital psychiatrique.

L'idéologie aura un impact plus important que les données cliniques et thérapeutiques, qui seront parfois mises de côté. Une connaissance nationale, départementale, régionale est nécessaire pour comprendre la réalité, l'intérêt et la signification d'une institution. On différencie donc progressivement « *l'Institution* », l'intérêt allant vers « *les institutions* ».

La psychiatrie ne se cantonne plus à ce qui se passe à l'intérieur d'une structure mais s'oriente sur l'importance de la relation psychothérapique qui prime. Le choix du dispositif

de soin est à corrélérer à la longueur d'évolution des troubles mentaux.

Les différences entre intra et extra-hospitalier se creusent avec une dichotomisation entre le seul extra-hospitalier jugé « valable », et le traitement en intra hospitalier conçu comme dernier recours devant un échec de soins.

Diatkine précisait, dès 1974, l'importance de la présence de centres hospitaliers spécialisés. Il précisait le fait que la question essentielle relevait de s'assurer de veiller à ce qu'il s'y passe, et que les centres hospitaliers soient vivants. « *La psychiatrie secrète, en elle même, un mouvement de repli constant de ses actions, ce qui peut consolider des institutions figées et adynamiques* » (30)

La tendance actuelle se dirige vers un recentrage des valeurs de la psychiatrie. De nombreux documents administratifs et textes de lois s'orientent à durablement consacrer la politique de secteur.

Il s'avère également indissociable d'évoquer les mouvements anti-psychiatriques portés par des représentants tels que Ronald Laing (1927-1989) et David Cooper (1931-1986) fervents détracteurs de la psychiatrie ainsi que les mouvements des autres pays européens tels que ceux nés en Italie avec la loi 180 de 1978.

Le cadre légal de la politique de secteur ainsi que les fondements légaux de la psychiatrie actuelle seront détaillés secondairement.

C - La psychiatrie Aujourd'hui

Notre spécialité à l'heure actuelle s'appuie sur une solide base internationale, avec notamment des systèmes nosographiques actés par des études internationales de large ampleur.

Il est nécessaire de présenter le modèle « *Athéorique* », qui a pour but de décrire les symptômes observés dans l'expression de la pathologie et vise à les regrouper dans une classification validée. Pour exemple le système de l'association Américaine de psychiatrie (APA) et son « *Diagnostic and Statistical Manual* » (DSM) aujourd'hui à sa 5ème version ainsi que la classification de L'OMS reprenant la classification internationale des Maladies, dans sa 11ème édition à l'heure actuelle, la CIM11.

Mais soulignons, l'essor de nouvelles psychothérapies, la diversification des thérapies comportementales cognitives, l'école de Palo Alto...

En parallèle à ces avancées sur les courants psychothérapeutiques, les avancées majeures dans le domaine de la psychopharmacologie portées notamment par l'amélioration des connaissances dans le domaine de la neurotransmission avec les systèmes de neuro médiateurs et de seconds messagers, cibles de nombreuses progressions pharmacologiques.

- Retenons deux exemples : (1)

- Les avancées pharmacologiques et le terme malheureux d' « Antipsychotiques »

Les mots, c'est d'ailleurs l'objet de ces réflexions, ont un sens et une utilisation précise. De fait, ils présentent une fonction et ont un impact non négligeable sur le prescripteur, ainsi que sur le patient. Sur ce point, le sens du mot, nous y reviendrons par la suite, mais cet exemple peut avoir l'avantage de souligner le propos.

C'est, en effet, par ce terme qu'on été introduits les produits psychotropes atypiques dans le but de substituer aux neuroleptiques introduits dans les années 1950 et présentés précédemment.

Les principaux points importants de ce panel de molécules sont une meilleure efficacité sur les symptômes dits négatifs de la schizophrénie, ainsi qu'une diminution de la

survenue d'effets extra pyramidaux. Un des précurseurs de cette famille de thérapeutique s'avère être le Solian introduit dans l'arsenal thérapeutique dès 1986. Le tournant de la vie de cette gamme de produits se situe à l'introduction, fin du XXème siècle de la Risperidone dès 1995, et de l'Olanzapine dès 1999. D'autres représentants de cette classe de molécules feront leur apparition comme l'Aripiprazole en 2004, avec des effets secondaires moindres en raison de mécanismes d'actions différents de ceux de ses prédécesseurs. L'amélioration de ces molécules, corrélées aux avancées des neurosciences poursuit l'optique d'améliorer la qualité ainsi que le confort de vie des patients ayant recours à ce type de traitements. Ces molécules ont vu, au fil des études, leurs indications s'élargir, mais la persistance de l'appellation « Antipsychotique » vient parfois diminuer l'acceptation par le patient et compliquer les négociations avec ce dernier en dépit d'indications validées.

- L'évolution de la classe des antidépresseurs

Le nombre de thérapeutiques disponibles dans ce domaines a évolué de manière exponentielle mais permettons nous de citer la révolution de la mise sur le marché de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine avec comme chef de file la fluoxétine. Leur prescription a été telle qu'à un moment, elle a provoqué une certaine forme de banalisation du traitement et du concept même de la dépression entraînant un appauvrissement du concept séméiologique jusqu'à la confusion avec le sentiment de tristesse. D'autres classes de molécules ont fait leur apparition par la suite avec des mécanismes d'action différents tels que la venlafaxine, la mirtazapine, mettant à distance d'autres classes de produits antidépresseurs tels que la classe des antidépresseurs tricycliques ou des inhibiteurs de la mono-amine oxydase.

Citons également, les évolutions dans le domaines des thérapeutiques biologiques avec le renouveau de l'électro convulsivothérapie (ECT) sous des indications strictes ainsi que de

l'apparition de la stimulation magnétique trans-cranienne (rTMS) selon un dérivé du principe de Faraday.

La psychiatrie contemporaine poursuit son évolution et tire son essence en partie de l'évolution du développement du modèle « *biopsychosocial* » : modèle qui se définit comme le fait que la maladie mentale se situe au point de croisement entre fragilité biologique, faille dans la défense et influence de l'environnement social. La maladie mentale est une souffrance présente et actuelle, ou relative à un traumatisme antérieur. La souffrance entraîne une conséquence comportementale, émotionnelle comme cognitive et modifie les rapports des sujets à leur entourage et leurs proches.

Ces nombreuses améliorations recentrent notre discipline vers la rencontre de la médecine et de la philosophie de la Psyché, puisant dans l'évolution des neurosciences et la plaçant au rang d' interface entre le médical et le social, ayant le soucis de placer le patient au centre du système de soins. Mais faut-il pour autant aller jusqu'à un désir de « dé-spécification » de la psychiatrie ?

Partie II : Cadre Législatif et Réglementaire. Notions et concepts relatifs au soin sans consentement.

Cadre législatif et réglementaire

Au terme de cette revue de l'histoire de la psychiatrie, des soins apportés à la personne souffrant de troubles psychiques, il apparaît important de préciser le cadre législatif et réglementaire qui régit l'exercice de la psychiatrie.

Le poids du regard de la société sur la maladie mentale et son évolution, déjà relevé précédemment, se retrouvera dans l'évolution du cadre législatif régissant l'exercice de la Psychiatrie, que ce soit dans les motifs à l'origine des lois, dans leur contenu, voire dans la compréhension ou leur application. C'est également de l'étude de ce contexte que nous cernerons, plus précisément l'utilisation du « péril imminent » lors d'une admission en psychiatrie.

En droit Français, toute intervention sur le corps humain et donc toute hospitalisation supposant la mise en place de soins ne peuvent être réalisés qu'avec le plein consentement du patient. Cependant, une dérogation existe pour la psychiatrie, initiée depuis la loi de 1838. Dans une démocratie, aucune loi n'est plus difficile à rédiger qu'une loi « *d'internement* ».

Nous nous intéresserons d'abord à la loi du 30 juin 1838, qui apparaît comme la première loi spécifique de prise en charge des troubles psychiques, en France, voire en Europe. Nous avons vu toutes les évolutions et les progrès qu'elle a permis. Objet de nombreuses discussions, de nombreuses critiques, de nombreux projets de réformes non aboutis, elle est restée adaptée à la pratique de la psychiatrie pendant plus de 150 ans, au prix de quelques aménagements sous forme de circulaires. Ainsi l'asile se transforme en hôpital

ouvert, et la continuité des soins sera organisée dans le cadre du secteur, grâce à la circulaire du 15 mars 1960.

Une première réforme arrivera avec la loi du 27 juin 1990 qui, entre autres choses légalisera les soins libres (avec l'hospitalisation libre) qui s'étaient développés en marge de tout contexte et de tout texte législatif, ainsi que les sorties d'essai prévues par la circulaire du 4 juin 1957. Cette réforme, bien qu'achevée dans une certaine précipitation, était le fruit d'une volonté politique.

Les deux autres réformes, la loi du 5 juillet 2011 et celle du 27 septembre 2013, de même que les récents aménagements, en sont plutôt des conséquences indirectes :

- De la réforme de la constitution voulue par le président Sarkozy, le conseil constitutionnel, suite à plusieurs questions prioritaires de constitutionnalité (Q.P.C) posées par le CRPA (Conseil de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie), au fil du temps, ayant fait obligation à l'État français de réformer les textes existants.

- De l'influence Européenne et de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)

Il est d'autant plus important de s'attarder sur le cadre législatif de l'accès aux soins, que des soins sans structures ou une structure sans possibilité d'accès n'auraient que peu de sens.

I - La Loi du 30 juin 1838

(31)

A la genèse, nous retrouvons deux élèves de Pinel : Esquirol, le Toulousain, et Ferrus le Briançonnais.

Cette loi organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés, ainsi que la protection des malades et de leurs biens.

Elle fut promulguée le 30 juin 1838 (31) , durant la Monarchie de Juillet et avait pour ambition de réglementer les conditions de prise en charge des malades mentaux. Elle fut appliquée pendant plus d'un siècle et demi et ne fut reformée totalement que par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux ainsi qu'à leurs conditions d'hospitalisation.

L'esprit de cette loi est grandement inspiré des idéaux du mouvement philanthropique et des idéaux des humanistes du XVIIIe siècle. Elle définissait l'organisation de la psychiatrie en France sous plusieurs modalités.

- L'aliéné est un malade à qui l'on doit soins et protection.
- La liberté individuelle est un principe absolu.
- La société se doit d'être protégé des aliénés dangereux.
- Les biens des malades mentaux doivent être protégés au même titre que leur personne.

Ce sont les principes moraux sur lesquels est fondé cette loi des Aliénés qui a traversé le temps malgré les violentes attaques dont elle a été l'objet.

Principes que l'on pourrait reprendre de la sorte :

- Créer des conditions décentes d'accueil et de soins des malades mentaux en imposant a chaque département l'organisation et la prise en charge financière de structures de soins pour malades mentaux : les asiles d'aliénés.
- Mettre en place des mesures de protection sociale en regard des risques que pouvaient faire courir, dans certains cas, les aliénés à l'encontre de la population générale.
- Réglementer de façon claire et précise les circonstances dans lesquelles un citoyen pouvait être, contre son gré, enfermé dans un asile, ainsi que réglementer les mesures légales de protection de la personne autant pour les biens que pour les libertés individuelles.

C'est d'abord une loi d'assistance qui prévoit pour chaque département (titre Ier), l'obligation d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner uniquement les aliénés, et eux seuls, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département. Elle prévoit également les dépenses du service des aliénés. Elles sont à la charge des personnes placées, ou en cas d'insuffisance de celles-ci, de ceux auxquels il peut être demandé des émoluments au termes des articles 205 et suivants du Code civil, ou à défaut, à la charge du département auquel l'aliéné « *appartient* ».

C'est par ailleurs une loi d'autorité, dans la mesure où elle prévoit les modalités de placement des malades mentaux, et une loi de protection de la société lorsqu'elle autorise l'autorité publique à prendre des mesures de défense sociale en ordonnant le placement d'office.

A - Caractéristiques de la loi

Il est possible d'envisager cette loi de 1838 (31) sous trois chapitres distincts : l'entrée, le séjour, la sortie.

1 - L'entrée

Deux modes d'entrée sont prévus par la loi, le « placement volontaire » et le « placement d'office ».

a - Le placement d'Office

Il s'agit d'abord d'une mesure de protection de la société mais aussi du malade lui-même. Mesure qui relevait avant la révolution de l'autorité du roi et des magistrats, puis après 1789 des autorités municipales ou de la justice. La responsabilité est, ici, transmise au préfet qui non seulement peut, mais a le devoir d'ordonner ce placement lorsqu'il est

nécessaire (article 18). En revanche, ce même article précise que cet ordre doit être motivé : « *les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires* ». (31)

En cas d'urgence, l'article 19 donne aux autorités locales le droit de placer les malades, sous réserve « *d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui statuera sans délai* ». Le certificat médical n'est pas obligatoire, ceci lorsque la notoriété publique affirme l'anormalité. L'article L-343 du code de la Santé Publique prévoit une enquête du maire dans les communes ou d'un officier de police à Paris qui note les témoignages recueillis, les faits démontrant le trouble mental, le caractère dangereux des réactions, qui se termine par l'avis personnel du maire, du commissaire ou de l'inspecteur. Le certificat du médecin est cependant souvent requis par l'autorité administrative dans la mesure où il permet de rattacher la dangerosité constatée à l'existence de troubles mentaux.

Dans l'attente de son admission dans un établissement spécialisé, le malade mental, en vertu de l'article 24 ne peut qu'être placé dans un hôpital civil ou un local strictement réservé à son usage, « *dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.* »

La protection de la liberté individuelle :

La loi donne aux malades, parents, amis et procureur de la république de nombreux moyens de contrôle :

- Le préfet ordonne mais son ordre doit être motivé référence à l'article 18
- L'article 22 prévoit un contrôle de l'administratif par le judiciaire : « *les procureurs de la république seront informés de tous les ordres donnés...* »
- Il existe des possibilités de recours, en effet, le médecin hospitalier peut, dans son certificat de 24 heures, conclure à l'inutilité du placement référence à l'article 8.

- L'article 29 donne le droit aux malades parents, amis, tuteur, curateur, de se pourvoir devant le tribunal du lieu et précise « *qu'aucune requête, aucune réclamation adressée, ... Ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissement.* »
- L'article 4, prévoit la visite régulière des établissements spécialisés par des représentants de l'administration et de la justice.

On observe, via ces moyens, une séparation des pouvoirs par le législateur, en résumé ; l'administrateur place, le médecin soigne, le judiciaire contrôle.

b - Le placement Volontaire

Appelé placement volontaire car la famille, un ami ou tout autre personne s'intéressant au malade fait, en demandant son placement à l'hôpital, ce que le malade ferait « *volontairement* » s'il était en état de le faire, c'est du moins l'une des interprétations communément admise.

C'est un placement médical, puisque déterminé par un certificat médical qui doit « *mentionner les troubles présentés et la nécessité de placement dans un établissement d'aliénés* » article 8.

Cependant, c'est aussi un placement demandé par un proche. Le législateur a prévu à cet effet des sécurités dans l'optique d'éviter des dérives. Ces sécurités se définissent par :

- L'article 8 : « *la demande est écrite et signée par le demandeur. Un certificat médical est nécessaire et le médecin ne doit pas être parents jusqu'au deuxième degré avec la personne qui place le malade, ou le médecin, ou le directeur de l'hôpital* ».
- Le certificat médical n'est valable que 15 jours.
- L'identité de la personne placée doit être contrôlée.

- Le judiciaire est averti (article 10).

La loi prévoit le placement volontaire d'urgence. En cas d'urgence, il est possible de se passer de certificat médical, la demande de tiers demeure, elle, toujours indispensable.

2 - Le séjour

Les conditions du séjour et de son contrôle prévu par la loi sont les mêmes dans les deux types de placements, en dehors des permissions.

En dehors de son action thérapeutique, le rôle du médecin est important. Il peut conclure à la justification du placement ou demander la sortie par le certificat immédiat et de quinzaine obligatoire (article 8 et article 11)(31). Des certificats médicaux de situation peuvent être exigés par l'autorité judiciaire.

Le malade mental lorsqu'il y a un conflit avec le médecin chef, peut saisir, les autorités administratives ou judiciaires, il pourra être examiné par des médecins experts sur demande :

- Du préfet et ceci de manière systématique lorsque l'admission se fait dans un établissement privé (article 9)
- Du procureur en cas de conflit afin de provoquer un jugement du tribunal qui pouvait même ordonner la sortie (article 29).

Les certificats semestriels dans les hôpitaux publics et trimestriels dans les hôpitaux privés assurent que le malade est suivi (article 30). Ceci en dehors de l'article 12, qui prévoit des notes mensuelles retranscrites sur le registre de la loi. Les notes mensuelles étaient prévues par la loi mais étaient tombées en désuétude.

Le procureur et le tribunal sont les garants face à la séquestration arbitraire, et sont informés par les préfets sur la situation (article 10 et article 22) ou après recours par les malades, parents ou amis (article 29). L'article 30 contribue également à cette garantie. Par ailleurs, des visites régulières du préfet, président du tribunal ou procureur de la République, sont prévues par l'article 4.

La loi de 1838 prévoyait le problème de la protection des biens pendant le séjour du malade à l'hôpital, par l'administration légale sous contrôle judiciaire mais ces mesures seront modifiées par la loi du 3 janvier 1968 (modifiée par la loi de 2007), qui permettra la mise en place et le maintien de la mesure de protection en dehors de l'hospitalisation.

Le placement d'office, suivant cette loi de 1838, n'entraîne pas l'incapacité, les malades conservent leurs droits civiques. Ce n'est qu'exceptionnellement que les malades étaient soumis à l'interdiction et ce, par un jugement du tribunal, après enquête approfondie (et ce, avant la loi du 3 janvier 1968).

3 - La sortie

Celle-ci est à étudier selon les différents types de placement.

a - Le placement d'office

Le placement d'office est un placement administratif ordonné par le préfet et que lui seul peut annuler, sauf en cas de recours au judiciaire.

Le préfet peut ordonner la sortie au vu des certificats de 24 heures ou de quinzaine prévus par les articles 8 et 11 ou de « *ceux figurants sur le registre en exécution de l'article 12* » (articles 20 et 23). Le plus souvent, la sortie est ordonnée après certificat du médecin établi « *aux fins de sortie* ».

La sortie peut être ordonnée par le tribunal, selon l'article 29, après recours et jugement.

b - Le placement volontaire

La sortie de ce mode de placement peut être décidée selon quatre modalités :

- Par le médecin qui écrit sur le registre de la loi que la personne est guérie, selon l'article 13 « *toute personne placée dans un établissement d'aliéné cessera d'y être retenue sitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue...* ».

- Par les parents ou la personne qui a signé la demande d'admission selon l'article 14.

Il existe, dans le même article, une restriction « *si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à charge d'en référer, dans les vingt quatre heures, au préfet* » qui statuera dans les quinze jours, l'article 21 permet la même restriction (éventuelle transformation en placement d'office).

- Par le préfet, selon l'article 16 : « *le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les asiles d'aliénés* » (rarement utilisé, sauf s'il s'agissait d'une de ses connaissances)

- Par le tribunal, en application de l'article 29, après jugement.

On relève donc, dans l'analyse de ces modes de sortie, les principes fondateurs de la loi de 1838 :

- Le rôle du médecin primordial de l'entrée, à la sortie, en passant par l'éventuel maintien.
- Le contrôle effectué par l'administration et le judiciaire.

- Le rôle de la famille, de l'administration et du procureur qui est aussi le recours des parents mais également du malade lui même.

Cette loi permet une avancée capitale dans la reconnaissance légale de la science des aliénés, la psychiatrie. De par cette loi, la médecine acquiert une légitimité dans le traitement de la maladie mentale. Une reconnaissance légale du médecin en qualité de décideur responsable du fonctionnement médical de son service. De part les qualités du médecin, d'homme de savoir et de science, accompagnées de la déontologie médicale et des idées philanthropiques, le droit aux soins de qualité et la dignité humaine sont enfin reconnus aux malades souffrants de troubles psychiques.

Soulignons, le fait que cette loi en dehors de ses apports humanistes et fondamentaux concernant les droits des malades, répondait également à une logique sécuritaire dans l'optique de protéger le « corps social » des effets du trouble pouvant être occasionnés par la folie.

Le terme Asile dans la loi est entendu, sous le versant étymologique comme lieu sécurisant, à l'abri des dangers et des persécutions, soustrayant le malade aux influences pathogènes de son milieu naturel. Cette loi de 1838 est conçue à la base comme un modèle thérapeutique qui s'impose au patient par la contrainte légale reposant sur l'isolement d'un individu à l'asile. L'organisation, en réponse aux nécessités de l'époque, transformait l'hôpital psychiatrique public en lieu carcéral à vocation restreinte, inadapté à l'exécution d'une mission de service public de santé mentale.

La notion « d'internement », bien que ce terme ne soit jamais cité dans les textes, a été pendant longtemps une des seules modalités d'admission et donc d'accès aux soins spécialisés. Cependant cette notion de privation de liberté abusive associée à « l'internement », entraînait une dimension infamante pour les malades ainsi que pour

leurs familles, pouvant réduire, par là même l'accès aux soins.

De fait, devant la difficulté et la sensibilité du problème, les nombreuses modifications de la loi originelle ont été réalisées par voie réglementaire sous la pression du militantisme des professionnels de la santé. Et parfois sous la pression d'associations d'usagers, de commissions ministérielles, ou même Européenne.

B - Modalités d'admission en placement volontaire

Nous revenons ici sur les modalités d'admission en placement volontaire, précurseurs de ce que seront la SPDT, et le « péril imminent » dans l'admission en soins psychiatriques sans consentement aujourd'hui. Nous renouvelerons cette démarche pour chaque nouvelle loi, venue remplacer la précédente, relative aux soins psychiatriques, et ce jusque la loi du 27 septembre 2013.

Le placement volontaire nécessite trois éléments selon l'article 8 (31) :

- Un certificat médical mentionnant les troubles présentés. Il doit être rédigé par un médecin qui ne peut pas être parent jusqu'au deuxième degré, ni avec la personne qui remplit la demande d'admission, ni avec le médecin qui recevra le patient, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil.

- Une demande d'admission écrite et signée par le demandeur. Elle doit également contenir les noms et adresses du demandeur et ceux de la personne faisant l'objet du placement, ainsi que la nature du lien qui existe entre eux.

- L'identité de la personne placée doit être vérifiée.

En cas d'urgence qui sera précisé dans le certificat de 24 heures, la loi prévoit le « placement volontaire d'urgence ». Le certificat d'admission n'est plus alors nécessaire. La

demande d'admission demeure, elle, toujours indispensable, montrant qu'elle est, de fait, l'élément central du placement volontaire.

II - La transformation de l'Asile en Hôpital ouvert

A - Les prémices législatifs

C'est sous l'impulsion du militantisme des praticiens et l'encouragement des pouvoirs publics que cette transformation s'est opérée. Avec notamment l'initiative ayant démarré à Sainte-Anne, en 1922, portée par l'institution « *pilote* » qu'était l'hôpital Henri Rousselle.

Cette ouverture de l'asile, est constatée par la circulaire du 13 octobre 1937 « *relative a la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental* » de Marc Rucart (32);

Cette circulaire avait pour grands principes :

1- Création d'un dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes dans les centres importants.

2 - Institution d'un service social à l'aide d'assistante spécialisée.

3 - Organisation des services libres d'observation et de traitement où des soins précoces pourront être assurés à l'aide d'un personnel médical et infirmier qualifié (se développant sur le modèle de la prise en charge en hôpital général).

4 - Développement et modernisation des services fermés, qui le plus souvent, existent déjà et sont soumis aux dispositions tutélaires de la loi du 30 juin 1838.

Cette circulaire consacre également le terme d' « *hôpital psychiatrique* ».

Citons la circulaire n°210, du 2 septembre 1946 dite « Circulaire Arthaud », qui préconisait le regroupement des patients agités et difficiles dans des unités spéciales (qui deviendront par la suite les Unités pour Malades Difficiles).

Cependant, c'est la création des secteurs de psychiatrie, par la circulaire du 15 mars 1960 (33) qui entrainera le mouvement décisif de l'évolution de la psychiatrie en France. Cette circulaire avec ses objectifs, a d'ailleurs été rappelée par la circulaire du 14 mars 1990, et a précipité la fin du concept d'Asile connu jusqu'alors.

B - Des bases du concept de la sectorisation en psychiatrie à son application

1 - Circulaire du 15 mars 1960 (33)

La prise en charge précoce du malade dans son cadre de vie naturelle par une équipe de secteur médicale et soignante spécialisée devient le credo de la pratique psychiatrique.

L'internement comme mode exclusif de l'accès aux soins psychiatriques s'est grandement raréfié.

Cette circulaire ainsi que la politique de secteur en psychiatrie résultent d'une réflexion idéologique concernant le système hospitalier traditionnel et asilaire, centré sur l'isolement du malade mental.

Le mécanisme de l'asile développait par essence ses propres écueils, et créait en quelque sorte une société parallèle, induisant une désinsertion chronique des patients par rapport à la société civile. Ce système entraînait donc des difficultés dans les processus de guérison des malades psychiatriques, ainsi qu'à la restauration des facultés mentales nécessaires à une réintégration au sein de la société civile.

Cette prise de conscience de l'aliénation, autant par les malades que par l'Institution, a donné naissance à de nouvelles méthodes thérapeutiques et amélioré la qualité de vie

des usagers de ce système de soins.

Avec pour exemple une tendance à la réduction des durées d'hospitalisations, pour favoriser une réinsertion progressive dans le milieu socio-professionnel, familial du malade.

Il est faut souligner que la notion de secteur, n'était pas spécifique à la psychiatrie mais c'est dans notre domaine qu'elle a été le plus élaborée. Cette notion s'est imposée à la politique nationale de la santé dans les années 1950. La circulaire du 15 mars 1960 (33) a introduit le concept d'une action sanitaire « *hors les murs* ».

2 - L'organisation sanitaire en secteurs

Cette circulaire du 15 mars 1960 constitue un acte fondateur et l'accélérateur du développement du système français concernant le traitement de la maladie mentale.

Définition du secteur et de la population ciblée par le dispositif :

Définition apportée par la circulaire n°431 du 14 mars 1972 « *relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies* »

Parue au Journal Officiel du 21 avril 1972 (34) :

« Le secteur constitue la base du service public destiné à la demande de soins de la population qui y réside. C'est donc, tout d'abord, une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous les autres établissements »

L'objectif était d'améliorer la coordination et la planification des activités diversifiées de prévention dans un secteur, et rejoint la volonté de reformes de nombreux psychiatres tels que Daumazon, Bonnafe, Koechlin. Leurs réflexions ont permis de dégager un itinéraire

de soin adapté et cohérent avec un schéma directeur : Prévention, dépistage, pré-cure, hospitalisation, post cure et réadaptation. (30)

Le modèle de la sectorisation psychiatrique ne doit pas être perçu comme une alternative à l'hospitalisation, mais bien comme une partie intégrante des moyens d'intervention de secteur, l'hospitalisation doit être limitée et utilisée comme recours lorsque les soins ambulatoires se sont révélés insuffisants ou inadaptés.

La loi du 31 décembre 1985 (article.5) (35) ayant entraîné une fusion des dépenses hospitalières avec celles de l'activité de secteur, les textes réglementaires de 1986, ont donné un corps juridique à toutes les innovations en politique sectorielle. Ils marquent une évolution importante d'un système de soins « *hospitalo-centrés* » absolu vers un système ouvert sur la communauté.

III - La Loi du 27 juin 1990

La loi du 30 juin 1838 a rapidement suscité de nombreuses critiques et connu de nombreux projets de réforme, mais aucuns n'a eu une consistance suffisante pour aboutir sur une nouvelle loi. Seul le projet Baruk « *Projet de loi sur la révision de la loi du 30 juin 1838, sur la législation et sur l'administration des biens des malades mentaux* », aboutit à la loi du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des incapables majeurs, annulant de fait, toute la partie de la loi du 30 juin 1838 relative à la protection des biens de la personne placée.

Dans le reste de son objet, les modalités de soins en psychiatrie, cette loi continuait son chemin restant adaptée, au prix de quelques aménagements apportés par voie de

circulaires, à la psychiatrie contemporaine. Sa longévité fut telle qu'elle paraissait alors presque immuable, et ce n'est pas sans surprises, que le monde de la psychiatrie publique française découvrit sa remplaçante, la loi du 27 juin 1990 (36). Celle-ci fut donc adoptée par les députés le 27 juin 1990, promulguée le 30 juin 1990 et applicable le 1er juillet.

L'origine de cette présentation quelque peu précipitée, fut sans doute pour partie, le retour de la Gauche au gouvernement et son attachement aux symboles. Le gouvernement d'alors avait d'abord souhaité pouvoir présenter une loi de réforme de la loi du 30 juin 1838 pour le bicentenaire de la révolution de 1789, mais le projet n'a pu malheureusement aboutir à temps. La première idée fut abandonnée, mais pas le projet. Dans ce même sens de la symbolique, Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, publie la circulaire du 14 mars 1990, sur le secteur, sans doute en anniversaire de la circulaire du 15 mars 1960 sur ce même secteur... à un jour près.

Lorsque la loi du 27 juin 1990 est votée, sa promulgation est précipitée le 30 juin, pour être applicable dès le lendemain, peut-être encore dans l'espoir qu'elle soit appelée la loi du 30 juin 1990, comme cela avait été le cas pour la loi du 30 juin 1838. De fait, c'est la date de son vote qui sera retenue pour sa dénomination.

Cette relative précipitation dans sa promulgation et sa date d'application ont eu pour principal effet une disparité certaine dans l'interprétation du texte par les différents établissements et par les tutelles dans les différents départements. Par exemple, les quatre grands établissements du Nord, Pas de Calais, situés dans un rayon de 50 km, ont eu chacun des lectures différentes de certains points de la loi. Il a fallu des réunions au niveau de la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) et de la DRASS (Direction régionale des affaires Sanitaires et sociales), mais surtout les notes ministérielles de mai 1991 pour en harmoniser le fonctionnement.

A - Caractéristiques de la loi

Outre cette relative précipitation sinon dans la préparation, du moins dans la présentation de la loi, et ses conséquences évoquées précédemment, cette nouvelle loi apparaît essentiellement comme un « *restyling* » terminologique ou le « *placement* » devient « *hospitalisation* ». Ainsi, le placement volontaire (PV) devient l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Le placement d'office (PO) devient l'hospitalisation d'office (HO). Sinon, l'ossature fonctionnelle demeure très proche de celle de la loi de 1838, quant à l'admission, le séjour et la sortie en établissement de soins, dont la spécificité et la nécessité d'existence sont reprises dans la loi.

Cependant, cette loi amène des points nouveaux et des améliorations :

- Elle donne un support légal à l'hospitalisation libre lorsque le placement libre s'était développé en marge de tout textes législatifs, calqué sur l'admission à l'hôpital général, régi par des circulaires.
- Elle donne également un support légal aux sorties d'essai qui avaient été prévues par la circulaire du 4 juin 1957. Malheureusement elle ne précise ni clairement le fond, ni la forme, engendrant une confusion entre permission et sortie d'essai, alors que les permissions continuèrent d'exister dans le CSP. Article R.1112-56.
- Elle crée la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP), chargée de veiller à la conformité des admissions et des différentes obligations prévues par la loi.
- Elle prévoit la nécessité de deux certificats d'admission qui doivent être concordants, et dont le premier doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Elle prévoit cependant en cas de « péril imminent » (première apparition du

terme), que l'admission puisse se faire au vu d'un seul certificat médical, qui peut émaner éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (reprenant ainsi le pragmatisme de l'ex-placement volontaire d'urgence).

- Il est à noter que la création de la CDHP, et la nécessité de deux certificats médicaux concordants, interroge sur la confiance du législateur d'alors, sur le sérieux (pour le moins) des psychiatres hospitaliers et des directeurs d'établissements.

En effet, la loi de 1838 prévoyait déjà un certain nombre de mesures de contrôle, qui ont prouvé leur efficacité, dans un contexte où les établissements privés accueillant des patients en soins sous contrainte étaient nombreux, la loi du 27 juin 1990 les maintiens, et les renforce de ces deux mesures, alors qu'il n'existait alors en France, qu'un seul établissement privé autorisé à accueillir des patients en soins sous contrainte.

Ce renfort de garantie évoque la période révolutionnaire où la nécessité d'un jugement préalable à tout enfermement, servait surtout à rassurer la population générale quant aux précautions prises afin d'éviter qu'un citoyen « *ne soit injustement jeté parmi les fous et les insensés* ». Ce retour à des préconisations proche de la période révolutionnaire, est peut-être à rapprocher de la proximité du bicentenaire de la Révolution Française, ou du moins, du projet qui avait commencé à être préparé à cette occasion.

La loi du 27 juin 1990 (36) introduit une modification sémantique avec un impact crucial pour les années à venir en psychiatrie notamment sur l'évolution à moyen terme de la discipline. On observe d'une part l'émergence des courants tendant à rapprocher la psychiatrie de la médecine et l'apparition des législations visant l'intégration des services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux.

On met en lumière, le premier mouvement visant à modifier l'appellation de « psychiatrie », elle est substituée par le terme de « santé mentale ». Techniquement il

s'agit d'une reprise d'un terme ancien figurant déjà dans la circulaire du 15 mars 1960 (33). Cependant à l'époque, ce terme était en lien avec la pathologie psychiatrique lourde. Ce glissement sémantique cherchait à montrer et à démontrer que même des grandes pathologies psychiatriques ne devait pas inspirer de résignation mais, à contrario, une modification de la prise en charge pouvait être susceptible de favoriser le retour à l'équilibre dans le fonctionnement psychique. Ce terme de Santé Mentale apparaît associé à des structures dites « dispensaire de santé mentale ». Ce glissement sémantique allège, substitué au terme de psychiatrie qui lui, entraînait une certaine peur, une connotation négative et véhiculait des idées reçues au sein de la population.

Par ailleurs cette introduction du terme « Santé Mentale » modifie un esprit général, il permet une extension des domaines d'intervention de la psychiatrie vers des problèmes médicaux sociaux, des problèmes d'adaptation, de réaction à des situations de stress. Modèle qu'on retrouve par ailleurs de l'autre côté de la Manche.

L'effectivité de ce propos se traduit par un ensemble de textes législatifs qui vont se succéder durant la décennie des années 1990.

B - Modalités d'admission en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT)

(36)

- Article L.333 du CSP :

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisé sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies .

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 331, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

- Article L.333-1 du CSP :

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de

l'article L. 333 ou de l'article L. 333-2 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

- Article L. 333-2 du CSP :

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

Il s'agit ici de circonstances prévues dans l'ex-« placement volontaire d'urgence », sauf qu'ici un seul certificat est nécessaires au lieu de deux lorsque la loi de 1838 admettait l'absence de certificat. La demande du tiers reste toujours indispensable ; notons qu'elle est même mentionnée en premier lieu dans l'article L333 du CSP.

IV - La loi du 5 juillet 2011

Le texte de la loi du 27 juin 1990 prévoyait l'évaluation de celle-ci, au terme de cinq ans, et son éventuelle adaptation. Cette évaluation sera ébauchée, notamment avec le rapport effectué par Strohl-Clemente (37), puis un rapport en septembre 2003 (le rapport Cléry-Melin (38)), un rapport en mai 2005 (39), pointant les faiblesses du dispositif établi

jusqu'alors, réalisé par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de celle des affaires juridiques (IGSJ).

Pour exemple, le rapport « *Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990* »(39), observe les faiblesses suivantes :

- L'absence de tiers récurrent,
- Un régime juridictionnel flou parasitant le recours au juge des libertés et de la détention, soulignant une implication moindre dans le rôle de contrôle,
- Une nécessité de moderniser les procédures concernant les hospitalisation en HDT et HO,
- L'intérêt de développer des prises en charge autre qu'uniquement en hospitalisation.

Ce rapport de 2005 pointe aussi l'utilisation abusive des modes d'hospitalisations sous contrainte du seul fait d'absence de places pour imposer un patient en hospitalisation libre.

En dehors des rapports prévus concernant la réévaluation de la loi de 1990, cette dernière avait subit une ébauche de réforme avec l'avènement de la Loi Kouchner du 4 mars 2002 (40), venant préciser le cadre de l'hospitalisation d'office (HO), mais il restait cependant bien d'autres « *chantiers* » concernant la loi pour réaliser une uniformisation européenne de cette dernière.

Cette loi de mars 2002, viens positionner la confirmation et la formalisation de l'information apportée au patient ainsi que la notion de consentement, l'accès direct du patient à l'information le concernant, l'introduction de la personne de confiance.

En 2003, la jurisprudence nationale statue sur la qualité du tiers intervenant dans les conditions de la prise en charge du patient en HDT. Le Conseil d'Etat en 2003, via l'arrêt du 3 décembre n°24487, précise la nécessité du tiers de démontrer un lien d'antériorité lui

donnant qualité (et légitimité) pour prendre une telle décision en sauvegardant l'intérêt du patient concerné par la mesure.

Pour simplifier, différents rapports sur le sujet sont rendus, mais la loi de 1990 passera vaillamment ce cap et pouvait apparaître capable d'avoir une longévité digne de la loi de 1838, mais c'était sans compter sur la réforme constitutionnelle de 2008, engagée sur l'impulsion du président de la république Nicolas Sarkozy, ni sur le dynamisme du CRPA (cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie).

Désireux de dépoussiérer nos institutions, le président de la République Nicolas Sarkozy, a engagé une réforme de la constitution qui aboutit le 23 juillet 2008 (41). Parmi les projets de réformes, figurait la possibilité pour tout citoyen, en tant que justiciable, de contester, devant le juge en charge de son litige, la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son encontre parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés que la constitution garantit.

La question prioritaire de constitutionnalité (QPC) peut être posée au cours de tout litige devant un tribunal d'ordre judiciaire (à l'exception de la cour d'assises) ou administratif, aussi bien en première instance, appel ou cassation.

- Droits donnés à chaque parties à un contentieux de contester une dispositions légale ou réglementaire devant le conseil constitutionnel lorsqu'elle estime incompatible avec les termes de la constitution et que celui-ci ne s'est pas déjà prononcé sur ce point. Cette disposition a été introduite par la loi constitutionnelle n° 2008 du 23 juillet 2008 à ajouter au texte de la constitution un article 61-1. Elle a remplacé le premier alinéa de l'article 62 par deux nouveaux alinéas. Par sa décision numéro 2009–595 DC, le conseil constitutionnel a validé, le 3 décembre 2009, la loi organique relative à l'application de l'article 61–1 de la constitution qui institue la question prioritaire de constitutionnalité .

La juridiction saisie de la demande procède sans délai à un premier examen et vérifie trois critères :

- Si la disposition législative critiquée est bien applicable aux litiges qu'elle doit trancher.
- Si cette disposition n'a pas déjà été déclarée conforme à la constitution par le conseil constitutionnel.
- Si la question présente un caractère sérieux.

Si la QPC est recevable, la juridiction saisie la transmet au conseil d'État ou la Cour de cassation selon l'ordre juridictionnel ayant examiné la demande. Ces hautes juridictions ont alors trois mois pour examiner la QPC et décider de saisir ou non le Conseil Constitutionnel.

Si il est saisi, le conseil constitutionnel a alors trois mois pour se prononcer. Il peut déclarer les dispositions conformes, le procès reprend alors devant le tribunal saisi en premier lieu, ou contraire à la constitution, la disposition concernée est abrogée (avec si nécessaire la précision d'un délai pour l'effectivité de cette abrogation afin de permettre l'élaboration et l'adoption d'un texte de remplacement).

C'est ainsi que le CRPA a mis en cause l'article du CSP permettant le maintien de l'hospitalisation sans consentement au délai d'un mois sans validation, par le judiciaire. Le conseil constitutionnel, dans sa décision du 26 novembre 2010 (42), a jugé l'article L 3212. 7 du CSP (ex article L-337 du CSP) contradictoire avec la protection constitutionnelle de la liberté individuelle qui résulte de l'article 66 de la Constitution (« *l'interdiction de toute détention arbitraire* »). D'où la déclaration de cet article comme contraire à la constitution, avec une nécessité de réforme avant le 1er août 2011.

Les délais, du fait des navettes inévitables entre l'Assemblée nationale et le Sénat, ne laissaient au gouvernement qu'un « *gros* » mois pour l'élaboration du nouveau texte. La

Loi a donc été votée en procédure d'urgence. S'en est suivi une certaine précipitation, source d'un dispositif qui n'est pas toujours très cohérent quant à savoir « *qui fait quoi et qui intervient où* » : problème de la forme et du nombre de certificats, problème de délais (des certificats et de l'intervention du JLD), problème du programme de soins et de ses limites (confère décision du conseil constitutionnel du 20/04/2012, suite à une QPC du même CRPA), problème de la place du JLD dans le processus de soins concernant la dimension de contrôle et de recours, de la façon dont un patient peut vivre son passage au tribunal, problème de l'insuffisance des moyens alloués tant à la psychiatrie qu'à la justice pour la mise en place de ces nouvelles procédures. (43)

A - Caractéristiques de la loi

Derrière une apparence proche de la précédente loi au niveau architectural, les modifications apportées par cette loi sont plus fondamentales.

Cette loi passe de la notion « *d'hospitalisation* » à celle de « *soins psychiatriques* », ainsi il est précisé pour les soins sans consentement, la reconnaissance de soins ambulatoires et de programme de soins.

Les soins sans consentement (soins psychiatriques sur demande d'un tiers–SPDT–, soins psychiatriques en péril imminent–SPPI–, soins psychiatriques sur demande d'un tiers selon la procédure d'urgence–SPDTu–, soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État–SPDRE-), ne peuvent être réalisés que par les établissements autorisés en psychiatrie. De plus ils ne peuvent être initiés qu'en hospitalisation, avec une période d'observation de 72 heures.

Cette loi prévoit également le principe d'un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement ainsi que de ses modalités par le JLD.

Il est à noter que c'est dans cette loi, que le « péril imminent » n'est plus utilisé pour permettre l'admission avec un seul certificat, cela devient l'apanage du SPDTu, cette formule est ici utilisée pour autoriser l'admission en l'absence de tiers. (Article L. 3212–1,2° du CSP.) ou, lorsque le directeur n'est pas tenu de faire droit à une demande de levée de la mesure de soins réalisés par « *une des personnes habilitées à formuler la demande de soins* », s'il dispose d'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement, et datant de moins de 24 heures qui atteste que l'arrêt des soins entraînerait « péril imminent pour la santé du patient » (article L 3212–9 du CSP).

Enfin la loi est marquée dans son élaboration d'une certaine inspiration « sécuritaire », dans la veine du discours d'Antony du 2 décembre 2008 (44), qui faisait suite aux faits divers sanglants de Pau puis de Grenoble ; ceci est particulièrement net dans toutes les « précautions » entourant les autorisations de sorties, ou l'aménagement des modalités de prise en charge pour certaines catégories de patients. Citons, pour illustration, les propos extraits de ce discours, le Président déclare que les faits divers récents « *ne sont pas imputables à la fatalité mais aux lacunes de l'organisation* ». Il évoque de même un plan de sécurisation : « *il faut plus de sécurité de protection dans les hôpitaux psychiatriques (...) Certains patients hospitalisés sans leur consentement seront équipés d'un dispositif de géolocalisation* ». (44)

(Relevant de l'application de l'article 122–1 du CPP ou de l'article 706–135 du CPP ou d'une prise en charge en UMD.)

B - Modalités d'admission en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTu)

(45) version en vigueur du 01 aout 2011 au 30 septembre 2013

- Article L 3212-1 du CSP :

I.- Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'art L 3222-1 du CSP, que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l' article L.3211-2-1 du CSP

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

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat

La demande d'admission en soins sans consentement (SPDT) comporte les mentions manuscrites suivantes (article R.3212.1) :

La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques

Les noms, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés.

Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant

la demande de soins

la date

la signature

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, attestant que les conditions prévues au 1° et 2° du I sont réunies

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être ni parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L.3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

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

Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2° (« péril imminent »), les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L.3211-2-2 (24heures et de 72 heures) sont établis par deux psychiatres distincts.

- L.3212-2 du CSP :

Avant d'admettre une personne en soins psychiatriques en application de l'art L 3212-1, le directeur de l'établissement d'accueil s'assure de son identité. Lorsque la personne est admise en application du 1° du II du même article L.3212-1, le directeur de l'établissement vérifie également que la demande de soins a été établie conformément au même 1° et s'assure de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

- Article L.3212 -3 du CSP :

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement mentionné à l'article L.3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et

troisième alinéas de l'article L.3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

Préalablement à l'admission, le directeur vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

- Article L.3212-9 du CSP :

Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L.3222-5 ;

2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L.3212-1.

Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L.3211-12. Dans ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le

représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L.3212-6.

V - La loi du 27 septembre 2013

Déjà dans sa décision du 6 octobre 2011, répondant à une nouvelle QPC (46), le conseil constitutionnel a déclaré contraire à la constitution les mots « ou, à défaut, par la notoriété publique », qui ont été retirés de l'article L 3213– 2 du CSP.

C'est suite à une nouvelle QPC qu'une décision du conseil constitutionnel a censuré les dispositions particulières concernant les personnes relevant de l'article 122-1 du CPP, ou de l'article 706-135 du CPP, ou d'une prise en charge en UMD d'une durée supérieure à un an. Ces dispositions devaient être revues pour le 1er octobre 2013, c'est dans ce contexte qu'a été préparée et votée la loi du 27 septembre 2013, promulguée au Journal Officiel du 29 septembre 2013. (47)

A - Caractéristiques de la loi

Bien qu'élaborée peu de temps après la loi du 5 Juillet 2011, cette loi est le fruit d'une large concertation avec les représentants des professionnels, des usagers, des proches et des familles.

Elle ne modifie pas les conditions d'admission en soins psychiatriques sans consentement mais elle revient sur l'inspiration sécuritaire qui avait marqué la loi du 5 juillet 2011.

Les UMD reviennent dans le droit commun, il n'y a plus de conditions spécifiques de sortie pour les patients en relevant ou en ayant relevé.

Les conditions d'application de modalités spécifiques de sortie pour les patients relevant de l'application de l'article 122-1 du CPP ou de l'article 706-135 du CPP sont « allégées ». Elles ne sont plus applicables que pour les personnes pour lesquelles la procédure concerne des faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes, ou au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

La référence aux antécédents de moins de 10 ans d'une de ces situations est supprimée.

Il est précisé qu'aucune mesure de contrainte médicamenteuse ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge en ambulatoire (hors sa réintégration).

La production de certificat est simplifiée :

- Les certificats du cinquième au huitième jour disparaissent.
- L'avis conjoint destiné au JLD devient « l'avis motivé » d'un psychiatre.
- La référence à « un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient » disparaît (sauf pour la constitution du collègue).

Les conditions d'intervention du JLD sont précisées :

- Le JLD doit se prononcer dans un délai de 12 jours sur le maintien des soins psychiatriques sous contrainte sous forme d'hospitalisation complète ; à cette fin, il est saisi dans un délai de huit jours à compter de l'admission, ou de la décision par laquelle le directeur, ou le représentant de l'État, a modifié la forme de prise en charge, en SPDT ou en SPDRE.

Si la forme publique de l'audience reste la règle, les conditions rendant la nécessité de la tenue de celle-ci en « chambre du conseil » sont précisées ; de ce fait, la tenue de cette forme d'audience apparaît privilégiée. L'audience tenue au sein de l'établissement devient la règle, celle tenue au siège du tribunal de grande instance l'exception. Le recours à la

visioconférence est supprimé.

La possibilité de sortie de courte durée est reprécisée (elle existait toujours dans le CSP dans l'article R. 1112-56 du CSP).

B - Modalités d'admission en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTu)

Les articles du CSP, régissant ces admissions sont demeurés inchangés, au regard de la loi du 5 juillet 2011.(47)

VI - Autres lois récentes

Celles-ci ne modifient pas d'avantage les modalités d'admission, mais elles viennent préciser certains points de la prise en charge.

A - Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Concernant la prise en charge en soins psychiatriques, celle-ci est venue préciser par des articles inclus dans le CSP, les principes et les modalités de mise en chambre d'isolement et de mise sous contention. (48)

B - Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

Suite à une QPC prise par le CRPA relative à l'inconstitutionnalité du non contrôle judiciaire de la mise en chambre d'isolement ou de la mise sous contention, l'État a été

obligé par décision du conseil constitutionnel de prévoir ce contrôle par le JLD. Ce point a fait l'objet de l'article 84 de cette loi du 14 décembre 2020 (49). Il est à noter que deux paragraphes de cet article ont déjà fait l'objet d'une annulation par le conseil constitutionnel par décision du 30 avril 2021, applicable le 31 décembre 2021, suite à une nouvelle QPC du CRPA.

VII - Notions et concepts relatifs au soin sans consentement

Les notions du soin sans consentement et de la contrainte.

Nous rappellerons les définitions et concepts de « base » régissant le soins sans consentement, définir ce qu'est le consentement, la contrainte, les bases du soin sans consentement, ainsi que la confusion pouvant exister dans le langage courant.

A - Le consentement

1 - Définition générale

Le concept du consentement dans la pratique médicale n'a pas toujours été spontané et a pris au fil du temps, de l'activité et de l'évolution de la législation une place primordiale.

Le verbe consentir est originaire du latin « *consentire* » signifiant « *être d'accord* ». Il prend un sens général, dans le Robert , comme étant « *Acquiescement donné à un projet ; décision de ne pas s'y opposer* »(50). En ce sens, le consentement a une valeur positive « *approbation* » et une valeur plus négative « *ne pas empêcher* ».

Selon Hanon C, « *consentir c'est toujours un moyen pour l'individu de manifester son opinion, son point de vue, et ses préférences ; c'est pouvoir empêcher que quelqu'un d'autre décide à notre place ou nous impose une décision nous concernant* ». (51)

On peut considérer que la vision traditionaliste de la médecine s'apparente à un paternalisme teinté du principe de bienfaisance. Lors de l'après seconde guerre mondiale, on voit apparaître la notion de consentement en médecine via le Code de Nuremberg et son article premier : « *Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel* ». (52)

En France, le consentement fait son apparition en 1995 dans le code de déontologie médicale via l'article 36 : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* »

A ce jour, on retrouve l'article R. 4127-36 du CSP « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. (Décr. no 2016-1066 du 3 août 2016, art. 1er) «Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.* »

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur (Décr. no 2021-684 du 28 mai 2021, art. 12) « faisant l'objet d'une mesure de protection juridique» sont définies à l'article R. 4127-42 » (53)

- *Les bases du soin sans consentement.*

La pratique du soin en psychiatrie, jusqu'en 1923 se résumait d'un point de vue d'accueil, à la pratique du soin sans consentement jusque la circulaire de 1923 incitant à la pratique

d'accueil en service libre. Rappelons que l'essence de la psychiatrie française, réside sur une double base : celle de la réflexion médicale et celle de la pratique légale.

La particularité de la psychiatrie, notamment dans le soin sans consentement, s'avère être le respect conjoint du traitement de la pathologie et de la « *liberté* ». Le psychisme est l'objet du soin pour le psychiatre mais également le premier lieu du consentement. De ce fait, on aborde la question de la capacité à consentir. Depuis la loi 2011, lorsqu'un patient n'est pas en capacité de consentir, il peut relever du soin sans consentement tels que définit par la loi de 2011. Deux notions sont à retenir par ailleurs en raison de glissements sémantiques, la notion de contrainte et celle de consentement.

La notion de consentement se rapporte à « *l'action d'acquiescer à quelque chose* » tandis que celle de la contrainte se rapporte au « *fait d'obliger quelqu'un à agir contre sa volonté* ».

2 - Consentement, capacité à consentir et insight

a - Consentement

Le consentement, par principe, n'est possible que si il existe une information, par conséquent, il n'y a pas de consentement sans information (54). La deuxième notion à aborder est la recevabilité du consentement pour cela, il doit être « libre et éclairé ».

Le consentement libre implique la présence de trois types de capacités :

- Le libre arbitre, qui implique que le sujet soit capable de discerner ce qu'il souhaite sans être influencé éventuellement par une pression extérieure.
- La capacité juridique, qui implique qu'en cas d'incapacité juridique, la loi du 5 mars 2007 s'applique.
- La capacité physique qui peut, dans certaines circonstances, être atteinte (sujet

inconscient ou comateux) et ne permettrait pas l'expression du consentement . (55)

Le consentement éclairé, entraîne la notion d'une information claire, « *susceptible d'être entendue et comprise par un malade* », mais également loyale « *la plus proche possible de la réalité constatée* » , et appropriée « *adapté en fonction de la pathologie et de la personnalité de chaque malade* » (56)(57)

b - Capacité à consentir

La question de la capacité à consentir est une question « *centrale* » et « *décisive* » en psychiatrie. (58)

Le problème étant qu'il n'existe pas de réelle sémiologie du consentement, et que son interprétation est variable en fonction de la légitimité ou de la légalité. Si l'on parle de légitimité, on s'oriente vers la notion binaire de capacité versus incapacité à consentir, alors que si l'on parle de légalité, on s'oriente vers une notion de « *pluriel, nuancé, évolutif* »(54)

On retrouve une charte de consentement définie par la HAS en 2005, de manière à formaliser l'évaluation de la capacité à consentir et la rendre plus explicite. Elle se présente comme reposant sur cinq capacités nécessaires :

- Recevoir une information adaptée
- Comprendre et écouter
- Raisonner
- Exprimer librement une décision
- Maintenir cette décision dans le temps (55)

c - Insight

L'insight peut se conceptualiser comme : « *Conscience de la maladie et la capacité à attribuer une cause aux symptômes de la maladie.* », en revanche son lien avec la capacité à consentir est délicat. Il peut être perçu de manière dichotomique ou multidimensionnelle. De même l'insight n'est pas toujours corrélé à la capacité du patient à consentir aux soins, même « *un faible insight n'abolit pas toujours la capacité du patient à consentir aux soins* » et ce dernier peut malgré tout participer à une prise en charge de manière active. (59)

Dans tous les cas, les recommandations issues de la HAS en 2005 concernant les décisions d'hospitalisations, sont de cet ordre « *d'informer le patient du caractère pathologique des troubles qu'il présente, de leur retentissement possible, des modalités et des conditions d'application du traitement nécessaire* »(55)

3 - Fondements juridiques du consentement

Le consentement trouve son fondement, d'un point de vue juridique, dans les préceptes de l'habeas corpus et d'intangibilité du corps humain. Ceux-ci sont énoncés par dispositions légales du Code Civil et de la Santé Publique, et déontologique dans le code de la déontologie médicale. (55)(56)

En juillet 1994, le principe du consentement avant toute intervention sur le corps humain est entré dans la loi avec les lois de bioéthique. Ce principe figure au tout début du Code civil dans les articles 16 et suivant. L'article 16-1, réaffirme l'inviolabilité du corps humain, l'article 16-3 prévoit de rares dérogations qui peuvent être faites « *En cas de nécessité médicale pour la personne ou, à titre exceptionnel, dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* ».

(55)

Le recueil du consentement avant tout geste, intervention, décision est la règle hormis le cas où l'état du patient « *rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ». Ces dernières dispositions regroupent les soins dispensés dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 (40), précise les aspects pratiques du respect du consentement dans le code de santé publique article L.1110-1 et suivants, et le code de déontologie médicale, article R.4127-35 et 36 du code de santé publique.(40)

L'hospitalisation sans consentement demeure en quelque sorte une dérogation au principe légal du consentement. Le soin sans consentement doit être un équilibre entre protection de la santé et des libertés individuelles. Rappelons que dans la loi du 5 juillet 2011, le préambule stipule « *le consentement aux soins demeure la règle et le recours à la contrainte (doit) rester l'exception* », de ce fait, la HAS dans le rapport de recommandations de 2005, qualifie l'hospitalisation sans consentement comme « *dérogation au principe général du consentement* ».(55)

4 - Fondements éthiques de l'hospitalisation sans consentement

On peut considérer que l'hospitalisation sans consentement repose sur des principes éthiques de paternalisme, bienfaisance et autonomie. En étudiant la relation médecin-malade, celle-ci prend racine dans les enseignements grecs de la médecine ainsi que sur une combinaison du principe paternaliste et de bienfaisance.

La définition du paternalisme s'apparente à « *la croyance selon laquelle il peut être juste de régir la vie des autres pour leur propre bien, sans tenir compte de leurs vœux ou de leur jugement* »(60). On observe, dès lors, une asymétrie relationnelle entre le médecin

détenteur d'un savoir, en bonne santé et d'autres part le patient non détenteur du savoir est possiblement souffrant de troubles de l'esprit.

La bienfaisance, aurait perdu au fil des années, de sa prédominance, ceci s'expliquant par un glissement de la relation médecin-malade paternaliste vers une relation autonomiste. Rappelons la définition de l'autonomie qui est « *la faculté de se donner à soi-même la loi de son action sans la recevoir d'un autre* ». Nous devons nuancer le propos par la donnée que seul un sujet capable d'autodétermination peut exercer un choix autonome. Selon le principe d'autonomie, la relation médecin-malade se rapproche plus d'un partenariat pour établir compromis, négociation et consentement, dont la finalité est d'accéder à une alliance thérapeutique pour l'intérêt du malade et une forme de « *co-décision* »(56)(60). Même si le fondement de la décision *in fine* a un caractère léonin.

La bienveillance est présente dans la pratique médicale quotidienne en parallèle de l'influence du principe d'autonomie. Cependant l'autonomie décisionnelle reste complexe à mettre en œuvre. Ce que l'on pourrait relier à la différence de savoir entre le médecin et son patient. Dans notre spécialité, la bienveillance joue un rôle plus important que dans d'autres spécialités, en raison des troubles du patient entraînant des difficultés voire une incapacité à l'autodétermination. On peut considérer que la bienveillance devient principalement une justification éthique de l'intervention et de la prise de décision concernant une hospitalisation sans consentement.

Concernant la bienveillance, dans le paternalisme, celle-ci peut être perçue en deux formes distinctes ayant en commun le fait « *d'interférer avec la liberté d'action d'une personne* ». On peut parler de paternalisme social et médical concernant la bienveillance. Le paternalisme social est fondée sur la protection d'autrui, le paternalisme médical sur l'intérêt de la santé du patient. Dans le cas de la bienveillance d'aspect médical, la restriction de liberté peut être justifiée par le fait que le patient tirera un bénéfice potentiel

de l'hospitalisation. En ce sens le paternalisme médical peut encore être utilisé comme une base éthique de l'hospitalisation sans consentement.(56)

5 - Critères de prise de décision et indication de l'hospitalisation sans consentement

La loi Française ne propose pas de critères pour définir la nécessité de soins, mais n'écarte à priori aucun diagnostics psychiatriques. On ne retrouve pas dans la littérature de données probantes permettant de cadrer les indications d'une hospitalisation sans consentement. Hormis les troubles du comportement sous tendus par un trouble psychiatrique, aucun critère isolé ne peut justifier en définitive de manière péremptoire, si il faut prononcer une hospitalisation sans consentement ou non.

Les recommandations de la HAS de 2005, avec l'appui d'un groupe de travail d'experts, en précise le sens : « *différents facteurs à la fois somatiques, psychiatriques et environnementaux* » mais aussi les termes de la loi (« *la présence de troubles mentaux et la nécessité de soins* ») et être guidé par le « *respect de l'autonomie* » et la « *prévention du risque* ». (55)

Une étude menée par Braitman et Al, tentait d'objectiver les critères cliniques de prise de décision d'une hospitalisation sans consentement. Leur étude rapportait que l'approche s'avérait plus dimensionnelle que catégorielle dans la prise de décision d'une hospitalisation sans consentement. (61)

Les recommandations 2004/10 du conseil de l'Europe (62) prévoient le fait de réunir les conditions suivantes pour une prise de décision d'une hospitalisation sans consentement :

- La personne est atteinte d'un trouble psychique ;

- Son état présente un risque réel de dommages graves pour sa santé ou pour autrui ;
- Le placement a notamment un but thérapeutique ;
- Aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;
- L'avis de l'intéressé a été pris en considération. (62)(63)

L'American Psychiatric Association (APA) propose un modèle comprenant cinq critères :

- Un diagnostic fiable d'un trouble mental sévère ;
- Une détresse majeure du patient ;
- La disponibilité d'un traitement efficace ;
- L'incapacité à consentir aux soins ;
- Le caractère raisonnable du traitement appliqué qui serait accepté par une personne compétente a consentir. (64)

On observe par une première analyse de ces recommandations, une différence notable entre les recommandations HAS, conseil de l'Europe et celles de l'APA. L'APA se basant préférentiellement sur l'établissement d'un diagnostic fiable de trouble mental sévère, notion catégorielle que l'on ne retrouve pas dans le guide de recommandation de l'HAS.

B - La contrainte

1 - Définition générale

La définition de la contrainte selon le Robert:

Contrainte est un nom féminin, se définissant par une « *violence exercée contre quelqu'un ; une entrave à la liberté d'action « contrainte sociale, morale », agir sous la contrainte », une gêne, une retenue, une règle obligatoire « contrainte sociale, morale ».*

Avec pour synonymes : *pression, exigence, gêne, entrave, asservissement,*

assujettissement, servitude, sujétion. (65)

Il est nécessaire de conceptualiser la notion de contrainte en psychiatrie. Cette dernière n'est pas unique et indivisible, mais en réalité, la contrainte se conjugue en plusieurs modalités, comme la contrainte légale, la contrainte objective, la contrainte perçue et cumulée.(66)(56)

2 - Types de contraintes

- Contrainte Légale

La contrainte légale correspond en réalité au mode d'hospitalisation involontaire et on pourrait élargir au fait que toutes les personnes prises en charge en soins sans consentement ont été soumises à cette contrainte.

- Contrainte Objective

La contrainte objective correspond à l'usage de la force, de l'isolement, de la contention physique ou pharmacologique ainsi que la médication forcée. Cet aspect de la contrainte physique notamment la contention est régulièrement débattu, faisant l'objet de réformes et d'intervention du conseil constitutionnel.(Loi Santé dite Touraine article 13-4, Article 84 du financement de la sécurité sociale...)

- Contrainte Perçue

La contrainte perçue fait référence aux situations pour lesquelles, les patients sont placés dans la situation où ils n'ont pas le choix de leur décisions, ne sont pas autorisés à assumer leurs responsabilités, puisque quelqu'un d'autre décide pour eux.

Cette situation de contrainte perçue peut également découler des contraintes objectives et légales.

Cependant d'autres facteurs peuvent intervenir tels que :

La conviction de ne souffrir d'aucun troubles psychiques ;

Une suspicion vis-à-vis des motivations d'autrui ;

Le recours à la force et ou a la menace ;

La ressemblance de l'admission à l'arrestation d'un criminel ;

L'impossibilité de donner son avis par rapport au processus d'admission ;

Ne pas se sentir traité de manière respectueuse durant le processus d'admission ;

Faire face à la mauvaise foi ;

Ne pas être suffisamment informé ;

Considérer la prise de décision comme injuste ;

L'échec du traitement. (67)

A ce type de contrainte perçue, peut s'ajouter une conception différente de la contrainte en fonction des pressions « *élégamment* » nommées thérapeutiques, exercées sur le sujet de manière communicationnelle. Cela concerne des processus de pressions positives telles que la persuasion, et l'incitation, mais également des processus de pressions négatives, telles que l'usage de menaces ou l'usage de la force.

- *Contrainte cumulée*

Cette notion peut se traduire par l'ensemble des contraintes évoquées précédemment.

3 - Les termes « sous contrainte » et « sans consentement »

Peut on continuer à nommer les types d'hospitalisations sans consentement :
« *hospitalisation sous contrainte* » dans le langage courant ?

Effectivement, l'hospitalisation sans consentement, repose en partie sur la contrainte légale, objective, de par la loi. Elle pourrait justifier le terme « *sous contrainte* », étant donné que la contrainte légale objective est un des « *sous bassement* » de l'hospitalisation sans consentement.

Cependant l'hospitalisation libre, est-elle vierge de contrainte dans le principe théorique ? Les patients dits en soins libres, n'y sont-ils pas contraints par une contrainte perçue, une pression familiale ou même la simple pression physique de la maladie ?

Dans le champ de la psychiatrie, l'hospitalisation libre et consentie demeure la règle, mais la contrainte perçue familiale peut être présente « *le sentiment de ne pas avoir le choix* », il en est de même du fait de la limitation physique et psychique inhérente à la maladie psychique. On peut donc considérer que l'hospitalisation dite libre en psychiatrie n'est pas vierge de contrainte.

En sortant du champ de la psychiatrie, supposons un patient s'étant fracturé le tibia, prenons une fracture ouverte multi focale. D'un point de vue fonctionnel, sans soins, il y a peu de chance que cela évolue vers un rétablissement total sans séquelles. Le patient nécessite donc des soins, en l'occurrence somatiques. Le consentement aux soins sera recherché bien évidemment, le patient demeure de par la loi, libre de refuser les soins, mais cependant, le processus d'hospitalisation, de consentement libre et éclairé, est pressé par une contrainte objective physique : sans soins, pas de rétablissement fonctionnel et des séquelles probables à long terme. L'hospitalisation est donc consentie, mais non sans contraintes.

La notion de la contrainte est associée de manière négative aux soins et à la psychiatrie, pour autant, sur un plan théorique, n'importe quelle hospitalisation peut être considérée comme « *sous contrainte* ». Objective légale, comme dans les soins sans consentement, ou objective physique et perçue comme dans les soins libres psychiatriques. Le terme

« *sous contrainte* », par analogie purement théorique et caricaturale, revient à définir « un poisson rouge et un grand requin blanc sous le terme générique de *poissons* ».

De fait, le seul caractère différenciant le mode d'hospitalisation libre ou sans consentement repose donc principalement sur la notion de présence ou d'absence de consentement.

C - La notion du tiers demandeur de l'article L. 3212-1 du CSP

1 - Définition du tiers demandeur

La notion de tiers demeure un pilier essentiel de la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Il est nécessaire de la définir de manière à expliciter son rôle par sa présence ainsi que son rôle, en regard par son absence, dans les procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Le tiers demandeur est la personne qui peut légalement présenter une demande d'admission en soins psychiatriques pour une personne atteinte de troubles mentaux auprès du directeur de l'établissement.

Ce tiers peut être :

- Un membre de la famille du malade (sans ordre applicable)
- Une personne justifiant d'existence de relations antérieures avec le malade antérieur à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci
- Le tuteur ou le curateur dans le cas du majeur protégé.

Cependant pour la catégorie tuteur ou curateur, c'est « *lorsqu'il justifie de relations avec le malade antérieures à la demande de soins, lui donnant qualité pour agir dans son intérêt.* »

La seule qualité de curateur ou de tuteur ne suffit pas forcément pour présenter une demande d'admission en soins psychiatriques, notamment lorsque le protecteur vient d'être nommé récemment et qu'il n'a pu créer de lien avec le majeur.

Il est important de prendre en compte la notion que le tiers demandeur ne peut pas faire partie du personnel soignant à partir du moment où ce dernier exerce dans l'établissement d'accueil du patient. La demande ne peut non plus émaner d'un des membres du personnel de la direction de l'établissement d'accueil du patient, voire de l'établissement qui adresse le patient (du fait de l'absence de lien antérieur). (68)

Avant la réforme de 2011, le législateur ne considérait comme tiers qu'un membre de la famille du malade ou à défaut une personne agissant dans l'intérêt de celui-ci. Ce flou juridique entraînant de la part du juge, une interprétation littérale des préconisations, impliquant de la part du tiers non parent avec le patient qu'il soit en mesure de « *justifier de relation antérieures avec ce dernier ; lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ».

De fait, du point de vue du juge administratif, au travers de jurisprudences multiples, les personnes n'ayant pas qualité d'agir dans l'intérêt du patient s'avéraient pouvoir être l'administrateur de garde de l'établissement d'accueil, un cadre infirmier, un infirmier général d'un autre centre hospitalier, la voisine du patient, l'assistante sociale de la structure... La notion de tiers demandeur s'est donc affinée par des jurisprudences successives.

L'élément fondamental de la notion de tiers demeure la « *qualité pour agir* » du tiers demandeur à partir du moment où « *l'existence de relations antérieures à la demande* » permet de garantir que le tiers connaisse suffisamment la personne pour agir dans son intérêt.

2 - Le tiers dans la pratique

La demande de tiers doit être par principe manuscrite et signée de la main même du tiers. L'exception du cas de figure se présentant lorsque le tiers ne sait ni lire, ni écrire, ou ne

peut pas écrire, ce fait doit être acté par le receveur.

Cette demande suit une forme avec des notions essentielles pour être valable juridiquement telles que : la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques, les noms, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui formule la demande ainsi que de la personne pour laquelle les soins sont demandés. Le degré de parenté ou la nature des relations existantes entre le demandeur et la personne pour laquelle les soins sont demandés avant la demande de soins, la date et la signature du demandeur.

Concernant la durée de validité de cette demande dans la pratique, rien dans les textes ou dans la jurisprudence n'indique un délai de validité. Une demande rédigée entre deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours, et donc antérieure au second certificat médical, parfois rédigée dans un établissement de santé, est valable dès lors qu'elle porte les mentions obligatoires. Il n'est pas nécessaire de la faire refaire.

Cette demande fera office dans le cas des procédures de soins sans consentement nécessitant un tiers.

En cas de procédure urgente, le SPDTu, cette demande de tiers fera office accompagnée d'un seul certificat médical d'un médecin exerçant dans l'établissement, « à *titre exceptionnel* », « *en cas d'urgence* » et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, sur décision du directeur d'établissement.

3 - L'information du tiers

La réforme des soins psychiatriques sans consentement entraîne de nouvelles conséquences pour le tiers qui accepte de rédiger une demande écrite d'hospitalisation.

La procédure de saisine obligatoire du juge des libertés de la détention (JLD) et l'audience

prévue au plus tard le 12ème jour après le début de la prise en charge en soins sans consentement ou de l'admission du patient en établissement psychiatrique, impose que le nom du tiers soit connu du juge. En effet, la demande écrite est transmise dans le dossier du Greffe, le tiers doit être invité à l'audience. Par ailleurs ce dossier est accessible à l'avocat mais aussi aux parties de l'audience (Article R. 3211–13). (69)

Dès lors, il est nécessaire que les professionnels impliqués informent le tiers des conséquences le concernant à fin qu'il prenne sa décision en toute connaissance de cause.

Il faut relever le fait que le nom du tiers, au regard du droit de la santé, fait partie des informations secrètes non communicables (article L 1111–7 du CSP). (70)

Sous le regard de la loi CADA 78-753 (Commission d'accès au documents administratifs) du 17 juillet 1978 (71), les informations nominatives relatives à un tiers intégré dans un document administratif ne peuvent être transmises à la personne directement concernée par le document (et qui pourtant pourra y avoir accès via la procédure d'audience auprès du JLD)...

4 - La protection du tiers

La protection du tiers est une notion importante entraînant de nombreuses questions sur la protection apportée au tiers signataire.

La loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) (40), apporte une affirmation des droits des patients, la communication du dossier médical est désormais acquise. La communication du dossier d'un patient hospitalisé en soins sans consentement est accompagnée de mesures spécifiques : la consultation peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus du demandeur, la commission départementale

des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est saisie et son avis s'impose.

A partir de cette loi, se pose la question de la communication au patient de la demande de tiers avec notamment des positionnements différents entre les instances administratives et législatives. La commission d'accès aux documents administratifs (CADA), autorité administrative indépendante et consultative, chargée de veiller à liberté d'accès aux documents administratifs, énonce en 2006, et à plusieurs reprises, la directive suivante : « *pour les hospitalisation à la demande d'un tiers, la demande signée du tiers n'est pas communicable au patient, car elle révèle un comportement dont la divulgation serait susceptible de porter préjudice à son auteur* » (72). Cela reste une forme de protection du tiers demandeur, étant donné, que le tiers est demandeur sans être identifié, et demandeur sans être identifié vis à vis du patient.

Partie III : Le péril imminent

I - Aspects sémantiques

A - Contexte des autres termes ambigus

On retrouve au cours de l'analyse effectuée précédemment, de nombreux termes ambigus, dans les lois et le langage courant, dont le sens a été interprété, et parfois, dont le sens a été « vidé ». Or rappelons nous, les mots ont un sens et une utilisation précise. Ce sont d'ailleurs les instruments de travail que nous utilisons dans le soin, et surtout dans notre spécialité.

1- La notion « d'interner » et « d'internement »

Le terme « interner », selon le Littré peut désigner

« - Un terme de commerce. Faire entrer dans l'intérieur. Interner des marchandises

- Obliger à résider dans une certaine localité, sans permission d'en sortir. « On interna un grand nombre de condamnés politiques ».

- Entrer dans l'intérieur ; aller habiter dans l'intérieur d'un pays. Les réfugiés politiques ont reçu l'ordre d'interner.

Étymologie : Interne » (73)

Le terme « internement », selon le Littré se définit comme tel

« Action d'interner, de confiner en quelque résidence à l'intérieur. L'internement des suspects pour affaires politiques. ». (74)

Ce terme définit une certaine forme de privation de liberté, la mise en confinement dans

un espace dédié, et va même jusqu'à pour exemple prendre celui de « *l'internement des suspects pour des affaires politiques* ». Le Littré ne donnant pas de définition appliquée dans le cas de la santé mentale, mais se base principalement sur la notion de placement, de stockage dans un espace à la manière du commerce ou de l'absence de permission de sortie. Ce terme est présent dans l'imaginaire commun, comme se rapportant également au fait de priver de liberté l'insensé et de le condamner en quelque sorte à résidence dans les asiles.

Le sens commun, fantasmé, porte une connotation extrêmement péjorative, voire indignante, appliqué à la santé mentale. Relevons le fait que ce terme n'apparaît à aucun moment dans les textes des lois régissant la pratique psychiatrique, mais qu'étonnamment il soit omniprésent dans l'idéologie commune lorsque l'on évoque les soins intra hospitaliers. Combien de patients peuvent dire : « *je ne veux pas être interné !* » ?

L'essence même du terme renvoyant à la réalité de la privation de liberté. Que l'on associe en parallèle, de manière hasardeuse à la dimension de privation de liberté concernant les soins psychiques lorsque l'état du patient le nécessite.

En résumé : « *Un stockage de personnes à la manière de marchandises commerciales, ou de suspects politiques, dans un lieu, sans possibilité d'en sortir...* » On peut, via ce rappel de définition, voir poindre le parallèle de la confusion possible avec l'hospitalisation en psychiatrie dans l'idéologie commune, et tenter d'expliquer ce glissement de sens.

A une époque, pas si lointaine, rappelons que la construction des hôpitaux psychiatriques, des grands asiles, notamment ceux de la région du Nord Pas de Calais a pu être réalisée non sans une part d'interprétation possible quant à leurs localisations. L'asile en dehors de la ville, tenant à distance le malade psychique de la société, comme « *remisé* ». L'asile construit dans des emplacements géographiques tels des marais peut soulever certaines interrogations concernant la « *bienveillance* » accordée envers ces lieux et les malades

qu'ils accueillent. Cela peut sous certains aspects, dans la pensée commune se rapprocher de l'idéologie populaire « *interner reviens à tenir à distance* ».

Profitons en pour citer Albert Londres, « *Les asiles ont cela de commun avec les champs d'épandage qu'ils sont hors de la ville* ». (75)

2 - Placement (1838) - hospitalisation (1990) - soins psychiatriques (2011)

De même que pour les termes précédemment évoqués, il semble important de réaliser un travail identique concernant l'évolution des termes désignant la prise en charge des patients au sein de la loi.

- Le terme « Placement »

Selon le Littré, placement tire son origine dans le terme « placer », et se définit comme suivant ; « *action de placer* ». *Le placement d'une pendule, d'une bibliothèque. Le placement d'un ouvrier, d'un apprenti, d'un domestique, l'action de lui procurer de l'ouvrage, une place. Ou même se rapportant au fait de placer une valeur comme l'action de placer de l'argent.* (76)

On observe, ici, cette notion « *donner une place* », notamment à des choses matérielles. Place qu'également, on octroie aux malades souffrant de troubles psychiques en les orientant vers les asiles. Doit-on pour autant essayer de faire un parallèle entre l'action du placement des patients et celui de l'action de placer des objets, désigner une place propre ? Le malade psychiatrique tel un objet que l'on range à sa place ?

Cela pourrait être une piste de réflexion concernant l'opinion commune vis à vis des placements et la disparition de ce terme, par la suite, dans les textes de loi.

- Le terme « Hospitalisation »

Hospitalisation relève d'un terme d'administration, « *Admission et séjour à l'hôpital* » selon le Littré. (77)

De quelque façon, on tente d'effacer la connotation péjorative du terme placement, pour s'orienter vers une notion administrative. Cependant on garde cet aspect « *dénué* » d'humanité. En réalisant un raccourci hatif, on passe de la notion d'objet, à celle de terminologie purement administrative. Cela demeure peu flatteur pour la condition du malade « psychiatrique », en revanche cela permet d'atténuer certainement la potentielle charge péjorative liée au terme placement. Cette modification sémantique de la loi n'intervient que tardivement et demeure un terme relativement nouveau dans le champ de la psychiatrie. Rappelons qu'il s'écoule tout de même un siècle et demi avant cette modification sémantique.

Il semblerait plus acceptable à « *l'oreille* » populaire. Le terme hospitalisation renvoie, par ailleurs, certainement, à l'hôpital général dans sa dimension de soins apportés au patient, d'attention portée au malade en tant que patient souffrant d'une pathologie. Il paraît plus tolérable, ce terme rattache le soin à une structure de soins connotée moins négativement que celle de l'Asile. Placement, comme lié de manière indissociable à l'Asile et son lot de représentations populaires. De plus, « *Hospitalisation* » s'éloigne de la connotation d'assignation à résidence et de privation de liberté associée au « *placement* ».

- Les termes « soins psychiatriques »

Ce terme apparu avec la loi de 2011, vient remplacer celui de placement et d'hospitalisation apportant un nouveau sens au regard de la loi et une nouvelle teinte aux soins apportés aux malades souffrant de troubles psychiques et de leur prise en charge.

- Le terme de « soin », s'énonce selon plusieurs modalités dans le Littré,

« - Attention, application de l'esprit à une chose, à faire quelque chose. Prendre soin de avec un infinitif, veiller à, faire en sorte de. Prendre soin, avoir soin de quelque chose, veiller à ce que quelque chose se conserve, réussisse. Prendre soin, avoir soin de quelqu'un, signifie aussi pourvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune

- La charge, le devoir de prendre soin de quelque chose, d'y veiller. *Je vous confie le soin de veiller sur mes affaires. C'est lui qui a le soin de la cave.*

- Souci, inquiétude, préoccupation. « *Etre en soin, être inquiet, être en peine* ».

- Sollicitude

- Au pluriel : « *Services qu'on rend à quelqu'un, attentions qu'on a pour lui* ». Donner des soins à un malade, avoir soin d'un malade, l'assister en qualité de médecin.

Concernant l'étymologie du terme Soin, selon le Littré, l'origine n'est pas clairement établie, on retrouve en Wallon, « *sogn* », peur ,besogne ; en provençal *sonh, soing, suenh*, en italien *sogna*. Plusieurs auteurs y voient un dérivé du bas-latin *sunnis, sunnia, sonia*, qui signifie empêchement juridique, d'ou l'idée de s'arrêter à une affaire difficile, de soin. *Sunnis*, qui se trouve dans les lois barbares, est un mot germanique . Cependant il faut dire que l'on n'a pas une série d'intermédiaires qui établissent comment le mot est venu du sens d'empêchement juridique à celui de soin ; à moins de regarder comme tels *es-soine*, exemption, et *ensoignité*, chargé d'embarras, de soucis. Du Cange a mis en avant le latin *somnium*, le trouvant dans un glossaire avec le sens de soins ; l'ancien français *songne* et le wallon *sogn* peuvent en venir. » (78)

- Le terme psychiatrie , quant à lui, est défini, selon le Littré, comme étant « *la doctrine des maladies mentales et de leur traitement.* » (79)

Dans ce contexte, on aborde une autre dimension de la prise en charge des patients, on abandonne les termes administratifs ou « *d'objetisation* » du sujet et l'on s'oriente vers une

humanisation, une attention portée à un sujet plus qu'un « *rangement* » d'objet. On adoucit la dénomination de l'entrée en soins et on oriente vers un élément humain, vivant. Une composante de prise en charge et d'attention envers la personne. Relevons cependant l'évocation de soucis, de préoccupation associé au terme soin et même étymologiquement d'embarras.

On observe par l'analyse succincte de ces trois termes, un glissement progressif dans la connotation de la prise en charge en soins psychiatriques, lié aux évolutions parallèles de la psychiatrie et du regard sociétal envers la maladie mentale.

On réalise une transition presque d'une position « *d'objet* » à celle d'une « *personne à part entière* », à travers ces changements de termes. Ce changement progressif n'est pas sans impact sur la vision de la société concernant les soins psychiatriques, mais relève encore d'une certaine ambiguïté.

3 - Les termes « psychiatrie » et « Santé Mentale »

Le terme psychiatrie, n'apparaît que tardivement dans l'histoire du soin psychique, théorisé par Reil dans le début du XIXe, il n'est officialisé en quelque sorte qu'en 1937 dans une circulaire concernant la loi de 1838. D'ailleurs, ce même terme prendra une « connotation lourde » se rattachant à des pathologies psychiques complexes, à tel point que, le terme de psychiatrie laissera place à celui de « Santé Mentale » dans la loi de Juin 1990. Ce glissement de sens comme nous l'avons abordé, permet de remplacer le sens acquis précédemment dans l'idéologie populaire par le terme de psychiatrie et en quelque sorte ouvrir le champ de la prise en charge à des optiques jusqu'alors éloignées de la psychiatrie.

B - Le péril imminent

Le péril imminent est à définir au sens « *originel* » du terme. Nous nous attacherons à développer la notion de « péril », et la notion « d'imminence ». Ce terme apparaît dans la loi de 1990 et sera réutilisé, avec un autre sens, dans la loi de 2011. Il s'avère donc intéressant de détailler cette notion en dehors de son contexte législatif dans un premier temps, puis secondairement dans son contexte législatif.

1- Définition « générale »

Le mot « Péril » est originaire du latin « *Periculum* » qui signifiait une épreuve, un danger.

La définition du Larousse est établie de manière suivante : « *Situation dans laquelle se trouve quelqu'un ou quelque chose dont l'existence même est menacée. Danger qui menace l'existence de quelqu'un ou de quelque chose* ». (80)

L'adjectif imminent se réfère à « quelque chose qui est sur le point de se produire » (81)

L'association des deux termes en revient à une menace immédiate pour quelqu'un ou quelque chose.

Sur le plan médical, la définition du péril imminent se rapproche d'un danger immédiat mais nécessite d'être complétée par d'autres critères.

- *Définitions selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) :*

2 - Le terme « Péril »

La définition de péril proposée par l'académie Française, 9eme édition(82) :

Péril nom masculin, issu du Xème siècle, Issu du latin *periculum*, « essai, expérience »,

puis « *risque, danger* »

1. Ce qui met en danger, menace les biens, la santé ou l'existence.

S'exposer, se soustraire au péril. Affronter, braver les périls. Une aventure qui n'est pas sans péril. Courir de grands périls. Il y a beaucoup de péril, un grand péril à agir ainsi. Il semblait n'avoir pas conscience du péril qui le menaçait. À vaincre sans péril, on triomphe sans gloire, expression tirée du *Cid* de Corneille et devenue proverbiale.

Contextualisé :

- En Droit : *Arrêté de péril*, arrêté municipal ordonnant l'évacuation d'un immeuble qui menace ruine et mettant le propriétaire en demeure de le réparer ou de le démolir dans un délai fixé.

- Dans la Marine : *Périls de mer, de la mer*, ensemble des sinistres d'origine naturelle qui menacent les navires quand ils prennent la mer. *Saint Michel au péril de la mer*, saint patron du Mont-Saint-Michel.

- En Histoire : *La montée des périls*, expression employée pour évoquer les signes avant-coureurs de la Seconde Guerre mondiale et, par extension, pour désigner des circonstances historiques qui semblent annoncer une crise ou un conflit.

- Locutions et expressions : *Il y a, il n'y a pas péril en la demeure. À vos risques et périls*, se dit pour rappeler à quelqu'un qu'il devra assumer toutes les conséquences de ce qu'il entreprend. *Le péril jaune. Le péril rouge*, expression utilisée au Xxe siècle par ceux qui craignaient l'expansion du communisme.

2. Épreuve, situation dans lesquelles on est exposé à une menace, à un grave danger.

Être en péril de mort, en grand péril. Mettre sa vie en péril. Au péril de ma tranquillité, de ma liberté, de ma vie, en prenant le risque de la perdre. *Une espèce animale, végétale en*

péril. *Chef-d'œuvre en péril*, s'emploie pour parler des témoignages du passé, le plus souvent architecturaux, qui risquent de disparaître ou d'être dénaturés.

- **Étymologie et Historique (83)**

Du latin *periculum*, *-i* « essai, expérience, épreuve » d'où « danger, péril, risque » et spécifique « danger couru en justice, procès »,

Dérivé du verbe *perior* « éprouver, expérimenter », très tôt remplacé par *experior*, se rattachant à une racine *per-* « aller de l'avant, pénétrer dans », comme le gr. π ε ῖ ρ α « expérience, tentative » (cf. Ern.-Meillet et Chantraine).

980 *peril* (*Jonas*, éd. G. de Poerck, vo1, 26, 196) :

1176-81 *sur le peril de s'ame* « au risque de perdre son salut » (Chrétien de Troyes, *Chevalier Lyon*, éd. M. Roques, 4431);

1433 à *peril de* « au risque d'encourir » (*Arch. Nord. B 17644*, dossier Théroouanne : à **peril** de despens)

1535 (*Coutumes de Bihencourt, ibid.*, p. 448a : à **peril** d'amende);

1549 *au peril de* (Est.); 1461 *a mes perilz* « sous ma responsabilité » (Villon, *Testament*, éd. J. Rychner et A. Henry, 1520);

1690 *aux risques, perils et fortunes (de qqn)* (Fur.).

- **Synonymes** : Danger, Aléa, difficulté, risque, épreuve, inconvénient, hasard

- **Antonyme** : Sûreté

Un ensemble servant à définir le péril, somme toute, peu engageant et empreint des notions de dangers et de risques.

3 - Le terme « imminent »

- Selon le Littré se définit de la sorte : « *Dont la menace est prochaine. « Une disgrâce imminente. »*

Sur le plan étymologique, ce terme tire son origine du latin Imminere, de « in, » dans, sur, et « manere, demeurer » : être posé sur, suspendu sur, menacer. » (84)

- Selon l'Académie Française 8ème édition, ce terme « imminent » se définit comme un adjectif, « *qui est près de survenir, en parlant d'un événement, surtout malheureux. Une ruine, une guerre imminente. Péril imminent » (85)*

a) Qui menace

b) Qui est sur le point de se produire

- Selon le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le mot « imminent » se définit comme (86) :

Imminent : Adjectif.

A. Qui menace.

Danger, péril imminent. – ... À mort! Mettons le feu! Tout à coup, l'imminent orage éclata. Des cris de rage et de mort pleuvaient; la tourbe se ruait dans le porche, un moine brandissait une torche sur sa tête (Borel, Champavert, 1833, p. 65).

B. Qui est sur le point de se produire. Yse : *Est-ce qu'il y a quelque chose d'imminent?*
Mesa : *La fin du monde est toujours quelque chose d'imminent (Claudel, Part. midi, 1949, II, p. 1111) :*

Les conciliabules de la cour avaient trop bien décidé le mariage imminent d'Aurore avec Wilfrid ou Laudon, pour que quelque bruit n'en vînt pas aux oreilles du prince. Gobineau, *Pléiades*, 1874, p. 260.

- **Etymologie et Historique** (selon « le trésor de la Langue Française informatisé » TLF)

Adjectif, XIVe siècle. Emprunté du latin *imminens*, participe présent de *imminere*, « s'élever au-dessus ; être imminent ; menacer ». Qui menace de survenir très prochainement. *Une ruine, une crise, une guerre imminente. Un danger imminent.* Par ext. Qui est tout près de se faire, de se produire. *Un mariage imminent. Leur arrivée est imminente.*

1. Fin XIVes. « qui menace, qui va se produire » (*Chronique de Flandre*, I, 617, Kervyn ds Delb. Rec. : Peril imminent);

2. 1831 « très proche » (Michelet, *Hist. romaine*, t. 2, p. 224). Emprunté. au latin. Classique *imminens*, Participe Présent Adjectif de *imminere* « s'élever au-dessus, être suspendu au-dessus; être imminent; menacer ».

- **Synonymes** : Prochain, proche, critique, immédiat, instant, menaçant, près (selon Dicosyn, Centre de Recherche Inter-langues sur la Signification en Contexte CRISCO)

- **Antonymes** : Lointain, éloigné

- **Sur un versant législatif**

Le terme « Péril imminent », verra sa confirmation lors de la mise à jour de la foire aux questions du Ministère de la santé en janvier 2013, donnant l'objectif de la mesure de péril imminent, comme faisant sens face à des situations exceptionnelles impliquant « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* ». (87).

La notion de danger et de survenue rapide prédomine dans le terme de péril imminent. Cependant, cette notion de « *danger* » pour le patient, au sens large du terme, dans les cas prévus par la loi concernant les procédures d'admissions en soins sans consentement, n'est-elle pas celle qui motive le psychiatre à réaliser une procédure de soins sans consentement ?

Pour préciser le propos, les soins psychiatriques en procédure sur demande de tiers (SPDT) ne sont-ils pas concernés, en quelque sorte, par cette notion de danger et d'imminence motivant la procédure ? L'ensemble de ces procédures de soins sans consentement ne résultent-elles pas d'un danger imminent ?

- Sur un versant historique et sociétal

Le péril n'est pas sans représentation particulière dans la société Française. Pour exemple, au XIXème siècle, plusieurs fléaux pouvant « *menacer* » la société étaient catégorisés par le terme de « Périls ». On retrouve notamment une série de 6 « *périls* » illustrés, avec parmi eux : Le « péril blanc », concernant le lait falsifié qui « minait la santé des nourrissons », le « péril noir », concernant les prêtres abusant du peuple « les mauvais prêtres », le « péril » jaune avec la référence à l'émancipation de la Chine, avec la crainte de cette société ; le « péril bleu » avec la crainte de la « paperasserie » menaçant la France et les impôts, le « péril rouge » avec la révolution sociale, et le « péril vert » avec l'Absinthe « corrompant le peuple Français ».



Image 4. Tirée du musée virtuel de l'Absinthe, extrait de la collection de cartes T.Bianco « les périls », « *L'Absinthe corrompt le peuple Français* », (88)

En 1926, il est possible également de retrouver des campagnes de « *propagande* » : « *Le plus grands des périls qui menace la France est sa natalité, L'Allemagne ne nous aurait pas attaqués en 1914, si nous avions été 10 Millions de Français* ».

L'ensemble historique peut, par ces aspects, connoter le terme de péril dans la pensée populaire et renforcer cet aspect de dangerosité, cette « *crainte rampante* ».

- Sur un versant législatif, « autre » que le contexte de l'article L 3212-1, le terme de péril se retrouve également dans d'autres lois françaises, notamment dans :

- L'article L 3212-9 du Code de la Santé Publique. (47)
- La non-assistance a personne en péril du code pénal, article 223-6 « *sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* » (89)

- Dans le code de la construction et de l'habitation sous les article L-551-3 concernant le péril imminent pour les habitations. « *En cas de péril imminent, le maire, après avertissement adressé au propriétaire, demande à la juridiction administrative compétente la nomination d'un expert...* » (90)

C - Les différences entre Péril imminent « 1990 » et Péril imminent « 2011 »

La définition du péril imminent se retrouve dans les recommandations pour la pratique clinique de l' HAS datant de 2005, définition confirmée par la mise à jour de janvier 2013 de la foire aux questions du ministère de la santé.

On retrouve le péril imminent énoncé comme suivant « *d'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* ».(55) « *Un risque grave à l'intégrité du malade lors de l'établissement du certificat médical.* » On retrouve donc une assez large liberté d'interprétation.(87)

La notion de péril imminent utilisé préalablement pour caractériser les situations d'urgences a été interprétée par la Haute autorité de santé comme « *un risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation.* » (55)

La loi de Juillet 2011 apporte une modification importante dans les modes d'entrée en soins sans consentement, elle définit le mode d'hospitalisation en soins psychiatriques en cas de péril imminent. (SPPI)

Rappelons que, dans ce contexte, ce mode d'hospitalisation permet l'entrée en soins sans consentement, devant :

- L'impossibilité d'obtenir le consentement du patient aux soins psychiatriques

- L'impossibilité d'obtenir une demande de soins de la part d'un tiers ,

- L'existence « à la date d'admission », d'un « péril imminent » pour la santé de la personne.

- Le terme de péril imminent apparaît dans la loi du 27 juin 1990,(ancien Article L.3212-3 du Code de Santé publique) mais désigne une catégorie d'admission en soins psychiatriques sans consentement, hospitalisation à la demande d'un tiers en cas de péril imminent.

« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. » (91)

L'utilisation du péril imminent est, ici, entendu comme une procédure d'hospitalisation en cas d'urgence, permettant en quelque sorte d'alléger la procédure d'hospitalisation. En effet, cette procédure ne nécessitant pas deux certificats médicaux rédigés par 2 médecins différents, mais un seul certificat médical accompagné d'une demande de tiers.

Ce terme d'hospitalisation en péril imminent se muera d'ailleurs, dans la loi de 2011, en hospitalisation nommée soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence. (SPDTu)

- Le maintien du terme de péril imminent dans la loi de 2011 est source de confusion dans l'esprit médical, pourquoi ne pas avoir nommé cette modalité d'hospitalisation sans consentement comme *hospitalisation en l'absence de tiers ou hospitalisation à la demande du directeur de l'établissement ?*

En effet une même dénomination dans la loi, un même terme, permet de désigner deux modes différents d'hospitalisations, sans consentement :

- Un entendu selon la loi de 1990 comme une procédure d'urgence avec un seul certificat médical circonstancié et la présence indissociable d'une demande de soins émanant d'un tiers, renommé dans les suites à partir de 2011, Soins Psychiatriques sur Demande de Tiers d' Urgence (SPDTu).
- En 2011, ce terme de péril imminent sert à nommer un nouveau mode d'entrée en soin sans consentement, exigeant un certificat médical circonstancié mais en l'impossibilité d'obtenir une demande de soins émanant d'un tiers. (Du moins l'absence de signature concrète d'un tiers.

La loi de 2011, permet dès lors d'hospitaliser sans tiers, en simplifiant, sans un membre de la famille du patient ou d'une personne ayant eu des relations antérieures avec le patient, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. Le tiers, si impliqué, doit être informé de l'évolution de la mesure. Cette loi a modifié en profondeur la place du tiers soit ce dernier peut être d'emblée absent, soit il est écarté dans un second temps.

Cette création d'un nouveau mode d'entrée en soins répond en partie à une demande forte des associations de familles face à la difficulté d'accès aux soins. Mais de même elle répond à une autre difficulté, celle de ne pas trouver de tiers soutenant l'hospitalisation. Rappelons le jugement du conseil d'Etat du 3 décembre 2003, soulignant le fait que le tiers devait avoir eu des relations antérieures avec le patient, excluant par ailleurs les directeurs d'hôpitaux. Cette loi apporte également une réponse à une procédure antérieure délicate de la conversion d'une HDT en HO devant l'absence de tiers, procédure cependant nécessaire, car seul moyen antérieur d'accéder aux soins dans certains cas.

Ce mode d'entrée en soins permet un accès plus rapide dans la prise en charge, appliqué à des conditions particulières, telles que, les personnes isolées et désocialisées, les personnes sans domicile fixe, les personnes en voyage pathologique, ou des patients dont l'identité était inconnue, voire les patients pour lesquels on n'arrive pas à identifier un proche, un membre de la famille, ou même établir un contact avec eux. Ce mode d'hospitalisation a aussi permis l'accès aux soins pour les cas particuliers, par exemple, des patients mutiques oppositionnels, le cas de tiers n'étant pas en capacité d'agir dans l'intérêt de...

II - Aspects quantitatifs et Qualitatifs

Il est à noter que peu de données ou de publications à grande échelle sont présentes sur le sujet depuis la mise en place de cette modalité de SPPI par la loi en 2011. Les rapports de l'IRDES (92)(93) , sont placés ici, en « *référence* » car ils utilisent les données *Rim-P*, collectées au niveau national et sont établis sur ce même rapport national. Les autres études et publications, cités dans ce travail, sont pour la plupart des études épidémiologiques, observationnelles, rétrospectives et monocentriques, et sur des échantillons restreints de population, ou sur des périodes d'études relativement limitées, pouvant introduire des biais inhérents à ce type d'études. Néanmoins, ces dernières peuvent présenter des résultats comparables à ceux des résultats nationaux et donc laisser entrevoir certaines tendances tant dans le quantitatif que le qualitatif de la mesure de SPPI. Elles permettent d'apporter questionnements et pistes de réflexions, mais le sujet nécessite approfondissement.

A - Aspects Quantitatifs

- L'hospitalisation libre : la règle; la contrainte : l'exception; le péril imminent : l'exception de l'exception

Le XXème siècle a vu émerger la demande de soins formulée par le patient, avant même que l'on puisse envisager la demande de soins sans consentement en absence de demande de l'entourage.

Dans la genèse de la loi 1838, un questionnement apparaît concernant le consentement des patients : « *Que ferons-nous des malades qui ne troubleraient pas l'ordre public, ne seraient pas accompagnés et demanderaient une admission ?* »

Citons J-F. Falret « *Il est un cas, à la vérité rare et exceptionnel, qui n'est pas prévu par le projet de loi, c'est celui où le malade lui-même se présente pour être admis dans un établissement. Qu'elle sera alors la règle de conduite des chefs d'établissement ? Peut-on refuser un asile à ces infortunés, et, pour satisfaire aux formalités de la loi assumer la responsabilité des événements les plus graves ?* » (94)

En résumé, on retrouvait, dès la phase de discussion de préparation de la loi de 1838, les prémices de la configuration de l'hospitalisation libre : « *le malade se présente en son âme et conscience, à l'asile, pour y être admis* ».

Ce que viendra clarifier, un siècle plus tard, la circulaire « *Rucart* » de 1937 (32) et l'incitation pour chaque département à développer des services ouverts ; les circulaires de 1949 et 1951 iront dans le même sens.

Dans la seconde moitié du XXème siècle, on observe un développement des notions de consentement aux soins et d'information de l'utilisateur. (95)

Pour le domaine de notre spécialité, la loi du 27 juin 1990 marque l'affirmation de la

nécessité du consentement du patient et de l'hospitalisation libre et consentie comme la règle. (36)

En effet l'article L 326.1 stipule « *Nul ne peut être sans consentement ou, le cas est échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi* ». L'article L. 326.3 énonce une définition de cette hospitalisation libre « *Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* ».

La loi du 5 Juillet 2011 réaffirme cette notion de l'hospitalisation libre comme règle, article 2 : « *Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet* ».

Les « cas prévus » par la loi deviennent donc l'exception... (36)

Pour exemple, en France, la majorité des soins psychiatriques sont réalisés de manière libre, en présence de consentement. La part du soin psychique dit libre représente environ 95% de la file active, la part du soins sans consentement représente une variabilité de 5% environ de la file active d'après le rapport IRDES de 2015 (92) ; 5,4% de la file active en psychiatrie d'après le rapport IRDES de 2017.(93)

La loi prévoit que le soin sans consentement avec demande de tiers se doit d'être l'exception du soin en psychiatrie. Cependant au sein de cette exception est prévue une autre exception, celle du soin sans consentement en l'absence de demande de soins formulée par un tiers, le péril imminent de la loi du 5 juillet 2011. Mais quelle part « *l'exception de l'exception* » représente t'elle réellement ? Où se situent les limites de l'acceptable ?

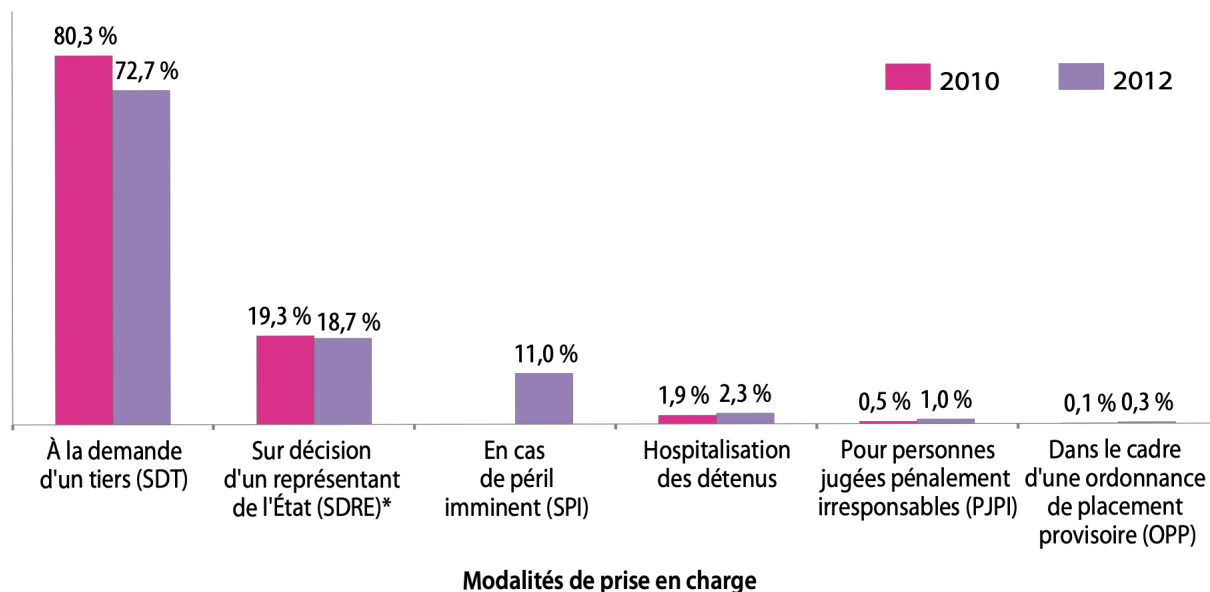
Il est donc nécessaire d'aborder une revue de la littérature relative aux données statistiques établies dans le cas de la procédure de soins psychiatriques en péril imminent (SPPI).

a - Au niveau national

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a réalisé une étude entre 2010 et 2012, publiée en 2015, mettant en évidence les résultats suivants :

- En 2012, plus de 77 000 patients avaient été pris en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie, contre 74 000 en 2010. Cela constituait une augmentation globale des soins sans consentement à environ 4,5 % en 2012, par rapport à l'année 2010. Cependant cette hausse était à corréliser avec l'augmentation globale de la file active en psychiatrie en établissement de santé et représentait 5% de la file active globale en 2012 pour les soins non consentis
- Constatait 73% des patients pris en charge sur la procédure de SPDT classique en 2012, au lieu de 80% de patients pris en charge selon cette procédure de SPDT en 2010. Cela revient à une baisse du nombre de soins psychiatriques sur demande de tiers d'environ 7%.
- En parallèle, les soins en SPDRE représentaient 19,3% en 2010 et 18,7% en 2012 soit une baisse d'environ 0,6 % de la mesure de SPDRE
- En parallèle, l'apparition de 11 % d'hospitalisations en soins psychiatriques en cas de péril imminent SPPI.(92)

Part des patients hospitalisés par modalité de prise en charge sans consentement en psychiatrie en 2010 et 2012 :



* Anciennement Hospitalisation d'office (HO).

Source : Rim-P.

Réalisation : Irdes.

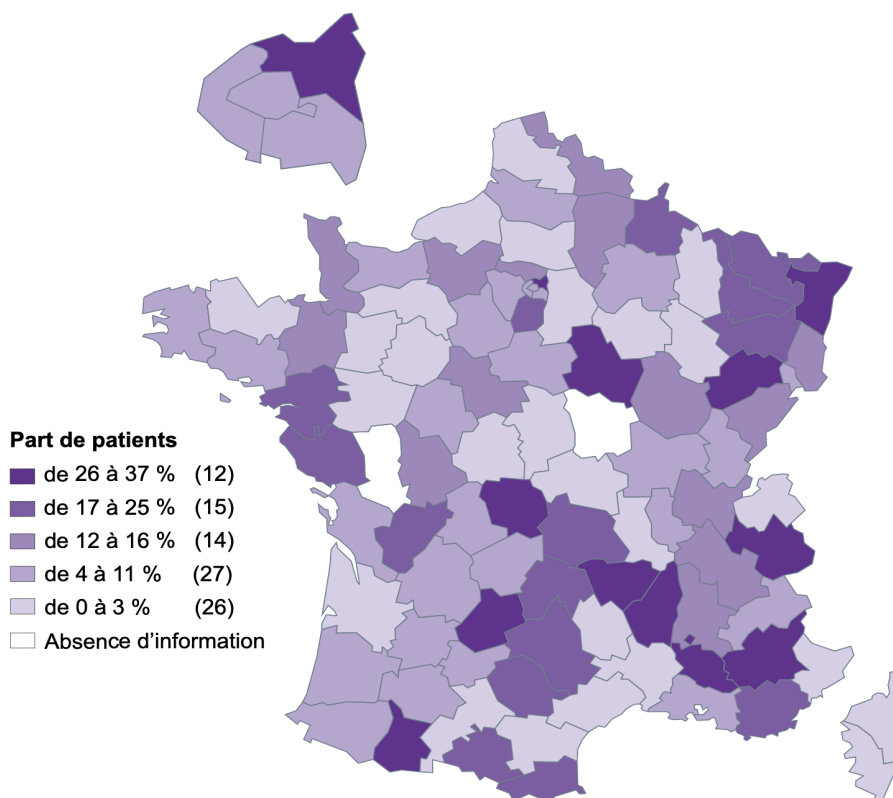
 [Télécharger les données](#)

graphique 1 tiré de irdes questions d'économie de la sante 205 de l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie graphique 1 (96)

- Un recours inégal aux SPPI selon les territoires

Certains départements comptent en 2012 plus de 30% de patients admis en SPPI alors que sept départements n'en comptent aucuns. 182 établissements sur 270 autorisés à accueillir des patients sans consentement ont admis au moins un patient en procédure de SPPI dans l'année.

Part des patients pris en charge sans consentement admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) par département en 2012 :



Source : Rim-P.
Réalisation : Irdes.

 [Télécharger les données](#)

Cartographie tirée de irdes question d'économie de la santé n°205 de l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie. graphique C1 (97)

- L'IRDES publie un nouveau rapport en février 2017, sur une étude réalisée entre 2012 et 2015 mettant les résultats suivant en lumière :

En 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie avaient accueilli plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus, soit 5,4% de la file active totale suivie en psychiatrie. Cela représentant une hausse de 15% de la population prise en charge par rapport antérieur de 2012.

L'augmentation concernait l'ensemble des modes légaux de soins, mais était beaucoup plus marquée pour les soins en SPPI.

- Les modes légaux d'admission avaient été différemment impactés depuis l'introduction de la loi de 2011. Les soins à la demande d'un tiers restaient majoritaires avec 64 % des personnes concernées en 2015, suivi désormais par la modalité de soins psychiatriques en cas de péril imminent avec 21 % de représentation, puis les soins à la demande du représentant de l'Etat à hauteur de 18%.

- Les autres mesures d'entrée en soins sans consentement (hospitalisation en D.398 personnes jugées pénalement irresponsables et ordonnance de placement provisoire pour les mineurs) restaient minoritaires et représentaient moins de 4 % des personnes prises en charge sans leur consentement.

- Le nombre de personnes relevant de soins psychiatriques à la demande d'un tiers dans le cadre de la procédure d'urgence, 59 000 personnes en 2015 enregistrait une augmentation de 1 % des procédures de SPDTu entre 2012 et 2015, soit un ralentissement important depuis la loi de 2011.

- En revanche sur la même période, le nombre de personnes en soins à la demande du représentant de l'État avait augmenté de 8 % pour atteindre un peu plus de 16 000 personnes en 2015.

- La plus forte augmentation relevée concernait les nouvelles mesures d'admissions de la loi de 2011 pour des soins en cas de péril imminent. Le nombre de personnes admises en soins en cas de péril imminent avait plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012. 19 500 personnes avaient été admises en soins pour péril imminent en 2015 contre 8500 en 2012 soit environ plus 128 % d'augmentation. Les soins en cas de péril imminent représentaient 21 % des soins sans consentement. (93)

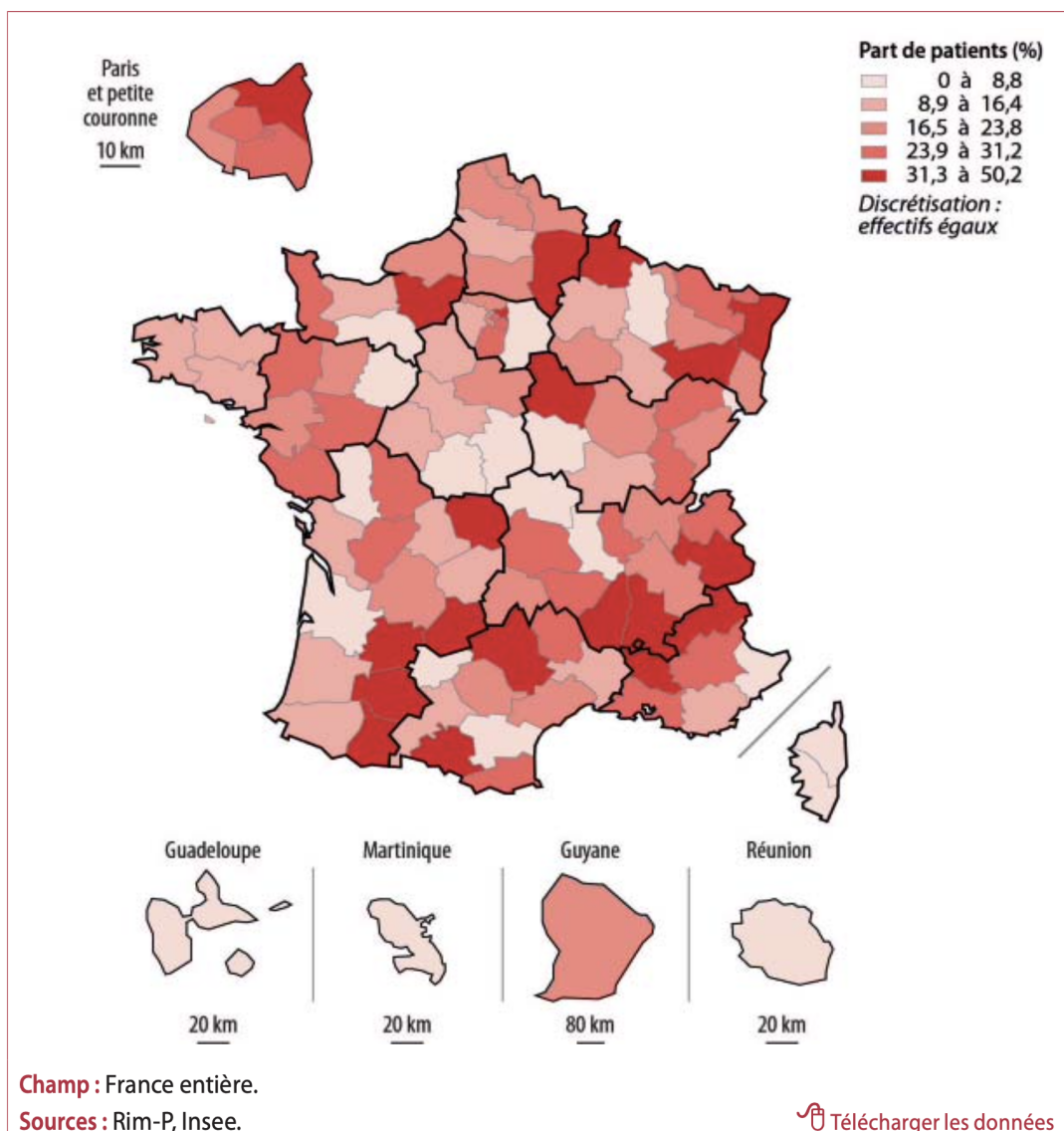
- Une persistance de l'hétérogénéité territoriale :

Un autre point devant être relevé, concernant le SPPI, était son hétérogénéité d'utilisation sur le territoire national. La proportion de SPPI dans les soins sans consentement était variable selon les départements, questionnant au passage les pratiques et modes d'organisation des soins en urgence des établissements de santé et des autres acteurs du territoire.

Au niveau national deux patients en soins sans consentement sur dix, l'avait été au moins une fois en SPI en 2015, c'était le cas pour moins d'un patient sur dix dans 22 départements mais de plus de 4 patients sur 10 dans d'autres départements comme par exemple de l'Ariège, l'Ardèche, la Creuse, le Lot, l'Eure, la Savoie ou Bas-Rhin. Des disparités apparaissaient à l'intérieur même des départements, les pratiques pouvaient varier d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre.

En 2015, dans l'ensemble des 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'avaient déclaré aucun patient admis en SPPI. A contrario, 40 autres avaient déclaré avoir accueilli plus de 35% des patients en soins sans consentement sous cette mesure. Statistiquement parlant, ces établissements avaient reçu à eux seuls 36% des patients en SPI alors qu'ils prenaient en charge 19% des patients admis en soins sans consentement et 16% de la file active suivie globalement en psychiatrie en France. (93)

Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge :



Cartographie tirée de *irdres question d'économie de la santé n°222. Les soins sans consentement en psychiatrie (98)*

- Antérieurement à la loi de 2013, un rapport nommé « *Rapport Robiliard* » donne les premières estimations concernant les modalités de soins psychiatriques en péril imminent. Les admissions en cas de péril imminent représenterait 20 % des admissions en soins sans consentement. (99)

b - Au niveau régional

Autres données issues d'études monocentriques

- En 2011, la première étude réalisée durant les trois mois suivant l'application de la loi du 5 juillet 2011, publiée par la CDSP du Nord faisait état d'environ une admission par jour en moyenne, dans la région Nord Pas de Calais. Ce résultat est à interpréter avec recul, on ne retrouvait pas de comparatif avec d'autres modalités d'admissions en soins psychiatriques, donc pas de proportionnalité réalisable avec d'autres modalités de soins. Il s'agissait d'une étude de courte durée, 3 mois, ainsi que d'un échantillon relativement faible de 92 patients.(100)

- Les auteurs Mondoloni et Al, dans leur étude réalisée à Sainte-Anne, à Paris entre 2010 et 2012, retrouvaient une augmentation globale du soins sans consentement. Ils soulignaient aussi l'apparition de 16,7 % de soins psychiatriques en cas de péril imminent. A cette apparition, ils observaient une baisse de 2,3 % des soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat et de 14,4% des soins psychiatriques sur demande de tiers. Ils relevaient également une augmentation profitant à la procédure de soin psychiatrique sur demande du tiers d'urgence par rapport aux soins psychiatriques sur demande de tiers classique avec une variation de 38 % initialement à 51 % des admissions. (101)

- Les auteurs C-Gobillot–porte et Al, dans leur étude réalisée au sein du Centre hospitalier le Vinatier à Lyon, obtenaient des résultats du même ordre et concluaient à une diminution du taux de SPDRE et de SDT entre 2011 et 2013 corrélée à une apparition de 21 % de soins psychiatriques en péril imminent. (102)

- Dans une étude réalisée par M. Klifa, entre 2009 et 2012 dans le Rhône, on pouvait constater également une tendance à la diminution des taux de soins psychiatriques sur

demande de tiers et de soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État, ainsi qu'une augmentation des soins en péril imminent à 19,9 %. On observait également via cette étude une majoration de 18,7 % du taux global de soins sans consentement. Une autre donnée intéressante rapportée par cette étude était la proportion de patients admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent considérés comme « isolés » représentant une proportion de 56,3 % de mesures de SPPI. (103)

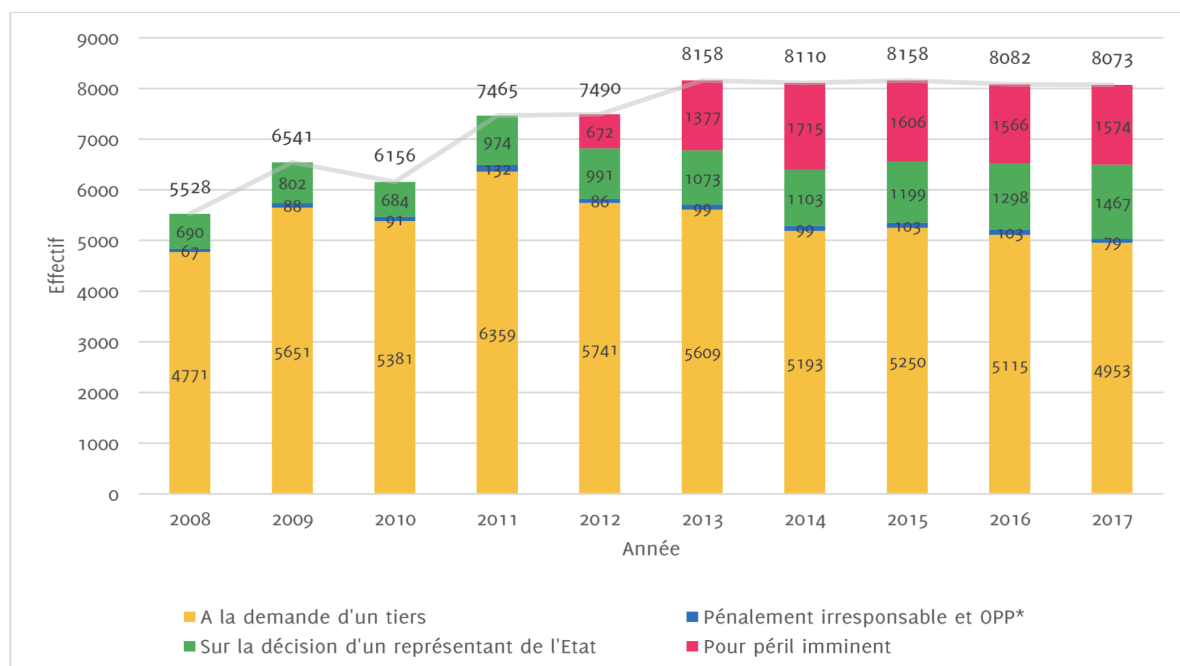
- Dans un prisme plus « *local* », la Fédération de recherche en santé mentale (F2rsm), dans son rapport « La psychiatrie dans les hauts-de-France, Evolution depuis 2000 », (104), énonçait les résultats suivants :

- En 2017, 81 073 patients relevaient de soins sans consentement dans les hauts-de-France, ce chiffre avait augmenté de 46 % depuis 2008. La hausse maximale intervenait entre 2008 et 2013 puis une stabilisation était observée à environ 8100 personnes par ans. Les patients relevant de soins sans consentement représentaient 5 % de la totalité des patients relevant de soins dans la région en 2017.

- Les soins à la demande d'un tiers représentaient la plus grande part des soins sans consentement, 60,4 % en 2017 dans les Hauts-de-France. Cependant 19,5 % étaient des soins pour péril imminent et 18,2 % des soins sur décision de représentants de l'État. Ces proportions étaient identiques à celles que décrivait l'IRDES pour la France dans le rapport de 2017 (93).

- Le nombre de patients relevant de soins psychiatriques pour péril imminent ne cessait de croître depuis la création de ce mode d'hospitalisation en 2011. La hausse marquée des soins psychiatriques en péril imminent en défaveur des soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État était également décrite au niveau national. (104)

Evolution du nombre de patients relevant de soins sans consentement en service de psychiatrie. Hauts- de-France. 2008-2017, graphique extrait de la F2RSM Psy:



Source : SAE. Traitement : F2RSM Psy.

NB : les soins pour péril imminent (SPPI) sont introduits avec la loi du 5 juillet 2011. * OPP : Ordonnance de placement provisoire [5]

Graphique extrait de rapport de la F2RSM Psy « la psychiatrie dans les Hauts de France, Evolutions depuis 2000 », page 21, figure 9 (105)

Cette mesure de SPPI a connu, au regard de ces chiffres, une montée en charge importante. Peut on encore parler de procédure d'exception, de procédure dérogatoire ?

Les résultats de ces différentes études et publications, soulignent que la mesure de SPPI se situe bien au-delà du cadre exceptionnel et dérogatoire prévue initialement par la loi.

Outre la question de la proportion quantitative des mesures de SPPI depuis l'instauration de cette modalité, se pose aussi la question de l'hétérogénéité de son application.

B - Aspects qualitatifs

En France, en 2015, plus de 92 000 personnes avaient été prises en charge au moins une fois sans leur consentement, soit 15% de plus qu'en 2012 selon Coldefy.(93)

Toujours selon ce même rapport, si l'on s'intéressait aux mesures de soins sans consentement, notamment la procédure de SPPI, on observait que près de deux tiers des procédures de SPPI (63%) sont établies après un passage par les urgences. (93)

Les populations concernées par les soins psychiatriques sans consentement, toutes modalités confondues, différaient des populations concernées par les soins psychiatriques libres selon des critères cliniques, les rapports IRDES soulignaient une surreprésentation des troubles psychotiques (Schizophrénie et apparentés) et troubles bipolaires chez les patients en mesure de soins sans consentement. (92)(106)

Mais les questions, légitimes, sont celles-ci : du fait de la modalité d'entrée en soins particulière introduite par le péril imminent, les populations hospitalisées sous ce type de mesure de SPPI, diffèrent elles des autres populations de ce groupe de patients en mesure de soins sans consentement ?

De même, le SPPI, a-t-il un impact sur la durée des soins (durée moyenne de séjour, durée moyenne de mesure), sur le contrôle introduit par le JLD ? (une levée plus précoce par les praticiens ou au contraire plus de réticence à la levée d'une mesure par les juges ?).

L'étude des types de population relevant de cette mesure dans la pratique permet une approche de l'aspect qualitatif de cette mesure, de ses implications dans les soins et la pratique courante.

1 - Les populations relevant des mesures de SPPI dans la pratique

Puisque l'on raisonne sur les situations d'évaluation dans les services d'accueil des urgences d'où sont issus principalement les SPPI, à quelle population ces mesures s'adressent-elles dans la pratique ? Nous avons donc vu qu'on pouvait scinder en 2 groupes les procédures SPDT, SPDTu avec un tiers, et le SPPI dans les admissions en soins sans consentement sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), mais de fait les populations ciblées par ces mesures different-elles ? Existe-t-il des différences psychopathologiques, cliniques entre les populations relevant de ces procédures de soins sans consentement ? S'adresse t-on bien, d'un point de vue qualitatif aux populations ciblées initialement dans l'esprit de la loi concernant les SPPI ?

a - Au niveau national

Dans les premiers temps de mise en place de la mesure, 2010-2012 :

Le rapport de L'IRDES publié en 2015, étude de 2010 à 2012, rapportait que la population relevant dans la pratique de la mesure de SPPI était :

- Des patients provenant fréquemment d'un service d'urgence
- Plus souvent des hommes avec une proportion estimée à 55%
- Avec une moyenne d'âge de 44 ans
- Des patients souffrant pour 39% d'entre eux de schizophrénie ou de troubles psychotiques associés (par rapport à 44% des patients admis en SPDT)
- Avec une prise en charge souvent plus courte et moins intense.
- D'après ce rapport, un an après l'instauration de la modalité de SPPI, les

caractéristiques cliniques et démographiques des patients hospitalisés en procédure de SPPI étaient plus ou moins similaires à celles des patients hospitalisés en procédure de SPDT.

Toujours d'après ce même rapport, une admission en mesure de SPPI sur deux constituait une première prise en soins pour les patients. (92)

Avec le recul et l'affinement de quelques années, 2012-2015 :

Le rapport de l'IRDES publié en 2017 par l'IRDES retrouvait les résultats suivant :

- Les patients admis en SPPI en 2015 avaient des caractéristiques cliniques et démographiques relativement similaires aux patients admis en SPDT

- Les troubles psychotiques (y compris schizophréniques) étaient majoritaires, mais les personnes admises en SPPI se démarquaient par une fréquence plus importante de troubles de la personnalité ou de troubles liés à l'addiction et des troubles névrotiques.

- 63% des patients admis en SPPI étaient passés par un service d'urgences, 6% avaient été transférés ou mutés depuis un autre service et seulement 31% étaient venus directement de leur domicile. En comparaison, pour les personnes admises en SPDT, 53% avaient transité par un service d'urgences, 7% par un transfert ou mutation de service, et 41% des patients provenaient du domicile. (93)

b - Au niveau régional

Données issues d'études monocentriques

- Les auteurs Mesu et Al., dans leur étude réalisée entre 2013 et 2014, soulignaient les résultats suivant concernant les populations en mesure de SPPI : ils retrouvaient possiblement un rapport entre la mesure de SPPI avec un tableau clinique comportant des

troubles du jugement circonscrits dans le temps. Leur analyse révélait, parmi les troubles psychopathologiques présentés, une surreprésentation des troubles addictifs et névrotiques. Plus de la moitié des admissions en SPPI, de leur étude, étaient liées à une tentative de suicide, ainsi qu'une sous représentation des troubles psychotiques. (107)

- Une étude vient apporter des informations complémentaires, l'étude menée par Dauriac&Al.(108) en 2016. L'étude était basée sur l'observation de 150 patients admis en soins sans consentement au CPOA de sainte Anne en 2016. La répartition des mesures de soins sans consentement était la suivante 101 patients en SPDT/u, 49 patients en SPPI.

Les résultats de l'étude énonçaient :

- *Sur le plan socio-démographique :*

Comparativement aux patients en SPDT/u, les patients en SPPI étaient significativement plus souvent sans domicile fixe (40,9% par rapport à 7,9%) et vivaient moins souvent dans un domicile personnel ou chez des proches. Un tiers des patients en SPDT/u occupaient un emploi en comparaison à seulement 16% des patients en SPPI, 61% des patients en SPPI étaient inactifs. L'étude n'observait pas de différence sur le plan de l'âge, du sexe, du niveau d'étude, du statut marital, ou de la profession exercée par les patients.

- *Sur le plan du parcours de soins :*

L'étude observait le fait que les patients en SPPI étaient plus fréquemment adressés par un service d'accueil des urgences (55,1% face à 16,8% des SDT/u) ou venaient d'eux-mêmes (16,3% par rapport à 5% des SDT/u). La donnée inverse était observée pour les patients en SDT/u, avec des patients adressés à 35,6% par leur famille et leurs proches comparativement à 4,1% pour le groupe SPPI, ou 20,8% par un médecin de ville

comparativement au 6,1% du groupe SPPI. Les patients en SPPI se présentaient plus souvent seuls aux urgences, plus souvent accompagnés de personnel institutionnel type forces de police, pompiers et moins souvent accompagnés de leur famille ou d'amis.

- Sur le plan des antécédents de prise en charge :

Les patients en SPPI étaient dans l'étude, plus nombreux à avoir été hospitalisés en psychiatrie par rapport aux patients en SPDT/u (76,3% contre 58,8%). 19,4% des patients en SPPI avaient déjà fait l'objet d'une mesure de SPPI par le passé.

- Sur le plan des caractéristiques cliniques des patients :

L'étude mettait en évidence le fait que les bizarreries comportementales étaient plus significativement reliées à l'indication d'hospitalisation sous mesure de SPPI. La part de représentativité de cette donnée clinique était 2 fois supérieure dans le groupe SPPI (42,9% pour les SPPI contre 15,8% pour les SDT/u). Un autre critère surreprésenté était l'incurie, significativement plus fréquente chez les patients en SPPI 36,7%, par rapport à 5,9% des SPDT/u

- Sur le plan catégoriel :

Le diagnostic des patients en SPPI et SPDT/u différait : le groupe SPPI comprenait davantage de patients souffrant de troubles psychotiques chroniques dissociatifs (44,9% contre 19,8%) ou psychotiques persistants (16,3% contre 6,9%)

Mais moins de patients avec des troubles psychotiques transitoires (6,1% contre 14,9%), avec des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (4,1% contre 10,9%) ou avec des troubles de l'humeur (24,5% contre 40,6%). Les scores à l'échelle globale de fonctionnement (EGF) étaient plus faibles chez les patients en SPPI que chez les patients du groupe en mesure de SPDT/u.

L'étude retrouvait que pour 40% des patients en SPPI, un tiers avait été identifié mais que

70% des tiers avaient refusé ou n'étaient pas en mesure de se positionner par écrit, sans opposition formelle aux soins.

- Globalement : les patients en mesure de SPPI par rapport aux patients en SPDT/u étaient plus fragiles sur le versant sociodémographique, avaient plus souvent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie en particulier sous mesure de SPPI. Ces patients en SPPI étaient plus souvent orientés par les services d'urgences et accompagnés par du personnel institutionnel. Sur le versant clinique, les patients en SPPI étaient plus fréquemment incuriques et consultaient pour des bizarreries comportementales. Cependant l'agitation n'était pas différente dans les 2 groupes. Les hypothèses diagnostiques différaient dans les groupes, plus de psychoses dissociatives et de troubles délirants persistants au contraire des troubles de l'humeur par rapport aux patients en SPDT/u. (108)

2 - Durée moyenne de séjour (DMS), durée moyenne de mesure (DMM), passage au JLD pour les patients en SPPI

a - Au niveau national

- Coldefy et Tartour, (92) dans leur rapport réalisé, révélait la donnée que les patients hospitalisés en SPPI par rapport aux patients en SPDT se différenciaient par des prises en charge plus courtes : 26 jours d'hospitalisation temps plein en moyenne sur l'année pour les patients en SPPI, par rapport à 40 jours pour les patients en SPDT et 46 jours en moyenne tous modes légaux confondus.

- Les patients hospitalisés sous le mode de SPPI avaient également des prises en charge moins intenses : 8 actes en moyennes pour les SPPI comparativement à 12 actes en moyennes pour les SPDT

- Pour autant 46% des patients en SPPI demeuraient hospitalisés pour une durée supérieure ou égale à 15 jours.

- Très peu de patients en SPPI clôturaient une prise en charge sous la mesure de SPPI pour entrer dans une autre modalité de soins sans consentement : 13% des mesures de SPPI dont la quasi totalité transformée en SPDT. La majorité des patients en mesure de SPPI poursuivait un parcours de soins libre et consenti. (92)

- Coldefy et Fernandes, dans leur étude montraient que les procédures de SPPI étaient caractérisées par des durées de séjours plus courtes entre 2012 et 2015 :

- 27% des SPPI avaient une durée de séjours inférieure ou égale à 72 heures contre 23% des procédures de SPDT, 56% de moins de 12 jours pour les SPPI contre 51% des SPDT. Les auteurs expliquaient cette différence par la plus grande transformation des procédures de SPPI en hospitalisation libre : 10% après 72 heures contre 6% pour les SPDT (93)

b - Au niveau régional

Données issues d'études monocentriques

- En 2012, l'étude observationnelle, sur une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement réalisée par Mesu et Al., énonçait le fait que la mesure de SPPI aboutissait à des durées moyennes de mesure et des durées moyennes de séjour (DMS) plus courtes que pour la mesure de SPDT sur les 60 premiers jours de prise en charge.

De même, les auteurs, rapportaient que sur une durée d'évaluation de 60 jours, les durées moyennes de mesures (DMM) des SPPI étaient moins importantes comparativement aux

SPDT avec une médiane des durées à six jours, une durée moyenne de mesure à 14,7 jours et seulement 25,6% des mesures durent 15 jours ou plus. (109)

- Une nouvelle étude réalisée par les mêmes auteurs Mesu et Al., venait confirmer les propos de leur étude précédente. Cette fois-ci réalisée entre 2013 et 2014, sur le suivi de 510 patients admis en soins sans consentement sur une durée de deux mois. Les auteurs retrouvaient la donnée que 60 jours après l'admission des patients en soins sans consentement, la durée moyenne de soins était significativement plus courte pour 115 cas de patients sous mesure de SPPI (26,1 jours) face à 342 en SPDT(u) (31,8 jours). L'étude retrouvait par ailleurs le fait que les hospitalisations initiées en SPDRE, 53 cas dans leur étude, avaient des caractéristiques différentes de celles sur décision du directeur d'établissement (457 cas). (107)

En analysant comparativement les données de groupes SDDE *versus* SDRE, l'étude soulignait que les DMS et DMM étaient significativement plus longues dans les cas d'une admission prononcée en SDRE, avec une surreprésentation statistiques d'hommes dans le sous groupe SDRE.

En comparant les données entre les groupes SPDT et SPPI, l'étude montrait qu'à J 61, la DMM était significativement plus courte dans le groupe SPPI face au groupe SPDT : 26,1 jours face à 31,8 jours.

Lors d'une levée de mesure au cours des 60 premiers jours d'admission, la DMM et la DMS étaient significativement plus courtes dans le groupe des SPPI par rapport au groupe SPDT. Cependant pour une mesure non levée à 60 jours, les DMS et DMM ne présentaient pas de différences statistiques pour les 2 sous groupes.

Dans cette étude, concernant les main levées, les SPPI bénéficiaient d'une levée de mesure plus précoce que les SPDT.

En effet plus d'une mesure sur cinq de SPPI (21,5%) était levée au terme de la période d'évaluation de 72 heures par rapport à 13,2% des procédures de mesures de SPDT. La poursuite des soins se réalisait dans un rapport similaire 64% des SPPI poursuivaient en soins libre par rapport à 80% des SPDT. (107)

- Dans l'étude, réalisée par Gobillot et Al.(102), citée précédemment, les auteurs s'intéressaient au devenir des mesures de SPPI et décrivaient qu'un peu plus de la moitié des mesures de SPPI de leur étude étaient maintenues par le JLD (52%), contre 3% levées par un JLD. Le restes des mesure soit 45% des SPPI étaient levées par le médecin avant le passage au JLD. La durée moyenne de séjour (DMS) des patients en SPPI était de 29 jours. La moitié des patients hospitalisés en SPPI étaient hospitalisés 15 jours ou moins. Si la mesure de SPPI n'était pas maintenue, (47% des SPPI), 38% des patients en mesures de SPPI étaient resté hospitalisés en HL ou sans consentement, 29% sortaient sans suites, 18% avaient poursuivit des soins ambulatoires.

Concernant le devenir des mesures de SPPI, les auteurs rapportaient que seule la moitié des patients admis en SPPI étaient hospitalisés plus de 15 jours et passaient donc devant le JLD. Les auteurs observaient un faible nombre de mainlevées de SPPI pour un problème de forme, alors même que des certificats précisaient qu'un tiers était pourtant disponible pour mettre en place une mesure de SPDT. Il n'existait pas au moment de l'étude de jurisprudence claire concernant les SPPI non justifiés et l'attitude des JLD n'était pas systématique. Nombre d'entre eux s'appuyaient sur l'évaluation médicale et préféraient garder une attitude sécuritaire ne retenant pas le problème de forme et autorisant donc le maintien des soins. (102)

En observant des durées de séjour plus courtes pour les SPPI, ainsi que des conversions plus fréquentes en soins libres par rapport aux SPDT (notamment). Ces études

observationnelles, indiqueraient le fait que la mesure de SPPI, dans la pratique, soit en relation avec des DMM et de DMS plus courtes au sein de la « famille » des modalités de soins sans consentement sur demande du directeur de l'établissement.

De même, la mesure aurait un impact sur la conduite des hospitalisations avec notamment les procédures de contrôle par le JLD. Dans ces études, les mesures de SPPI étaient levées en forte proportion après une période initiale d'observation de 72heures. Cette donnée pourrait entraîner une diminution du contrôle des mesures par le JLD, moins fréquentes (en raison d'un délai plus tardif). Cependant, ce contrôle par le JLD reste une garantie pour le citoyen lorsqu'il est sous l'objet d'une telle mesure de SPPI.

Des levées plus précoces de mesures, moins de contrôles par le JLD, des durées d'hospitalisations et de mesures plus courtes, du moins dans les 60 jours d'une prise en charge, semblent être l'apanage de la mesure de SPPI.

3- La place réservée à l'application de la procédure de SPPI, dans les « séjours brefs »

Les motifs régissant la modalité de SPPI et les faits énoncés précédemment sont certainement d'origines pluri-factorielles mais l'accès aux soins facilité par les modalités de mise en place du SPPI induirait-il des dérives malgré lui? Le soin en SPPI serait-il privilégié dans l'esprit du praticien pour des catégories « types » de séjour ?

L'étude de l'évolution de 250 mesures de SPPI en fonction des certificats médicaux initiaux en 2015 et leur devenir éclaire sur 2 grandes modalités d'utilisation de la mesure de SPPI. Etude réalisée par Michel et Al. (110).

Les auteurs exposaient de manière observationnelle, sur la base de certificats médicaux, qu'il existerait deux situations types pour la mise en place de procédure de SPPI corrélées à des durées de séjour différentes en hospitalisation complète :

- Les pathologies psychiatriques décompensées associées à des séjours longs
- Des situations de crise associées à des séjours courts.

Cette étude, a le mérite, en observant les données cliniques introduites dans les certificats de soulever des tendances dans la rédaction de ces derniers. En effet les critères de délire ou d'hallucinations étaient fortement corrélés avec un séjour longs, tandis que la mention d'antécédents cliniques du malade sur le certificat initial était fortement corrélée avec un séjour court. (110)

Les données collectées dans cette étude suggéraient que les critères cliniques d'indication à une procédure de SPPI permettaient de distinguer des caractéristiques différentes de certificats selon qu'ils soient associés à une hospitalisation courte ou longue.

On observait dans cette étude la présence du refus de soins somatiques dans certains certificats. Cependant rappelons que le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a cependant indiqué qu'un refus de soins somatique ne constitue pas un motif d'hospitalisation sans consentement .(111)

La présence d'un risque suicidaire était plus souvent relevée dans les certificats et fréquemment associée à un séjours long, mais également sur-représentée dans les séjours court. Le risque suicidaire étant un symptôme peu spécifique dans les tableaux de pathologies psychiatriques, mais on peut aisément imaginer que la présence de cette mention de risque suicidaire, représente le danger pour le patient à court terme et permet de justifier la mesure de soins mise en place.

La mention d'un délire ou d'hallucinations était fortement corrélée à un séjours long. De même les certificats mentionnant le contexte de survenue des troubles étaient associés plus fréquemment avec un séjour long. La supposition, ici, serait que le certificateur aurait

plus tendance à contextualiser les certificats des pathologies aux tableaux plus sévères.

Cependant, il était aussi relevé une corrélation entre la mention des antécédents psychiatriques du patient et une durée de séjour courte. Une des hypothèse sous tendant ce fait, serait que les patients avec une absence d'antécédents , donc en première hospitalisation, relèvent d'une durée d'hospitalisation plus longue (découverte *récente* d'un trouble nécessitant une longue période d'observation et de soins), l'autre hypothèse serait d'interpréter la mention des antécédents psychiatriques du patient par le recours à « *l'antériorité* », de manière à justifier une nécessité de surveillance médicale lorsque le tableau clinique s'avère pauvre mais que le risque ainsi que l'évolution seraient délicats à évaluer.

Cette étude renseignait sur le lien entre le contenu des certificats de SPPI et la durée de séjours des patients, cependant le propos était à nuancer par le fait que le certificat demeure un « *argumentaire* » étayant une décision d'hospitalisation et non un compte rendu d'une évaluation standardisée de l'état clinique du malade au moment de l'évaluation. (110)

L'augmentation du taux de mesures de SPPI, la durée moyenne de séjours plus courte et le fort taux de levée de mesure de manière précoce, comparativement aux autres mesures d'admission sur décision du directeur de l'établissement soulèvent la question du caractère qui peut être parfois discutable de l'indication de la mesure de SPPI.

4 - Les médecins certificateurs, initiateurs de la mesure

Nous abordons ici la question du praticien qui initie une procédure de SPPI.

Le péril imminent peut être instauré, sous les conditions conformes aux articles de loi, par un praticien n'exerçant pas au sein de la structure recevant le patient en hospitalisation. La situation de la rédaction de certificats initiaux par des médecins non psychiatres est

une situation admise par la loi en raison de la situation d'urgence supposée. Le rédacteur du certificat initial de la mesure peut donc, ne pas être un psychiatre. La question étant de constater, s'il existe des particularités associées à ce fait, des facteurs d'influences, une détermination issue du contexte institutionnel entraînant une utilisation de cette procédure de SPPI.

- Le recours aux SPPI paraît sur-représenté dans les services d'urgences « *où les équipes soignantes connaissent moins la personne ou d'éventuels tiers à contacter, manquent de ressources pour les rechercher, et doivent agir rapidement pour orienter le patient vers des soins adaptés* ». Par essence, les situations comportant un « *péril imminent* » pour la santé de la personne y sont plus fréquentes. (92)

- Dans l'étude de Gobillot et Al., les auteurs observaient que les médecins réalisant les mises en place de mesures de SPPI étaient majoritairement des médecins des urgences ou des généralistes de SOS médecin (91% des initiateurs de mesure). (102)

- Concernant la question des initiateurs de mesures de soins sans consentement, ceux-ci peuvent être multiples en raison des possibilités admises par la loi. On retrouve une étude qualitative réalisée à Brest par Maucourt et Al. , sur le ressenti des médecins généralistes face à la prise d'une décision d'hospitalisation sans consentement, à partir de cas vécus. L'étude établissait que l'acte était difficile et complexe à réaliser pour les médecins généralistes peu habitués à cette pratique. (112)

- L'article de Godet et Al., s'interrogeait sur la place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial, basé sur une analyse rétrospective de certificats médicaux initiaux de mesure de soins sans consentement. Les auteurs mettaient en évidence, que 30% des certificats initiaux d'admission étaient réalisés par des médecins non-psychiatres. Donc qu'une proportion importante de certificats d'admission en SSC n'étaient pas réalisés par des psychiatres.

Le second propos dans l'analyse réalisée par Godet & Al était que l'on retrouvait une différence dans le contenu des certificats, on retrouvait en effet plus de symptômes comportementaux et neurologiques dans les certificats réalisés par des médecins non psychiatres par rapport aux médecins psychiatres. Or, les symptômes comportementaux ne justifient pas à eux seuls une prise en charge en soins sans consentement, au même titre que le risque hétéro agressif de manière isolée. (113)

- Dans son travail de Thèse, Thibaudeau C, exposait la question du ressenti des urgentistes de SOS médecin par rapport à l'établissement de mesures de soin sans consentement. Les résultats révélaient que la gestion de ces situations de prise de décisions s'avérait complexe, sur le plan organisationnel, humain et éthique. Finalement, ces situations pouvaient aussi avoir un impact négatif sur les praticiens de SOS médecin et entraîner un stress important. (114)

- Une étude publiée en 2019, par Hotzy et Al., concernant la réalisation des admissions de patients souffrant de troubles psychiques, se basant sur la perception de leurs compétences par les médecins eux-même, révélait que les situations d'urgences psychiatriques, étaient des situations complexes, non seulement pour le patient, mais également pour le praticien. Cette étude soulignait la donnée que les praticiens spécialisés dans la gestion des urgences psychiatriques, se sentaient plus à l'aise et plus confiants dans ces situations, et pourraient avoir un impact sur le nombre d'admissions sans consentement.

En parallèle le postulat de cette étude était que le taux d'admission sans consentement, pourrait être lié à la confiance en eux des praticiens et à leur capacité à gérer l'urgence psychiatrique. (115)

Il faut garder à l'esprit que le SPPI vient combler une modalité d'hospitalisation sans consentement particulière mais demeure un soins sans consentement. La décision d'admission en soins sans consentement est multifactorielle, plus dimensionnelle que catégorielle, avec la prise en compte de facteurs internes et externes propre à chaque situation.

Cependant, on retrouve tout de même que l'idée d'une formation pour les « *initiateurs de mesure* » principaux pourrait améliorer la prise en charge des patients et le recours à l'hospitalisation, n'oublions pas que le but est de réduire ou de réguler les admissions sans consentement et de fait les situations de mise en place de péril imminent. En somme, une régulation du quantitatif des SSC.

Partie IV : Discussion concernant le péril imminent

Nous pourrions tenter d'introduire une ébauche de classification concernant les réflexions sur la modalité de péril imminent induite par la loi de 2011. Mais cette classification resterait relativement ambiguë et partielle. La loi demeure un outil, potentiellement imparfait, et il existe par principe, plusieurs façon de manier un outil. Une même modalité, plusieurs interprétations. De par l'observation quantitative et qualitative de l'application de la loi, plusieurs questions sont soulevées. Nous allons donc envisager une « *classification* » basée sur les aspect positifs, les aspects négatifs, l'applicabilité de la procédure de péril imminent et son application ainsi que des compromis réalisables voire des propositions d'aménagement.

- *Degrés de contentement, de satisfaction des utilisateurs, attentes*

Lors de la création du projet de Loi, l'UNAFAM et plusieurs partenaires (10 organisations de psychiatres et soignants, 4 syndicats d'administratifs, les usagers de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY), développent un certain contentement à l'égard de la proposition d'entrée en soins sur le mode du péril imminent, de même qu'en l'absence de tiers mais sous réserve de « garanties renforcées » pour les patients susceptibles de bénéficier de cette mesure. (116). De même chez les psychiatres, on retrouve également des avis favorables concernant la mise en place de cette mesure notamment « la possibilité d'engager des soins sans consentement en l'absence provisoire de tiers ».

La loi du 5 Juillet 2011 n'apporte pas uniquement cette modalité de péril imminent, elle apporte aussi l'intervention du JLD et des modalités de mise en pratique de cette intervention. Cet apport entraînant beaucoup plus « *d'émois* » au sein de la communauté

psychiatrique et judiciaire sous le prisme, comme évoqué précédemment, d'une « *inspiration sécuritaire* ».

Les conséquences théoriques de l'admission sans demande de soins réalisées par un tiers, sont dans l'absolu, peu débattues au profit d'un « *arbre qui cache la forêt* » et c'est de par la pratique que des questionnements sont nés à propos du péril imminent.

A - Aspects positifs

Lorsque l'on remarque le pourcentage de mesures de péril imminent, culminant à environ 20 % des mesures de soins sans consentement, ainsi que l'observation de la littérature réalisée précédemment, nous sommes en droit de nous interroger sur l'engouement vis à vis de cette mesure. (93)(101-4)

Une inquiétude arrive cependant concernant la simplification de la procédure d'hospitalisation ainsi que sa possibilité d'accélération. L'objectif d'accès facilité aux soins semble bien plus prégnant que prévu.

1 - Rapidité d'intervention

Le SPPI permet une rapidité d'intervention indéniable notamment dans les situations de crises ou l'on ne trouve pas de tiers. Un accès au soins facilité par cette loi de 2011, car auparavant, le problème de l'hospitalisation sans tiers se posait déjà, mais se solutionnait par d'autres procédures et « *dérobements* » divers. L'utilisation de tiers en situation professionnelle, « *faux-tiers* », comme utiliser l'assistante sociale, avec les nombreuses critiques concernant cette procédure ainsi que des jurisprudences...

Grâce à l'introduction du péril imminent, on élude également le passage à la procédure

d'hospitalisation à la demande du préfet (HO/SDRE) de manière *cavalière*. Un certain nombre de procédures d'HDT, faute de tiers disponibles en raison d'absence ou d'éloignement de la famille, se voyaient converties en HO de manière à permettre les soins dans l'intérêt du patient. Cependant les procédures quant à la sortie d'hospitalisation du patient pouvaient s'en trouver « *alourdies* ». De même qu'une autre propension utilisaient de « *faux-tiers* » (37), à partir de maintenant, le SPPI vient pallier à cette situation.

2 - Population cible : Patients isolés

Avec l'apport du SPPI, les populations isolées peuvent bénéficier d'un meilleur accès aux soins : les personnes désocialisées, sans domicile fixe, les patients en voyage pathologique, les patients dont on ne parvient pas à obtenir l'identité, ou même les patients dont on ne peut pas identifier un tiers potentiel tel qu'un membre de la famille, ou contacter ce dernier (117). Ce résultat est souligné dans les études présentées précédemment comme répondant à la conception dans l'esprit du législateur, et c'est plutôt positif pour permettre l'accès aux soins.

3 - Notion de protection du tiers

L'appréciation de l'orientation et le choix de la modalité de soins la plus adaptée revient de facto au praticien, nous allons esquisser quelques situations.

Nous avons vu qu'effectivement, en dehors du cas où la mesure de SPPI est mise en place en absence de tiers, sans aucuns contacts avec l'entourage, celle ci peut être instaurée dans un but de protection du tiers.

- Supposons qu'un patient requière de soins psychiatriques sans consentement, soit éligible à la mesure de SPPI, bien que la famille soit d'accord sur le principe des soins, mais que la clinique du patient présente une contre indication à la désignation d'un tiers. (Menaces claires, représailles...)

Le « *but de la manœuvre* », pour le certificateur est alors de protéger la famille d'un risque d'hétéro agressivité, notamment dans des situations cliniques comme celle énoncée précédemment. La notion « *la famille s'en remet à l'avis médical* » dans la rédaction d'un certificat, pourrait être indiquée dans le certificat. Cette notion permet d'introduire le fait que la famille n'engage pas sa responsabilité dans la procédure de soins à la demande de tiers, mais que cependant elle n'est pas en désaccord avec la décision médicale.

- Supposons qu'un patient requière de soins psychiatriques sans consentement, soit éligible à la mesure de SPPI, bien que la famille soit d'accord sur le principe de soins, mais qu'elle ne puisse pas se déplacer d'un point de vue matériel et que la demande soit difficile à obtenir. Notamment par exemple, dans le cas d'un patient dont le fils étant à même de se porter tiers (au sens entendu par la loi), mais qui s'inquiète de la tournure des relations futures avec son parent.

La prise en compte des contraintes matérielles liées au déplacement pour signer une demande de tiers est compréhensible au sens de la loi, en combinaison du flou juridique « impossibilité d'obtenir une demande de tiers ». Mais cette contrainte du déplacement, ne cache t'elle pas d'autres motivations ? Ne peut-elle pas être également liée implicitement au fait d'avoir des difficultés à formuler une demande de soins de la part de proches ?

L'admission en SPPI pourrait préserver les relations intra familiales et préserver la famille d'une décision parfois inconcevable pour elle. Sous couvert de l'incapacité matérielle de déplacement, il est parfois possible d'établir la mesure de SPPI. Cette utilisation est à

pondérer par l'interprétation et l'évaluation des fragilités psychiques familiales par le psychiatre.

- Supposons qu'un patient requière de soins psychiatriques sans consentement, soit éligible à la mesure de SPPI, que l'on trouve un tiers, mais que ce tiers soit un tiers professionnel comme une auxiliaire de vie, ou une curatrice ayant récemment repris le dossier, ou un tiers non professionnel comme un ami d'enfance...

L'appréciation du psychiatre de la fonction du tiers est également importante, ici la modalité de SPPI pourrait être utilisée pour préserver les tiers d'une fonction qui semblerait éloignée de leur fonction habituelle.

Cependant on observe par la mise en place de cette modalité de SPPI, un virage de la pratique, par rapport aux pratiques établies par les lois de 1838 et 1990. Le praticien se trouve dans le cadre du questionnement de la capacité de la famille à effectuer une demande de soins pour son proche souffrant, ainsi que sur la pertinence de solliciter la famille pour formaliser la demande.

En résumé, le médecin demeure dans un modèle « *quasi paternaliste* » et décide pour une famille lorsqu'elle est en difficulté.

- « *L'enfer est pavé de bonnes intentions* »

En utilisant les modalités laissées libres d'interprétation de la loi, le psychiatre peut par ailleurs désengager l'entourage de manière involontaire au profit de cette volonté de protection.

Le praticien se prive du temps d'information nécessaire aux familles, prive la famille du temps d'annonce et de soutien facilité par le cadre d'un entretien physique et réel. Autre conséquence de ce choix, l'admission en SPPI entraîne l'absence de convocation du tiers

lors de l'audience auprès du JLD, bien que celui-ci soit sollicité dans les 24h par le directeur de l'Établissement, mais le tiers perd une partie de sa fonction dans ce cas.

4 - Notion de protection des confrères

Cette notion est discutable, notamment dans le choix réalisé au moment de la mesure de contrainte.

Dans certains cas, l'admission en SPDRE comme en SPPI pourrait être prononcée à l'égard d'un patient, vis à vis de critères tels que l'atteinte aux biens ou aux personnes. En réalité, il est relativement aisé de s'imaginer, que dans le choix de la mesure se cache la crainte d'une lourdeur administrative, notamment celle associée au SPDRE, rendant plus ardue une sortie potentielle de l'hôpital, comme une levée de mesure.

Une admission en SPPI à l'inverse d'une admission en SPDRE bénéficie d'un potentiel moins « *contraignant* ». Une admission en SPPI peut donc être décidée parfois avec une certaine volonté de protection du service d'accueil et du praticien pour une sortie ultérieure. Cependant, cela se réalise selon la situation du patient mais on ne retrouve pas de bénéfices pour le patient dans le choix de la mesure mais plutôt un bénéfice pour le praticien. En extrapolant, le choix relatif concernant la mesure d'entrée en soins sans consentement relève de la volonté du praticien et donc est dépendante de ses représentations propres.

5 - Notion de protection du praticien, une économie psychique

L'admission en SPPI « *facilite l'accès aux soins* » pour le patient, certes, mais cela peut aussi faciliter la pratique pour le médecin.

- Supposons qu'il soit une heure tardive de la nuit, qu'un patient requière de soins

psychiatriques sans consentement, soit éligible à la mesure de SPPI, que l'on trouve un tiers, mais que ce seul tiers disponible soit la curatrice récemment nommée. Le raisonnement simplifié serait d'opposer l'impossibilité d'utiliser un « *tiers administratif* » au sens de la loi. De même, quel serait l'intérêt de cette curatrice entendu au sens « *en qualité d'agir dans l'intérêt du patient* » ? Etant donné que cette dernière était fraîchement apparue dans le parcours de vie du patient ?

Par ailleurs, la difficulté pratique posée par l'heure tardive complique grandement l'obtention d'une demande de tiers formalisée. Associons à cela, le fait qu'il ne soit rarement aisé d'obtenir une demande de tiers formalisée de la part de curateur. Dans cette situation particulière, la modalité de SPPI peut paraître salvatrice et réellement faciliter un accès aux soins, ainsi qu'une économie de « *stress* » pour le praticien indiquant la mesure.

- Supposons qu'un patient refuse l'admission en soins libre, relève de soins sans consentement, remplit les critères d'admission en soins sans consentement, mais que ce patient souffre de déficience intellectuelle et que le seul tiers potentiel, objectivé, soit sa compagne de longue date, souffrant également de déficience intellectuelle.

Effectivement la notion de compagne de longue date pourrait intervenir en sens de « *qualité d'agir dans l'intérêt du malade* », cependant les difficultés intellectuelles dont souffre la compagne, rendent extrêmement difficile l'explication des notions relatives aux soins sans consentement, ainsi que la réalisation d'une demande de tiers formalisée.

Comment informer de manière claire loyale, intelligible, adaptée un tiers dans ce contexte ?
Comment expliquer de manière adaptée l'implication concrète d'un tiers dans les mesures de soins sans consentement, qui plus est dans un contexte de service d'urgence ?

Dans cette situation, à l'appréciation du praticien, le tiers pourrait être considéré comme

« n'ayant pas qualité d'agir dans l'intérêt du malade » et de ce fait une admission en SPPI pourrait être envisageable, contribuant par ailleurs à une économie de temps et de négociations complexes.

6 - Une diminution des procédures de SDRE, en effet collatéral de la procédure de SPPI

La procédure de SPPI à partir de 2011 aurait pu avoir une incidence sur la diminution du taux de SDRE. Ce qui n'a pas été réellement le cas, même si cette nouvelle procédure est venue affiner la procédure de SDRE et l'orienter plus précisément vers la protection de l'ordre public.

Soulignons, qu'avant la loi de 2011, il existait un flou juridique sur l'admission en soins sans consentement en l'absence de tiers. Et que bon nombre de procédures de SPDRE étaient entreprises de manière à contourner cette absence de tiers. Une justification de cette procédure par le fait qu'un acte suicidaire pourrait en effet représenter un trouble à l'ordre public, étant donné qu'il nécessiterait l'intervention parfois des forces de l'ordre ou de secours, et le suicide n'est-il pas un risque pour « *la santé et la sûreté* » des personnes ?

En revanche cette procédure n'est pas dénuée d'impact pour les suites d'hospitalisation d'un patient et nécessite une procédure administrative plus lourde pour envisager la sortie d'un patient d'hospitalisation, ou même le déroulement de son hospitalisation. En corollaire, la procédure de péril imminent paraît plus souple dans son application et surtout lorsque le patient montre une amélioration clinique.

D'une certaine manière, le péril imminent vient affiner la procédure de SDRE, en l'orientant vers la protection de l'ordre public. Mais rappelons tout de même, que la procédure de

SDRE, en dehors de sa lourdeur législative, représente une composante importante dans la prise en charge de certains patients, nécessitant la confrontation à un tiers symbolique qu'est la Loi. Cela peut s'avérer d'une grande utilité dans l'alliance de la relation thérapeutique « *médecin-patient* », étant donné la limitation de la confrontation directe avec le patient.

B - Aspects négatifs

Au moment de la création du projet de la loi, on observe déjà des questionnements concernant un potentiel « *effacement du tiers* », en miroir d'un délitement des liens sociaux. On évoque, dès lors, une majoration de la responsabilité des médecins, qui se retrouvent à décider seuls puisqu'ils y sont autorisés, et d'une crainte concernant l'augmentation du nombre de soins contraints. (118)

On observe cette inquiétude dans le projet de réforme législative de 2013 : « *tout en respectant les formes prescrites par la loi, il n'est toutefois pas exclu qu'un certain nombre d'admissions en soins sans consentement, qui aurait pu faire intervenir un tiers dans le dispositif antérieur, soit désormais prises dans la procédure de péril imminent, afin de pallier la réticence de tiers potentiel ou de simplifier l'admission dans un contexte d'urgence.* » (99)

- La question de l'absence de tiers est importante, on la retrouve dans le rapport « *Strohl* » : « *L'absence de demande de tiers peut elle conduire au désengagement des familles ?* (37)

- Le biais de l'utilisation de la procédure de péril imminent avait déjà été soulevé au Sénat par la Sénatrice M. Dini « *toutefois, il faudra veiller à ce que les familles ne cherchent pas systématiquement à utiliser cette procédure pour éviter qu'il soit fait état de leur demande* »

(119)

- Se passer d'un tiers n'est il pas également se passer par « *économie* » d'un échange pédagogique avec la famille, le tiers potentiel, dans le but de lui faire prendre en considération une responsabilité de substitution importante à l'égard de la personne en situation de souffrance et de danger ?

Cette économie ne se ferait t'elle pas dans le but d'accélérer une prise en charge dans un contexte d'urgence, au détriment du patient et d'un éventuel tiers ?

1 - Le flou terminologique de « l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers »

Ce flou terminologique engendre naturellement, la possibilité d'obtenir plusieurs interprétations de ce texte.

En effet, nous pouvons le comprendre selon différentes modalités :

- Une impossibilité « *clinique* », lorsque la symptomatologie du patient ne permet pas l'obtention d'informations concernant un tiers éventuel (un patient souffrant d'un délire mégalomane se prenant pour « *Napoleon à Sainte Helene, n'a plus de famille sur son ile, docteur !* »). L'impossibilité d'établir la nature de la relation liant le tiers potentiel au patient, ou même la nature de la relation contre-indiquant la réalisation d'une demande de tiers (exemple d'un patient souffrant d'un délire de persécution centré sur la famille proche avec un tiers persécuteur clairement désigné, mais seul tiers en capacité de formuler une demande...)

- Une impossibilité pratique « *pure* », lorsque l'on parvient à contacter un tiers, joignable par tout moyen de communication à disposition, mais en voyage à l'étranger, hospitalisé ou domicilié ailleurs sur le territoire, ou dans l'impossibilité de se déplacer pour diverses raisons.

- Une impossibilité liée à l'absence de tiers, en dépit de recherches effectuées, en l'absence d'informations délivrées par le patient (Sans domicile fixe, présentant un mutisme total...)

- Une impossibilité liée au refus du tiers, présent et disponible, de signer la demande de soins pour diverses raisons qui peuvent être source de nombreux débats. Ces raisons peuvent introduire un « *paradoxe de la demande de soins sans engagement* » de la part de la famille ou des aidants.

Avec l'apport de la loi de 2011, on observe l'introduction d'un changement dans le rôle des familles concernant le patient et ses soins, mais aussi une modification du rôle du médecin, notamment un glissement de responsabilité, ou même la possibilité de passer outre la volonté familiale dans certains cas, à chaque pièce son revers..

Cette possibilité du SPPI peut également ouvrir une brèche concernant les familles ambivalentes aux soins, hostiles ou ne voulant pas s'engager. On crée un paradoxe, celui d'exiger des soins pour un proche souffrant, sans pour autant s'impliquer dans la suite du processus de soins, en refusant de signer une demande de soins par un tiers.

2 - Le retrait des familles dans l'implication du soin

Nous pouvons reprendre l'argument des familles et du retrait de la position de tiers. L'utilisation dévoyée et pourtant légalement existante de la procédure SPPI vient créer une faille. Les familles peuvent se désengager de la prise en charge d'un patient, ne pas se positionner pour diverses raisons, tout en exigeant des soins pour le patient.

D'un point de vue purement théorique: Quel est l'intérêt de prendre le risque de se positionner, au risque de représailles, d'« *histoires familiales* », d'hétéro agressivité différée, de conflits potentiels, de soucis judiciaires divers et variés, si il existe une

modalité d'admission à partir du moment où la demande d'admission formulée par un tiers est impossible ?

Il est vrai, au regard de cette réflexion, que cette économie de la pensée peut paraître séduisante aux yeux des familles.

Ce potentiel risque de désengagement et déresponsabilisation de la famille est présent, mais faire l'économie de la rencontre de la famille, revient à se priver d'un échange informatif (dans le respect du secret médical) nécessaire à la prise d'une décision de manière claire, loyale, intelligible, compréhensible et éclairée dans l'intérêt d'un patient. C'est également se priver d'un échange d'informations indispensable à la famille, d'une alliance. Ne pas s'intéresser aux tiers est en quelque sorte les déresponsabiliser.

La part de cette rencontre familiale apparaît indispensable, même en cas de refus de réalisation de la demande de tiers, en faire l'économie engendrerait le fait de s'exposer par la suite à des difficultés dans l'alliance thérapeutique et la prise en charge globale du patient. Prendre le temps d'expliquer les différentes procédures, les implications de ces procédures, ou le fait de recevoir la famille permettrait de limiter le risque de désengagement.

3 - L'évaluation aux urgences ou l'absence d'évaluation par les urgences

Nous avons vu que de nombreuses hospitalisations en mesure de SPPI étaient émises par les services d'urgences, de l'ordre de 63% des mesures de SPPI.(93)(102) Certes, mais quid du pourcentage des autres patients n'étant pas passés par les urgences et placés sous mesure de SPPI ?

Cela peut soulever la question relative à la rapidité et la facilité de mise en place de la mesure de SPPI, mais en ce sens les patients n'ayant pas transités par les urgences

n'auront pas eu de bilan somatique dans le but d'éliminer une cause somatique, de réaliser un diagnostic différentiel. Ces patients n'auront pas eu accès à une consultation avec un psychiatre des urgences, dans le schéma « classique » de la rencontre. On prive ces patients d'un temps d'évaluation, d'un avis spécialisé, avant mise en place d'une mesure restrictive de liberté et d'un moment d'échange nécessaire au travail du consentement, à l'inclusion du patient dans les soins, de recherche de tiers et de l'implication des familles dans la prise en charge.

Par ailleurs, dans cette population de patients n'ayant pas eu d'évaluation par les urgences, on retrouve des patients orientés directement d'institutions. Or les institutions type EHPAD, cliniques, n'ont-elle pas d'informations tracées dans leurs dossiers concernant une personne de confiance ? On peut se poser la question de l'utilisation de la mesure dans le but de faciliter une hospitalisation sans consentement du patients en nonobstant l'implication des proches.

Cette question relève, possiblement d'une dé-spécification de la psychiatrie, on utilise la psychiatrie et les lois qui la régissent de manière à « forcer la main » sur une hospitalisation.

C - Applicabilité et Applications

1 - Flou terminologique

Nous avons déjà évoqué cette notion de péril imminent que l'on retrouve dans 2 lois avec un sens différent dans chacune. Cette notion prête à confusion, tant dans l'esprit des psychiatres que dans celui du grand public. Procédure avec une demande de soins

réalisée par un tiers et un seul certificat d'un médecin exerçant dans l'hôpital pour la loi de 1990.

Procédure sans demande de soins émanant d'un tiers, avec un seul certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'hôpital pour la loi de 2011. Le fameux « *restyling* » terminologique qui prête à confusion à plusieurs égards.

La notion de péril imminent « *immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* », soit l'existence d'un risque grave pour l'intégrité du malade lors de la rédaction du certificat médical laisse place à une importante liberté d'interprétation.

2 - Aide aux familles, protection du tiers

Le choix de l'admission en péril imminent peut être réalisé en fonction de la clinique du patient, la demande de la famille peut parfois être considérée comme contre indiquée du fait de la symptomatologie de ce dernier.

Dans la configuration, dans laquelle le patient désigne la famille ou un aidant potentiel comme tiers persécuteur, et que le patient peut s'avérer être en danger pour lui même du fait des troubles dont il souffre, éviter le recours au tiers par cette procédure de SPPI peut être salvateur.

Les idées délirantes à thématique de persécution dans lesquelles l'entourage est désigné clairement par le patient comme agissant en sa défaveur, peuvent être une condition de rejet de la demande de soins réalisée par un tiers. Ceci, dans le but d'éviter une majoration du vécu de persécution du patient ainsi qu'un risque d'hétéro agressivité à l'encontre de sa famille, voir une entrave à la relation thérapeutique qui débiterait sur l'intervention de la persécution

Il en est de même dans certaines situation, où l'on observe des relations « *parasites* »,

« *perverses* » entre le patient et sa famille, avec une possibilité à distance d'utiliser la demande d'admission comme motif de représailles.

Les situations avec existence de conflits et d'implications judiciaires comme celles d'instance de divorce, de « *bataille* » juridique pour une garde d'enfant... S'adresser à un ex-conjoint pour réaliser une procédure de tiers peut paraître délétère dans cette configuration et l'utilisation du SPPI peut sembler plus adaptée dans le but de protéger le patient plus que le tiers lui même.

3 - Absence de tiers dans la suite de la prise en charge

La loi Française, sur le sujet des soins sans consentement a pour essence « *la culture du tiers* », des lettres de cachet, à la loi de 1838 avec les placements demandés par la famille, à la loi de juin 1990, le tiers se retrouve toujours intégré dans la procédure de soins sans consentement.

Nous avons vu également de par l'historique, l'évolution de la position familiale dans l'accompagnement de ses malades. Le malade souffrant de troubles psychiques, tantôt à la charge de la famille, tantôt rejeté et cloîtré, puis vient un retour de l'implication familiale forte. Une tradition du tiers qui se poursuit dès lors, jusque l'introduction du péril imminent au sens de la loi de 2011 avec le bouleversement de l'intégration du rôle du tiers dans le soins.

En raison de l'introduction du SPPI, le praticien peut ne plus recevoir systématiquement le tiers. On pourrait penser qu'on se coupe ainsi d'une relation soignante et pédagogique avec la famille ou pour la famille, avec l'impasse d'un temps thérapeutique qui pourrait permettre d'engager l'implication du proche aux côtés des soignants dans la démarche.

On peut néanmoins s'interroger quant à la recherche obligatoire de tiers dans les 24 heures à la charge du directeur de l'établissement. Bien qu'une fois le tiers trouvé, dans un

second temps de la procédure donc, il n'est pas nécessaire de convertir la mesure de péril imminent en SPDT classique ou quand bien même un tiers signerait la demande d'admission, la mesure de soins garde le plus souvent le même nom.

Le tiers revêt un rôle, une implication différente de celle qu'il aurait eu si il avait été introduit dès le début de la procédure. Il ne reste fréquemment qu'une voix juridictionnelle pour solliciter la levée de la mesure de SPPI. La place de la famille dans le soin psychique est extrêmement importante, le patient vit rarement seul mais plutôt dans un équilibre dynamique familial (même si ce caractère n'est pas apparent au premier abord).

La situation de refus des soins par la famille, expose à la difficulté pour la suite, d'un travail d'alliance et d'élaboration du patient autour de sa pathologie. L'absence de tiers retire la potentielle triangulation du dialogue, des soins et de la réinsertion du patient. Comment réinsérer un patient sans alliance avec le médecin portant la responsabilité seule de l'hospitalisation, face à une famille rejetant la responsabilité de l'accompagnement ?

En somme le patient est placé face-à-face, seul, avec le médecin. De même, le médecin perd un argument d'alliance, face au patient, celui de la « *pression familiale* », le fameux « *tout le monde s'inquiète pour vous* ». Il ne subsiste parfois qu'une confrontation Patient-Médecin, interprétée par le patient comme « *Ma famille ne veut pas des soins, je n'ai pas de problèmes, et je suis là de votre faute!* ».

4 - Déplacement des responsabilités

C'est la question de la responsabilité morale dans le décisionnel du processus de soins sans consentement. La responsabilité de la famille est moins engagée que la responsabilité morale du médecin qui rédige seul le certificat circonstancié.

Que faire dans les situations de présence de la famille mais de refus de remplir la

demande de tiers ? Outrepasser la décision de la famille, possibilité légalement admise du fait du flou terminologique et juridique ? Ou prendre la responsabilité de ne pas engager de soin sans consentement, en l'absence de troubles à l'ordre public, devant un refus global du patient et de sa famille ? Que se passera-t'il dès lors, si malheureusement, il survient un événement tragique et que la famille se retourne contre le praticien n'ayant pas mis en place la procédure de SPPI ?

L'admission d'un patient selon la modalité du SPPI lorsque la famille s'y oppose, n'est pas clairement envisagée dans les rapports de révision de la loi de 1990, ni dans les projets de loi, pourtant le flou terminologique de la Loi de 2011 le permet « *il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers* ».

En revanche pour des soins hospitaliers déjà entrepris mais dès lors que la famille s'y oppose, la loi de 2011, de part l'article L3212-9, permet « *clairement* » de répondre à la demande de la famille « *Le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures atteste l'arrêt des soins entraînant un péril imminent pour la santé du patient* ».

La question de la responsabilité du psychiatre dans la modalité d'admission est présente. Que faire de la non assistance à personne en péril, article 223-6 du code pénal ?

Cette question se retrouve soulevée, à juste titre, par le Dr M. Cabié en mars 2013 « *Dans le cas de péril imminent, lorsque la famille a été contactée mais refuse de signer la demande de soins sous contrainte, le psychiatre est placé devant un dilemme difficile : doit il être poursuivi pour non assistance à personne en danger ou pour hospitalisation abusive ? Il faudrait que la loi puisse répondre* » (120)

- Qu'est-ce que la « non-assistance à personne en péril » ?

Revenons sur la définition de la non-assistance à personne en péril, selon l'article 223-6 du Code pénal, c'est une infraction pénale, punissable d'une sanction : « *Sera puni (...), Quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours* » (89)

Cependant il existe un certain nombre de conditions préalables à la constitution de cette infraction.(121)(122)

Sont nécessaires :

- Qu'un péril grave menace la personne. Le péril doit être incontestable et imminent, menacer l'intégrité physique et nécessiter une intervention immédiate.
- Qu'un secours puisse être apportée à cette personne de la part du prévenu.
- Que ce secours puisse être porté sans risque pour le prévenu, pour des tiers.

Puis, il y a nécessité d'éléments constitutifs de l'infraction :

- L'élément légal : présent dans l'article 223-6.
- L'élément matériel : Que le prévenu se soit abstenu.
- L'élément moral : Que cette abstention ait été volontaire.

Nous pouvons, dès lors, esquisser une analyse des conditions. De par la loi, le psychiatre a le pouvoir légal et médical d'instaurer, si les conditions d'une situation de péril imminent sont réunies, une admission en l'absence de consentement du patient, et de l'entourage.

Il pourrait subsister la question de l'absence de risques, la survenue potentielle de violence lors de la situation précédemment évoquée.

Par contre, l'élément matériel de l'infraction, l'abstention, ne paraît pas constitué dans le schéma d'une sortie accompagnée de la famille associée à une mise en place de soins dits alternatifs, même si cela ne semble pas des plus adapté à la situation, la réponse et donc la non abstention sont présentes.

Une autre piste de réflexion est abordée par Quillerou dans la communication « Prise en charge de situations psycho-légales complexes aux urgences psychiatriques » : « *En effet, si le psychiatre estime que le patient court un grave danger si il n'est pas hospitalisé en urgence (parce qu'il existe un projet suicidaire construit, parce que les troubles du comportement sont tels qu'ils mettent sa vie en danger...) et que la famille refuse l'hospitalisation malgré l'explication donnée par le médecin, alors cette dernière peut être considérée comme incompétente (Puisqu'elle n'est pas capable de prendre la mesure du danger). Le psychiatre peut alors outrepasser l'avis des proches et établir une hospitalisation en péril imminent en considérant qu'il n'existe pas de tiers compétent mobilisable en urgence. Ceci devrait être tracé de manière claire et précise dans le dossier médical du patient .» (123)*

Citons les propos énoncés par Vacheron NM : « *Le psychiatre n'a pas encore l'obligation de résultats mais de moyens, encore faut il qu'il le décrive de façon précise dans son dossier. »(124)*

Rappelons la nécessité d'analyse juridique de la situation, peu fréquente, certes, mais pouvant tout de même survenir... Les réponses à apporter sont effectivement de type « *au cas par cas* », et il semble ne pas y avoir de bonne ou mauvaise réponse dans ces situations, pour peu que le praticien réalise ce qu'il juge le plus adapté et dans le seul intérêt de son patient.

En revanche il demeure indispensable, dans une optique de protection, lors d'une décision de non hospitalisation, d'informer clairement la famille du risque encouru, du danger latent qui pèserait sur le patient et de consigner par écrit la réalisation de la délivrance de cette information à la famille.

Il serait également envisageable, ayant clairement informé la famille de la nécessité des soins, de lui préciser qu'elle s'engage à déclencher ceux-ci, si leur nécessité se fait urgente, et de leur demander de signer un document en ce sens.

5 - Faiblesses dans les procédures de recherche de tiers

Le péril imminent comporte une faiblesse courante concernant la recherche de tiers, la recherche d'un membre de l'entourage du patient.

Selon l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique, il est prévu qu'en l'absence de demande d'un tiers, lorsqu'il existe un péril imminent pour sa santé, une personne peut être admise en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement de santé.

Cependant, le directeur a l'obligation d'informer « *dans un délais de vingt-quatre heures, sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.* »

Mais le sens de cette obligation questionne. En effet la procédure de péril imminent permet de pallier à l'absence ou à l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers. Mais cet élément d'extériorité présente une certaine garantie de la possibilité de contestation de la mesure de soins sans consentement, par une personne tiers, ne relevant pas de l'autorité

médicale ou de l'autorité administrative.

On peut estimer, en ce sens, que l'information de la famille, d'un proche ou du protecteur juridique n'a pas pour but la recherche d'un tiers au sens de l'article L.3212-1 du CSP(68), cependant elle a pour but de permettre à l'entourage d'être averti, avisé de la mesure prise, et offrir à ce même entourage la possibilité d'engager, selon son souhait, un recours devant le JLD.

En revanche, on observe là, une faiblesse importante de la procédure de péril imminent, en effet, de nombreux établissements de santé n'engagent pas de recherches, réalisent une information totalement formelle. On observe une hétérogénéité des démarches selon les établissements, parfois selon les services ou même une absence de procédure définie clairement dans le contexte du péril imminent.

Une des illustrations de cette faiblesse concernant la recherche de tiers, une fois l'admission prononcée pour péril imminent est un arrêt de la cour de cassation publié le 18 décembre 2014.

Une femme a été mise en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'Établissement, en l'absence de tiers, en procédure de SPPI. L'établissement soutient avoir informé dans les 24h de l'admission l'époux de la patiente, mais :

- La preuve d'une telle information n'est pas apportée
- L'établissement connaissait de longue date le conflit persistant au sein du couple

La cour de cassation en a conclu :

- « *Après avoir relevé qu'aucun élément du dossier de la patiente ne permettait de retenir que son mari avait été avisé de son hospitalisation en soins psychiatriques pour péril*

imminent, en l'état du conflit ancien et profond existant entre les deux époux, un tel avis n'aurait pu satisfaire aux exigences de l'article L.3212-1, II, alinéa 2, du code de la santé publique, dans ces circonstances, le directeur de l'établissement hospitalier aurait du informer les parents de Mme X., aptes à agir dans l'intérêt de celle-ci ; c'est à bon droit qu'en l'absence de toute information de la famille de l'intéressée, le premier président a ordonné la mainlevée immédiate de la mesure... ».(125)

L'information d'un membre de la famille ne se limite donc pas à une obligation formelle ; il convient d'aviser une personne dont l'établissement sait ou peut légitimement supposer qu'elle a qualité pour agir dans l'intérêt de la patiente. Le plus sûr serait de lui demander de régulariser la situation en réalisant une demande de tiers, même lorsque la loi ne le demande pas.

Ce sera le cas du conjoint, à moins que l'établissement ne dispose d'éléments qui lui permettent de considérer que la condition « d'intérêt à agir » n'est pas remplie. En l'espèce, le conflit conjugal aurait du conduire l'établissement à écarter l'information du conjoint et à rechercher une autre personne plus « apte » à recevoir cette information.

6 - La notion de « l'absence de péril imminent »

Il existe de manière concomitante deux acceptations d'utilisation du « péril imminent », la première dans sa forme positive, où l'on retrouve l'existence d'un péril imminent caractérisé. La seconde, la forme négative, caractérisée par l'absence de « péril imminent ».

La première forme d'utilisation délicate comme nous avons pu le voir précédemment, employée dans le certificat médical initial d'admission, associée au certificat circonstancié de l'article 3212-9, lorsque la forme d'un péril imminent est caractérisée dans le sens d'une admission en SPPI.

La deuxième forme, l'absence de péril imminent revêt une autre fonction. Cette fois-ci, la fonction est médico-légale et peut se retrouver de manière plus prégnante dans le dossier médical de suivi d'un patient ou lors d'une décision de sortie d'hospitalisation. La question est de savoir s'il s'agit du même péril imminent, existant et réel pour l'admission, putatif et potentiel en cas de sortie requise.

Cette notion « *autorise* » également la possibilité de légitimer une sortie de patient. La mention « *L'absence de péril imminent* » et donc, cette utilisation, peut certainement découler du flou initial de la définition du péril imminent. En raison de l'existence de deux définitions dans les conférences de consensus de l'HAS. Rappelons ceci de la définition donnée par la HAS : « *Risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » pourrait s'appliquer à n'importe quelle hospitalisation, et notamment dans le soin sans consentement.

Finalement, ce propos souligne la difficulté présentée aux praticiens : d'une décision mêlant le champ du médical et le champ des responsabilités juridiques.

7 - La mise en place concrète de la mesure de SPPI

Il faut rappeler que dans le contexte de la mise en place de la mesure de SPPI, le médecin rédacteur du certificat initial, ne peut pas exercer dans l'établissement d'accueil du patient. Concrètement, le psychiatre qui pose l'indication de la mesure de SPPI « *dans les règles de l'art* » aux urgences, peut se retrouver dans la configuration de faire appel à un autre médecin, extérieur à l'établissement d'accueil pour la réalisation du certificat initial, si le patient relève d'une prise en charge dans son service.

Nous touchons à la logique de la procédure de SPPI, pas de nécessité d'implication de tiers, un seul certificat médical initial, pas de nécessité d'un deuxième avis médical, pas de nécessité d'être spécialiste en psychiatrie...Mais quand un psychiatre estime l'indication

d'une mesure de SPPI, il ne peut pas la faire lui-même et doit faire appel à un confrère extérieur (si disponible) ou à un confrère extérieur à la structure d'accueil, non spécialisé en psychiatrie. Une des raisons théoriques, sous tendant ce fait, serait peut être de limiter les situations arbitraires, ou peut être étant donné que la loi de 2011, autorise l'admission avec un seul certificat, émis par un certificateur pouvant exercer dans l'établissement, en cas de procédure de SPDTu, le législateur n'aurait pas désiré faire porter toute les responsabilités sur le même praticien... Toujours est-il que la procédure de SPPI, pensée pour faciliter l'accès au soins d'une certaine population de patient, peut induire des situations ubuesques de médecins spécialistes devant faire appel à des confrères non spécialistes.

8 - Impact sur la conduite de l'hospitalisation, DMM et DMS plus courtes, levées de mesures plus précoces

Il semblerait d'après les différentes données collectées, sur un plan qualitatif de la mesure de SPPI, on observerait un impact sur la durée des mesures de soins sans consentement, la durée des séjours et même sur le contrôle par le JLD.

Pourquoi les patients en SPPI, relèvent-ils de durées de séjour et de mesures de soins sans consentement plus courtes que les patients en SPDT, alors qu'ils relèvent tous deux, théoriquement du mode d'hospitalisation sur décision du directeur d'établissement, seule la configuration au moment du décisionnel est différente ?

Nous sommes en droit de nous poser la question de l'indication de la mise en place de la mesure. Ces indications sont elles motivées dans une optique de soins ou alors motivées par d'autres raisons ? Ne serait-ce pas le marqueur d'une attitude préventive, comme « *un principe de précaution* » devant des tableaux cliniques aigus avec une résolution rapide entraînant une levée rapide ? Un glissement de la prise en charge de l'état mental vers

celui d'une prise en charge du « *risque* », du « péril imminent » .(126)

Une levée plus précoce des mesures par le psychiatre au terme de la période de 72h par exemple, n'entraîne-t-elle pas un échappement au contrôle de l'hospitalisation par le JLD ?

Ne prive-t-on pas le patient de cette modalité ?

9 - Les médecins initiateurs de la mesure de SPPI

Les résultats collectés seraient en faveur du fait que les mesures de SPPI ne soient, pour une partie, pas établies par des médecins spécialisés en psychiatrie. Cela ne remet pas en question l'évaluation « globale » d'un patient et l'évaluation des troubles qu'il présente. En revanche, les résultats des études permettent d'entrevoir quelques difficultés face à ces situations, éprouvées par les médecins non spécialisés en psychiatrie.

L'étude de Maucort et Al., suggère un déplacement vers une intervention de professionnels spécialistes des questions de l'urgence dans l'établissement des mesures de SSC.(112)

Les résultats de l'étude de Godet et Al., questionnent sur l'essence même de la prise de décision de soins sans consentement, et l'indication prise par les 30% de praticiens non psychiatres , certifiant de la mesure de SSC. Cela révélait un impact sur le contenu des certificats médicaux initiaux et pourrait avoir une incidence sur la poursuite d'hospitalisation des patients en SSC. Une des possibilités envisagée serait peut être d'inclure d'avantage de formations des médecins non psychiatres aux procédures et indications de SSC de manière à optimiser leur décisionnel dans ces cas de figures. (113)

C Thibaudeau, évoquait la formation des confrères urgentistes ou de SOS médecin aux situations de prise de décision d'hospitalisation de SSC, pour améliorer leur gestion des ressentis par rapport à ces situations difficiles et de ce fait, faire varier le nombre des hospitalisations sans consentement.(114)

Hotzy et Al., dans leur étude soulignaient la donnée que les praticiens spécialisés dans la gestion des urgences psychiatriques, se sentaient plus à l'aise et plus confiants, et pourraient avoir un impact sur le nombre d'admissions sans consentement. (115)

En parallèle, cette étude soulevait que le taux d'admission sans consentement, pourrait être lié à la confiance en eux-mêmes des praticiens et à leur capacité à gérer l'urgence psychiatrique. Une meilleure confiance en eux, ainsi qu'une meilleure formation face aux situations d'urgences psychiatriques permettrait donc de réduire le taux d'hospitalisation sans consentement.

On retrouve à travers cette observation des praticiens qui initient les mesures de SSC, et donc possiblement les mesures de SPPI, des difficultés liées à la gestion de ces situations restant médicalement complexes. Ces situations sont délicates, mettent en relation des facteurs externes et des facteurs internes propres au praticien. Situations d'autant plus difficiles que les médecins, du moins ceux ayant participé aux études présentées, estimaient un besoin de formation plus important concernant les situations de gestion de l'urgence psychiatrique. De même, ces facteurs exposés ne sont pas sans impacts, notamment sur le contenu des certificats et à distance sur les modalités d'hospitalisations des patients.

Une formation plus approfondie pour les « *initiateurs de mesures* » , pourrait améliorer la prise en charge des patients ainsi que le décisionnel d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

N'oublions pas que le but de « *la manoeuvre* » pourrait être de réguler les admissions sans consentement et de ce fait les situations de mises en place de mesures de péril imminent. En somme, une régulation du quantitatif des SSC.

10 - Avis des utilisateurs

- Avis des confrères psychiatres

Dans le but d'étayer la réflexion sur le SPPI, le recueil des réflexions présentées ici, a été réalisée suite à des échanges avec un panel de confrères psychiatres concernant la modalité de SPPI. Ce panel de confrères était composé de confrères ayant connu une pratique durant les anciennes réformes et de confrères ayant connu une pratique régie par la loi de 2011. Le but n'était pas de réaliser un entretien standardisé sur base d'un questionnaire formalisé, mais plutôt de recueillir des réflexions spontanées sur la mesure de SPPI et ses représentations dans l'esprit des confrères.

Lors des discussions, le point commun était la « *surprise* » des confrères relative aux proportions nationales de la modalité de SPPI dans la part du soins sans consentement. L'étonnement issu du fait que dans leur pratique, les confrères déclaraient « *ne pas voir autant de mesures que ça dans les services* ». Mais cela provoquait d'emblée d'autres questions : « Au niveau national, comment ça se passe ? comment se fait-il qu'il y ait autant des disparités ? ».

Le deuxième propos résidait sur l'impact de ces mesures sur la durée des séjours en soin et des mesures sous la modalité de SPPI. Les confrères, tous confondus, semblaient étonnés qu'un patient en mesure de SPPI semblait avoir une hospitalisation plus courte ou des mesures de soins plus courtes. C'était apparemment une réalisation pratique de l'impact de cette modalité. Un confrère avait répondu « *Puisque c'est utilisé pour des situations « limites », ça ne m'étonne pas tant que ça* ».

Semblerait-il que la question, du fait des proportions moins importantes de cette mesure dans la région des Hauts de France, aurait eu pour conséquence le fait que les confrères accordent une attention moindre au questionnement des impacts de cette mesure sur les

durées d'hospitalisation.

Pour les confrères ayant pratiqué sous l'ancienne réforme, la discussion était plus orientée sur un aspect *« portant à confusion et contraignant »* de la mesure induite par la loi de 2011. Le propos est que la reprise du terme péril imminent entraînait une confusion vis à vis de la modalité de péril imminent de la loi de 1990. La question du déplacement de responsabilité ainsi que la crainte de la *« non assistance à personne en danger »* revenait dans les discussions face à l'occurrence de situations délicates. *« Qu'est ce que tu vas faire, si tu laisses sortir le patient, que la famille ne veut pas d'une prise en charge et que le patient commet un geste ? Un petit tour au tribunal ? »*. Cette crainte vient rejoindre celles relevées lors des débats parlementaires et persiste dans la pratique et la littérature. Cette notion de déplacement des responsabilités étant soulignée dans les discussions, *« Tout décider à la place de la famille, cela peut poser des problèmes »*.

La modalité d'interprétation de la loi, concernant le fait de passer outre le tiers en le considérant incompetent pour agir dans l'intérêt de son proche engendrait également des réflexions. La réponse la plus courante était *« Non, on ne va pas au delà de la volonté des familles, si on passe au dessus, cela complique toujours les choses pour la suite des soins, en tout cas, nous ici on ne fait pas ça, on s'assure des conditions optimales de retour accompagné et de trouver une solution acceptable, mais on ne passe pas au dessus »*. On peut interpréter la présence de la notion de l'alliance thérapeutique pouvant être altérée avec le patient et la crainte de l'absence de tiers dans la suite de la prise en charge. La réponse la plus fréquente était de prendre un temps suffisant pour réaliser un entretien avec les familles réticentes de manière à leur exposer clairement les conséquences de leur refus et les risques encourus. Dans le but d'obtenir un changement de position de cette dernière, de remplir les missions de délivrance d'une information claire, loyale, adaptée et compréhensible, et de tenter de trouver une solution plus

acceptable pour leur proche, eux-mêmes et le praticien.

Une des questions soulevées par un praticien ayant connu les anciennes réformes était : « *Pourquoi ne pas faire intervenir plus tôt le juge dans ce contexte là ? A la manière de ce qu'il est réalisé dans les placements judiciaires* ». « *Après tout, pourquoi a t'on autant la responsabilité seulement représentée par le corps médical et pas les juges ?* » « *Sinon, on peut toujours trouver une justification au fait qu'un geste puisse être un trouble à l'ordre public* ».

Pourrait-on quelque part, sentir la résurgence de l'ancienne méthode de contournement utilisant la modalité d'Hospitalisation d'Office quitte à ne pas utiliser le péril imminent ?

Pour la question de la mise en pratique, le retour principal des discussions était qu'il était assez incohérent dans le principe « *Si j'ai un patient que je connais, de mon secteur déjà pris en soins, mais dont plus personne ne veut entendre parler (d'un point de vue familial), je ne peux pas faire le certificat de SPPI moi-même, je dois attendre la bienveillance et le bon vouloir d'un collègue d'un autre établissement ! Ça complique les choses quand même...* ». Cette volonté du législateur tend sans doute à limiter l'arbitraire possible de la mesure en raison des simplifications de sa procédure. Mais cependant la mise en application « *sur le terrain* » peut donner lieu à des absurdités.

Il semble que la question du tiers et la possibilité de passer outre provoque un certain nombre d'interrogations concernant la pratique. La question du déplacement des responsabilités et de l'éventualité du paradoxe de la demande de soins sans engagement des familles agite l'esprit des confrères. « *Mais que la loi n'est pas claire concernant ces sujets !* ». De même il apparaît que la modalité entraîne beaucoup de questions dans son application, ses limites et précautions d'utilisation dans l'esprit des confrères.

Cela provoque une réflexion à propos de la transmission du savoir au cours de notre pratique. Nous apprenons auprès de nos maîtres dans l'exercice, nous apprenons également leurs représentations, interrogations, concernant les lois et leurs applications. Cela pourrait induire aussi une transmission de leurs certitudes, craintes au sujet des lois et façonner une vision de « *terrain* », qui pourrait être différente de celle de l'esprit du législateur. Cette réflexion est motivée par le fait que la modalité de péril imminent provoque, étrangement, plus de questionnements chez les praticiens ayant connu les anciennes réformes que chez les praticiens n'ayant connu « que » la loi de 2011.

- L'avis du juriste

Pour poursuivre cette optique d'étayer le propos, une juge ayant statué lors d'audience de JLD a été contactée, de manière à réaliser un entretien, comme ceux réalisés avec les confrères.

Le propos était qu'avec la loi de 2011, « *finalement* », deux mondes avec deux visions différentes se côtoyaient à travers la loi, le patient lui-même et le lien représenté par le certificat, l'intérêt médical du patient et l'intérêt des droits du citoyen. D'un côté le monde médical avec un objectif thérapeutique de la mesure de restriction de liberté « rendre au malade autant de la liberté que lui a spoilé la maladie, en restreignant temporairement ses libertés » et de l'autre côté le monde juridique statuant sur les droits du citoyen et le caractère privation de liberté en soit. « Ces deux mondes sont forcés de cohabiter de par la loi, sans nécessairement saisir les spécificité du travail de chacun ».

Les juristes n'ont pas les compétences médicales pour évaluer cliniquement un patient, de par leur formation. Ils se basent sur la lecture des certificats réalisés par les médecins. A ce propos les juristes tiennent compte de l'effectivité des certificats mais également du

patient en face d'eux. La clarté et la lisibilité des certificats nécessitent l'énoncé de la description des symptômes entraînant l'impossibilité à consentir, ainsi que le caractère de la nécessité des soins pour le patient. La discussion a permis d'évoquer que parfois ce caractère pouvait être ardu dans la pratique en raison de certificats « *trop légers* » ou pas « *assez détaillés* », ne rendant pas compte fidèlement de « *la réalité clinique* ». « *Des fois c'est plus ou moins la même chose à force de rédaction de certificats, et on en arrive à faire plus confiance au rédacteur du certificat parce qu'on le connaît* ». Le péril imminent nécessite des mentions particulières dans sa rédaction pour attester de l'immédiateté du danger ainsi que de la justification de l'obtention impossible de tiers. Il s'avère que ces mentions dans la rédaction ne sont pas toujours présentes...

« *On ne va rarement pas contre l'avis du psychiatre quand tout est dans les clous* ».

Une des questions était de savoir si le terme de « *péril imminent* » associé à la procédure pouvait de part ses représentations, son intitulé, avoir un impact sur les juristes. La réponse a été qu'il se retrouvait également dans d'autres procédures notamment dans le droit de la construction « *arrêté de péril* » mais qu'il ne suscitait pas d'interrogations supplémentaires dans leur esprit.

Cependant, le propos a été aussi de dire que de « *devoir statuer sur la procédure de péril imminent était relativement peu fréquent* », mais qu'à l'énoncé des proportions de celle-ci, au niveau national cela pouvait « *effectivement être questionnant sur le propos de l'application et l'applicabilité de cette modalité* ».

Quant à la question de la « *clarté* » de la loi, celle-ci était reconnue comme « *délicate* » en raison des termes employés dans le texte de la loi de 2011.

Après exposition du fait que les mesures et séjours pouvaient durer moins longtemps pour les patients en SPPI, en raison de levées plus précoces de mesures par les médecins, le

propos principal concernait le fait de statuer en tant que JLD plus précocement dans la procédure de soins sans consentement, puisque de fait, ces patients n'étaient pas en possibilité d'être soumis au contrôle par le JLD et de faire valoir leurs droits. L'idée d'un contrôle plus précoce à 72h ne semblait pas être déplacée dans la discussion, en revanche il a rapidement été levé la question des moyens alloués à la Justice et la potentielle difficulté d'applicabilité de modalité de contrôles par le JLD plus précoces.

La question de la formation médicale aux notions de droit concernant les modalités de soins sans consentement a également été soulevée. La réponse tendait vers une réponse favorable à la possibilité d'intervention de juristes au sein de la formation médicale, de manière à éclaircir les questionnements inhérents à ce sujet, de même qu'une collaboration plus accrue du monde médical au monde judiciaire. Les juristes, non pas en tant que « *parole sainte* », mais plutôt dans un intérêt de clarification des termes et partages de connaissances. « *Une façon d'améliorer les conditions de notre compréhension mutuelle et cohabitation par la loi* ».

D - Notion de Compromis

1 - La notion de péril imminent, de « danger » et « d'urgence »

Si l'on développe le propos, cette notion de danger pour la santé ou la vie du patient, couplée bien entendu aux critères conformes à l'article L.3212-1 d'un point de vue décisionnel, n'est-elle pas celle qui nous oriente en temps que psychiatre dans la justification d'une procédure de soins sans consentement sans prendre en compte les modalités d'application ? La loi, notamment depuis la loi de Juin 1990, n'affirme-t-elle pas l'hospitalisation libre comme principe et règle de base, puis ne présente-t-elle pas les cadres dérogatoires à ce principe dans la suite de son déroulé ?

La notion de péril imminent est difficile à distinguer de celle d'urgence, en ajoutant à cela l'appellation de l'ancienne procédure d'urgence de la loi de Juin 1990 nommée péril imminent. Cette appellation de péril imminent manque de clarté, n'est pas explicite quant à la situation visée par la procédure : l'absence de signature de tiers pour effectuer une demande de soins et une situation où le patient est en danger immédiat...

De fait l'impression générale, à la lecture de la loi de juillet 2011, est une terminologie hasardeuse, dans l'optique de nommer des procédures de soins sans consentement en fonction de leurs configurations lors du décisionnel.

Pourquoi ne pas avoir nommé, le péril imminent « *version* » 2011, en tant que *procédure d'hospitalisation sans consentement en l'absence de tiers signataire* ? Ou *procédure d'hospitalisation sans consentement sur décision du directeur en l'absence de tiers signataire* ? Peut être cela aurait-il eu le mérite d'éviter une confusion, de formaliser les procédures de soins et de pallier à certaines dérives ?

2 - La notion de pression institutionnelle

Il paraît important de s'intéresser à la genèse de la décision de soins sans consentement ainsi qu'à celle du principe décisionnel du péril imminent. N'y a-t-il pas une certaine forme de pression institutionnelle des urgences nous orientant vers des voies plus simples pour une hospitalisation sans consentement plus rapide ?

Une des justifications évoquée par les auteurs Gobillot et Al., serait que le recours au SPPI pourrait être relié à la difficulté d'attendre aux urgences. (102)

Le SPPI aiderait à accélérer la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques en orientant ces patients en milieu spécialisé, et par ailleurs diminuerait le phénomène de saturation des urgences générales. Propos que l'on retrouve dans le travail de M.Kliffa (103) ainsi que dans l'article de MN. Vacheron. (124)

Cette précipitation dans l'orientation en SPPI pourrait également être en partie justifiée par le fait que la loi confie à l'établissement d'accueil de chercher, sinon de trouver un tiers dans les 24 heures.

Il existe un risque important lors de la prise de décision de soins sans consentement, en particulier concernant la mesure de SPPI, celui de se retrouver pris « *dans la violence de l'institution de l'urgence* » et « *d'agir de plus en plus vite quitte à évacuer le malade* », comme le souligne M. Kliffa (103) , ainsi que F. Danet concernant la médecine d'urgence. (127)

G.Cambier, dans son enquête qualitative sur la loi du 5 Juillet exposait déjà le risque « *d'hospitalisation rapide sans recul sur la situation clinique* ». (128)

Ces inquiétudes étaient par ailleurs déjà soulevées dans le rapport Robilliard de juillet 2013. (99)

De la même manière, l'initiation d'une mesure de soins sans consentement aux urgences peut s'effectuer dans le contexte d'une « *indifférence* » et de « *désintérêt* » des urgentistes face à la modalité de soins choisie « *Tant que le patient est orienté* »...(103)

3 - Refus de signature de procédure de demande de tiers

Il apparaît important de prêter attention aux éventuelles causes de refus de signature de demande de tiers par la famille, leur fournir une information claire, de manière à les engager au mieux dans le processus de soins, permettrait sans doute d'optimiser la qualité des soins et aussi peut être d'éviter des procédures de SPPI.

- *Hypothèses concernant le refus de signature d'une famille concernant la demande de soins*

En s'intéressant, au fait qu'une famille ou qu'un tiers potentiel puisse être présent, mais refuse de signer une demande de soins. Il s'avère intéressant d'essayer de comprendre cette situation, les raisons pouvant sous-tendre ce refus.

Une des raisons qui apparaîtrait parmi les plus évidentes, semble être une explication insuffisante de l'intérêt de la mesure. L'explication claire loyale et adaptée aux tiers, est nécessaire mais encore faut-il avoir les moyens et le temps dans un contexte d'urgence. Un autre paramètre à prendre en compte étant le fait d'avoir des interlocuteurs enclins au dialogue, la pratique, dans le contexte d'urgence, ne le favorise pas systématiquement.

Le refus de prendre à sa charge la responsabilité morale, la responsabilité de signer un document officiel nécessaire à la réalisation d'une procédure de tiers. Ce sentiment pourrait être corrélé à une mauvaise appréciation de la situation clinique par les familles, une difficulté à réaliser la part des choses entre ce « *qu'il est légitime de réaliser, et ce qui ne l'est pas* ».

Une incapacité à accepter que le « *bien* » du patient puisse être opposé à ses dires ou sa volonté exprimée. La difficulté d'intégrer le fait que le patient en souffrance puisse ne pas être en capacité lui-même de choisir de ce qui est bon pour lui, qui fonderait la demande de soins sans consentement devant la nécessité de soins.

Parfois c'est un sentiment de culpabilité comme si la famille prenait « *la charge de la suppression des libertés de leur proche* », d'enfermer leur proche. « *Ne pas punir notre proche* ». « *Il ne mérite pas ça quand même !* »

La crainte des représailles de la part du reste de la famille, pourrait être une autre explication ainsi que la peur des reproches, des conflits avec le patient lui-même. En réalité, le tiers qui signe la demande de soins est seul lors de la signature, bien qu'il puisse

être accompagné du reste de la famille. Par exemple, des parents signant une demande de tiers pour leur fils, les 2 parents étant d'accord sur la procédure et les soins, mais un seul parent signera la procédure. Quel est donc la charge dans la représentation mentale de cet acte ?

Une idéologie générale péjorative de la psychiatrie, des représentations négatives, c'est ainsi que certaines familles, certains tiers gardent une représentation asilaire et stigmatisante de la psychiatrie, une forme de crainte. Des représentations négatives qui peuvent être véhiculées dans les médias, les discours politiques, le cinéma (on prête encore comme lieu de tournage pour des films sur le monde carcéral des bâtiments de Sainte-Anne à Paris ; *Hannibal Lecter*, reste le psychiatre le plus connu du cinéma...). Ces images qui donnent du fil à retordre lorsqu'il faut convaincre une famille. Les stéréotypes sur la psychiatrie ont la vie dure : « *Quand il va sortir, il sera comme un légume !* » « *Je ne signe pas pour l'envoyer chez les fous !* », « *Y'a que des gens dangereux la dedans !* » « *et les traitements, vous allez le forcer à en prendre je suis sur....* », « *J'ai vu vol au dessus d'un nid de coucou, hein docteur !* ».

4 - Aide aux familles et protection du tiers

Ces questionnements sont soulignés par la HAS en 2005, « *La participation de l'environnement familial et social à la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement et sa nécessaire implication dans les soins sont peu évoquées dans la littérature. En particulier, les difficultés pouvant résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement rédigée par un tiers directement impliqué dans la relation avec la personne du fait de certaines pathologies (paranoïa) ou situations (conflit conjugal ou familial) ne sont pas mentionnées. Ces difficultés semblent pourtant fréquentes* » .(55)

5 - Comment faisait-on avant la loi de 2011 pour l'admission en soins sans consentement en l'absence de tiers ?

La loi de 2011, vient répondre à une problématique ancienne pour laquelle des interprétations de la loi, et des jurisprudences se sont succédées, de manière à pallier à cette faille de la loi. Deux « *pratiques* » ont dominé jusque la loi de Juillet 2011.

Nous allons les développer pour constater que ces problématiques étaient présentes dès le début de la mise en place du cadre réglementaire des lois régissant la psychiatrie, et demeurent encore aujourd'hui d'actualité.

- *1ere pratique : La question du « défaut de tiers », du placement d'office à l'hospitalisation d'office en 1990*

Au début du XX ème siècle, le nombre de placements d'office représente 79% des placements et celui des placements volontaires 21% .(129)

La circulaire du 4 aout 1930, relative aux placements volontaires gratuits, concerne les patients indigents et l'utilisation du placement d'office pour ces patients, critique ce placement comme contraire à l'esprit de la loi de 1838 « *Les aliénés indigents, fussent-ils même les plus inoffensifs des malades, ne sont admis dans les asiles que par voie de placement d'office... Ce système est évidemment critiquable car il n'est pas indifférent que le placement ait ou n'ait pas le caractère volontaire* »(130). Les indigents n'ont pas accès à un placement volontaire car les départements ne financent que le placement d'office. Rappelons que la loi de 1838 prévoit un financement identique aux deux modes de placements en cas d'indigence. Dans le cas des indigents manifestant des troubles psychiatriques, certains maires pouvaient, dans le but de faire bénéficier de soins un malade, demander au praticien de la ville, de rédiger le certificat médical, de telle sorte qu'il ne laisse aucun doute sur la nature de l'aliénation et que la conclusion s'avérait être la

nécessité du placement d'office.

Dans une analyse de 147 dossiers de placements d'office dans les services de la santé mentale de Paris, réalisée en 1982, le constat réalisé par les auteurs était le suivant : « Il semble que dans 83 % des cas, l'absence ou l'éloignement de la famille au moment de l'internement interdirait tout choix : le préfet joue un rôle social en imposant une hospitalisation sur le mode du placement d'office alors que pour bon nombre d'entre eux, le placement volontaire s'avérait possible ».(131)

Les auteurs relevaient plusieurs situations dans lesquelles il était impossible d'obtenir une demande de la famille :

- Absence de famille dans 83% des cas
- Refus de la famille dans 3,6% des cas
- Famille pathologique dans 2,9% des cas
- Conflit familial dans 2,2% des cas
- Pathologies nécessitant que la famille ne soit pas impliquée dans 8% des cas (131)

Les hospitalisations d'office par défaut de tiers sont aussi présentes sous la loi de 1990. P Rhenter en 2006, fait le rapport d'une étude sur les hospitalisations d'office provisoires signées par l'Élu municipal avant confirmation dans les 48h par le préfet. Le constat réalisé est que les Hospitalisation d'Office (HO) sont parfois engendrées par une absence de tiers ou une réticence de la famille, sans qu'il n'existe un danger imminent pour la sureté des personnes comme prévu par la loi.

L'auteur esquisse la réponse à l'utilisation de cette procédure d'HO par la « *raréfaction des tiers assumant les motifs de l'enfermement* ». L'Élu municipal devient tiers qui signe la procédure d'HO, faisant écho à ce qui était déjà présent dans la circulaire d'aout 1930.

L'auteur qualifie de « *mésusage* » l'utilisation de cette procédure d'HO dans ce contexte. L'Hospitalisation d'office était initialement destinée aux patients dont le comportement trouble de façon grave l'ordre public, mais est ici utilisée pour des patients relevant de soins sans consentement, mais sans possibilité d'y accéder en raison d'une absence de tiers présent. (132) Mais le maire n'aurait-il pas pu faire simplement office de tiers, s'intéressant à la santé de l'un de ses administrés ?

La critique de l'utilisation de l'HO en l'absence de demande de tiers se retrouve dans plusieurs rapports, tels que le rapport Strohl en 1997 « *Si l'HDT, anciennement le placement volontaire (PV), devait être plus adaptée à des malades amenés par leur famille, des proches, des tiers, alors que l'HO, anciennement placement d'office (PO) correspondait à des malades isolés de fait ou de par leurs symptômes, cette distinction n'est plus probante* ». (37)

Le rapport Clery Melin de 2003, page 74 réviser la loi 90527 du 27 juin 1990 « *L'absence de tiers ne devrait pas conduire à une abstention thérapeutique ni à une utilisation abusive de la procédure d'HO, le plus souvent inadéquate dans de telles situations* ». (38)

- *2eme pratique: Hospitaliser les patients sans famille demandeuse, en soins sans consentement : Formuler la demande par un tiers n'appartenant pas à l'entourage.*

Une circulaire ministérielle de 1938, condamnant les placements d'office au lieu des placements volontaires gratuits évoque pour la première fois une demande de placement formulée par une personne extérieure à l'entourage du patient. Cette dernière reprenant la difficulté d'obtention d'une demande de tiers dans certaines conditions et attire sur le rôle que peuvent jouer « *les assistants des services médicaux et les assistantes du service social, dépendant de l'hôpital qui fait le placement* ». Cette circulaire était une incitation à

un élargissement de la définition de tiers aux personnels soignants et aux assistantes sociales.

La loi de 1990, à la différence de la circulaire de 1838, restreint le tiers légitime pour demander une admission en précisant que « *La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants des lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil* ».

Contrairement à la loi de 1838, ici, le degré de parenté devient secondaire par rapport à la nature des relations entre le patient et le tiers demandeur.

Cependant, la notion du tiers demandeur n'appartenant pas à l'entourage du patient, comme l'assistante sociale, est validée notamment par des fiches d'information ministérielles de 1991, puis invalidée par des jurisprudences multiples.

Plusieurs rapports concernant la réforme de la loi de 1990 ciblent la pratique de la demande par un tiers administratif. Le qualificatif de « *faux-tiers* » apparaît dans le rapport Strohl en 1997.(37)

La définition de la demande de tiers est modifiée dans la loi de 2011 et confirme les jurisprudences. La demande de tiers est définie de la sorte : « *Une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat* ».

Dans la pratique quotidienne ce type d'admission, avec un tiers administratif, est utilisé jusque la promulgation de la loi de 2011.

On retrouve des résultats d'étude, notamment dans un travail de thèse de médecine réalisé en 2003 et 2004, par J Hugard, « *le nombre de demandes d'admission formulées par des tiers contestables au niveau juridique passe de 100 en 2003 à 67 en 2004, pourtant ... les directeurs d'établissement et personnels d'hôpital représenteraient encore 11,5% des tiers* ». Une importance quantitative de cette pratique, qui s'avère non négligeable. (133)

Une étude réalisée au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil du centre hospitalier de Sainte Anne a pris en compte 1125 procédures d'HDT, initiées, durant le premier semestre de l'année 2010.

Les résultats énonçaient que 7,7% des demandes d'HDT, soit 85 patients, avaient été réalisées par des infirmiers. Dans 48% de ces cas, les patients venaient de province ou de l'étranger, dans 31% des cas le domicile était indéterminé. Dans 56% de ces cas, l'accord de l'entourage, contacté par téléphone était obtenu. Les résultats démontraient que ces admissions se situaient en dehors du cadre législatif et des jurisprudences. En 2010, l'admission au centre hospitalier de Sainte Anne, en soins sans consentement avec un tiers illégitime avait lieu dans une proportion non négligeable. La majorité, de ces patients admis, possédait un domicile éloigné du centre hospitalier d'étude ou n'en possédait pas. Notons que les patients n'étaient pas « *dénués de tiers* » puisque l'accord était obtenu par téléphone mais que la configuration géographique en faisait celle d'un tiers éloigné. (134)

En résumé, on observait avant la loi de 2011, l'existence de pratiques « *détournées* », d'« *aménagements* » au regard de la loi, de « *libertés d'interprétations* » de celle-ci, pour remédier au flou induit par la législation. Ces pratiques étaient usitées dans l'optique de garantir un accès aux soins des patients « *souffrants et subissant* » la configuration

particulière de l'absence de tiers.

6 - Retrait des familles dans l'implication du soin

Quelque soit l'orientation finale du patient après la rencontre des familles, ce temps demeure primordial. La rencontre avec la famille, dans le temps des urgences, lors d'un temps de crise, permet d'amorcer une ouverture dans ce contexte. Cette temporalité particulière permet fréquemment d'enclencher un changement, un apaisement. Cela permet d'informer correctement les familles et de s'assurer d'un retour du patient au domicile dans les meilleures conditions, si ce retour est décidé. Mais surtout cette rencontre, même brève, permet de s'informer sur le patient, sa famille, les liens, créer une double alliance et valoriser le champ des compétences de la famille pour la suite. « *On ne regarde pas une fleur isolée de son jardin, on l'apprécie dans l'ensemble* ».

7 - Faiblesses du fait des procédures de recherche de tiers

Une des questions et piste d'amélioration de cette faiblesse dans la recherche de tiers ne serait-elle pas d'étendre une analyse de recherche à des tiers, et prendre en considération que, dans de rares cas, le directeur de l'hôpital peut être fondé et même tenu de refuser l'admission si la demande de soins est formulée par un tiers dont le directeur estime qu'il n'a pas « *qualité pour agir* » dans l'intérêt du malade ?

A minima, quelques enseignements sont à tirer de la décision de la cour de cassation citée précédemment, décision concernant la recherche d'une personne de l'entourage du patient admis en soins psychiatrique pour péril imminent :

- La mise en place d'une procédure de recherche standardisée, pour définir de

manière homogène pour tous les services des établissements les démarches à engager pour trouver une personne à informer.

- Conduire cette démarche au sein des services de soins, ou en lien avec l'équipe de prise en charge, qui peut seule identifier les personnes de l'entourage susceptibles d'agir, ou de ne pas agir, dans l'intérêt du malade.

E - Propositions

Pour répondre à cette question des pistes d'amélioration de l'utilisation de la procédure concernant la mesure de SPPI, nous convenons qu'il soit possible de raisonner de manière binaire. La mesure de SPPI est une partie intégrante des hospitalisations sans consentement, de fait on peut adopter un postulat par ruissellement qui énoncerait que « *Si on réduit les situations entraînant la mise en place de soins sans consentement, on réduit « ipso facto » le risque de recourir à une procédure de mise en place de SPPI* », c'est l'aspect quantitatif. L'autre aspect du raisonnement concerne l'abord qualitatif de la mesure de SPPI, comment pourrait on l'améliorer ?

1 - Ouvertures sur l'aspect quantitatif

a - La piste des directives anticipées psychiatriques

Le péril imminent, nous l'avons vu, est « *l'exception de l'exception* », la règle étant le soin libre. Mais dans l'absolu, le caractère exceptionnel l'est autant que « *les feuilles mortes en automne* ». Cependant s'intéresser aux outils disponibles, pour arriver à limiter la proportion de soins sans consentement de manière générale, revient à diminuer aussi les situations de mise en place de procédure de SPPI.

En partant du principe que les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent

connaître des fluctuations de leur capacité de discernement(135). En cas d'incompétences décisionnelles et nécessité de soins psychiatriques, le recours aux soins sans consentement, sous 5 modalités d'accès aux soins, est rendu possible et organisé par la loi du 5 juillet 2011 dans l'optique d'éviter tout préjudice pour le patient. (45)

Lors de l'utilisation des procédures de soins sans consentement, le principe de bienveillance dépasse le principe d'autonomie dans l'équilibre éthique du praticien. Or, les soins sans consentement, notamment le péril imminent, ne sont pas sans conséquences pour le patient et sa prise en charge. L'autonomie et l'autodétermination du patient s'avèrent être des piliers essentiels de la prise en charge à long terme particulièrement en cas de troubles psychiatriques sévères, visés par les procédures de soins sans consentement. Par ailleurs on observe depuis 2011 une augmentation proportionnelle des soins sans consentement, à hauteur de 15% pour la France selon le rapport Coldefy de 2017, (Probablement partiellement lié à l'apparition concomitante des mesures de soins en ambulatoire sans consentement, pour nuancer le propos...)(93). Cette augmentation des soins sans consentement, soulève un problème pratique, celui de la contrainte et de ses différentes formes, qui apparaissent difficilement compatibles avec le soin en santé mentale basé sur les droits de l'homme, leur respect et sur l'implication du patient.

Rappelons que les troubles psychiatriques sévères comme la schizophrénie, les troubles schizo affectifs, les troubles bipolaires de type I, sont pourvoyeurs de plus de la moitié des hospitalisations sans consentement. La schizophrénie est même la pathologie la plus représentée parmi ces troubles. (136)(137)

Les directives anticipées en psychiatrie (DAP) pourraient représenter un outil thérapeutique préventif innovant. Cet outil est, par ailleurs, déjà utilisé en pratique courante dans certains pays européens (Suisse, Hollande, Allemagne) et en Inde. L'intérêt des directives anticipées de psychiatrie est de réinscrire un pouvoir décisionnel du patient

concernant les soins et également de préserver son autonomie au moment des décompensations de sa pathologie. Des études ont montré l'efficacité des directives anticipées en psychiatrie permettant de diminuer le nombre d'hospitalisation libre et sans consentement, et en parallèle améliorer l'alliance thérapeutique du patient ainsi que ses prises de décisions.

Cette notion de directives anticipées, apparue avec la loi Leonetti du 22 avril 2005 (138), concernant le droit des patients, est initialement pensée pour les patients en fin de vie. Ce dispositif peut être étendu à toute les situations d'incompétence décisionnelle, notamment en psychiatrie.

La première définition du concept est énoncée par Szasz, chaque personne peut décider de ses soins, et les patients souffrant de troubles psychiatriques, par « *un souhait psychiatrique* » peuvent décider à l'avance de leur prise en charge en cas de décompensation. (139)

Les DAP se présentent sous la forme d'un document papier, écrit, consultable et modifiable à tout moment par le patient. Ce document est rédigé en l'absence de décompensation, lorsque les capacités de discernement sont le moins altérées, dans l'éventualité d'une incapacité décisionnelle concernant une future prise en charge. L'objectif étant de respecter le souhait du patient, au cas où la communication serait altérée par un processus pathologique. On les retrouve dans la littérature nommées de différentes manières « *crisis planning* », « *advance directives* », « *advance statements* », le « *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)* »..

Leur contenu révèle la présence du type de trouble psychique, la désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance, les personnes à contacter ou non en cas de crise, le traitement actuel, les antécédents, les traitements acceptés lors des crises et ceux à éviter, en précisant les alternatives possibles, les prodromes de la crise, la conduite à tenir

en cas de mise en danger, le choix des structures d'accueil du patient, des renseignements sociaux.

Ce document pourrait donc constituer un support pour les équipes soignantes dans l'aide à la prise en charge des patients, dans la prise de décision, dans le cas des urgences lorsque les capacités de discernement sont défailantes.

Ce document, ou la possibilité d'utiliser ce document, dans le cadre de décision de la procédure de péril imminent, pourrait faciliter l'accès à certaines informations concernant le patient, et la présence de tiers à contacter par exemple. Il faciliterait également l'accès aux souhaits des patients en l'absence de décompensation.

Cela permettrait donc d'éviter certaines situations de décision de soins sans consentement et donc par glissement certaines situations de mise en place de procédure de péril imminent. Cependant la littérature actuelle reste relativement pauvre concernant les apports quantitatifs et qualitatifs de ces directives anticipées en psychiatrie (Quelques meta-analyses avec des résultats contradictoires sur la diminution des procédures de soins sans consentement). Mais celles-ci pourraient s'avérer utiles dans l'intérêt du patient et son implication dans le soin, ainsi que dans l'intérêt du psychiatre pour le décisionnel de l'hospitalisation. Cela pourrait permettre de réduire les situations médico-légales complexes et se révéler être une piste de réflexion à l'avenir.

b - Le soin sans consentement, une donnée commune européenne. Le SPPI, une particularité Française ?

Comment nos voisins européens appréhendent-ils la problématique du soin sans consentement et comment gèrent-ils la notion de péril imminent ?

L'intervention de la Cour Européenne des Droits de l'homme (CEDH) a été une des

raisons de la révision de la loi de 1990 ayant abouti à la loi de 2011.

Le 12 avril 1994, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe établit la recommandation suivante concernant la psychiatrie et les droits de l'homme « *En cas de placement non volontaire, la décision de placement dans un établissement psychiatrique doit être prise par un juge* ». (140)

Avant la loi du 5 Juillet 2011, la France portait l'originalité de confier la décision de soins sans consentement uniquement au pouvoir administratif (Directeur d'établissement, Préfet). Pratique en décalage de nos voisins, faisant reposer leurs décisions sur la prononciation de l'admission en soins sans consentement sur le pouvoir judiciaire ou judiciaire et administratif.

Il paraît nécessaire d'observer ce qu'il se passe du point de vue des admissions sans consentement dans d'autres pays et voir si il existe un équivalent de la mesure de SPPI au niveau européen. Remarquons que les débats concernant les privations de liberté du citoyen agitent de la même manière les pays européens notamment la Belgique, le Royaume Uni, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Danemark. Cependant les modèles de recours aux soins sans consentement, ainsi que leur régulation, divergent en fonction des états.

- Le modèle Belge

Le modèle Belge, en terme de de soins psychiatriques, est un modèle purement judiciaire quant à la décision de placement non volontaire en psychiatrie.

La loi du 26 juin 1990 statue sur le fait qu'il appartient au juge de paix de décider d'un placement non volontaire et que ce dernier peut être saisi par toute personne concernée sur la base d'un seul certificat médical circonstancié.

La procédure s'en suit avec dans un délai de 24h, l'établissement d'une date et heure

d'audience dans les 10 jours suivant la sollicitation du juge. S'ensuit un débat contradictoire, ce dernier permettant de statuer sur la demande d'hospitalisation.

Il existe une procédure d'urgence, le Procureur du Roi peut décider d'une hospitalisation dans l'attente d'une validation par le juge de paix qu'il est dans l'obligation de saisir dans les 24 heures. Le juge de paix devra rencontrer la personne concernée par la mesure et a l'obligation de statuer dans les 10 jours. Cette modalité d'admission concerne 70% des admissions sans consentement en Belgique. (141)

- Le modèle Allemand

Le modèle de soin sans consentement Allemand est basé sur la demande d'un tuteur désigné au préalable, soit sur l'intervention de force de police en cas de danger immédiat.

Tout placement est contrôlé par la Justice, tout placement est prononcé par un juge qui est tenu d'entendre la personne hospitalisée dans les 24 heures. (142)

- Le modèle Britannique

La loi britannique limite l'hospitalisation sans consentement aux troubles mentaux les plus graves : conduite agressive et particulièrement irresponsable, selon la classification juridique établie par le « *Mental Health Act* de 1983 ». (143)

Ce système de soin sans consentement est mixte et prévoit diverses modalités d'admissions sans consentement.

Dans le contexte d'une hospitalisation libre, une personne peut être retenue contre son gré pendant 72 heures, dans le cas où sa sortie pourrait comporter un caractère potentiellement dangereux. La décision est prise par le médecin chef et sera validée par l'administration.

Dans une volonté d'observation, une hospitalisation d'une durée maximale de 28 jours

peut être décidée par l'administration de l'hôpital, au vu de deux certificats médicaux et d'une demande d'admission formulée par un proche ou un travailleur social agréé.

Des deux situations précédemment évoquées, une hospitalisation avec un but de traitement peut être décidée pour une durée maximale de six mois renouvelables, selon les formalités similaires à la période d'observation avec une intervention systématique du juge.

Il existe, dans le modèle britannique, une décision d'urgence qui peut être prise sur décision d'un agent de police, après un examen médical, et un entretien avec un assistant social agréé.

Les travailleurs sociaux, ont une place importante dans la mise en place de mesure de soin sans consentement, et ont la tâche d'organiser la réinsertion du patient.

Les soins ambulatoires sans consentement nommés « *Community Treatment Order* », ont fait leur apparition au Royaume-Uni en 2008. (144)

- Le modèle Espagnol

Le modèle espagnol repose sur un système mixte également, judiciaire et sanitaire. L'Espagne concernant les notions d'hospitalisations non volontaires a un recours théorique au tribunal à toutes les étapes du processus de soin sans consentement. De même le traitement ambulatoire involontaire existe depuis plusieurs années, générant des polémiques éthiques, d'alliance thérapeutique et des limitations de libertés individuelles.

Les bases du processus de soins sans consentement en Espagne reposent sur les critères suivant :

- La question de la « *compétence mentale* », en parallèle de l'incapacité à consentir dans

notre législation.

- La nécessité de traitement en milieu hospitalier.
- Le caractère d'urgence.

La notion de « *compétence mentale et son absence* », pour un traitement hospitalier en urgence implique le recours d'un contrôle judiciaire dans le respect des droits civils du patient dès les phases précoces du soin. Cela diminue le poids de la mesure pour le psychiatre, de l'institution ou de la famille du patient.

Il existe 2 possibilités de mesures de soins sans consentement dans la législation Espagnole, une forme ordinaire et une forme urgente.(145)

Le processus ordinaire des soins sans consentement nécessite généralement la participation de la famille qui alerte sur la nécessité d'un avis médical, avec lequel il est permis de débiter une procédure judiciaire. Le juge entend le patient en compagnie du médecin et détermine la nécessité d'un transfert et d'une hospitalisation non volontaire.

Le processus d'hospitalisation sans consentement en urgence est plus souple. La démarche repose sur la nécessité, pour le patient, de recevoir une assistance en urgence lors d'une hospitalisation, appuyé par l'autorité sanitaire, normalement dans les services d'urgence. Le directeur de l'établissement a dans la limite des 24 heures, l'obligation de communiquer la décision d'hospitalisation non volontaire à l'autorité judiciaire correspondante. Le juge rencontrera et entendra le patient ainsi que les personnes que celui-ci aura choisies, en présence du médecin, dans les 72 heures à fin de confirmer ou d'infirmier la mesure de soins sans consentement.

Il existe dans la loi espagnole « *le traitement ambulatoire involontaire* ». Présent depuis plusieurs années dans la législation, cela demeure une alternative plus rapide et moins agressive que l'hospitalisation, cependant ces soins non volontaires ambulatoires

entraînent les mêmes questionnements que le programme de soins introduit par la loi de 2011.

Nous observons aussi, que le flou terminologique est présent également chez nos voisins Espagnols avec notamment la question de la « *compétence mentale* », comment l'évaluer et comment préciser comment comprendre le terme ?

- *Le modèle Italien*

Les soins sans consentement en Italie, reposent sur un système mixte judiciaire et administratif.

Les lois régissant la psychiatrie Italienne, ont pour origine le mouvement des années 1960 illustré par la transformation de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, par Franco Basaglia. La loi issue de ce mouvement, toujours en application, est la loi dite « loi 180 » de 1978. Rappelons que la première loi régissant la psychiatrie en Italie, datait de 1904, centrée sur l'enfermement.

Pour les processus d'hospitalisation volontaire ou non volontaire, les demandes doivent être soumises à une consultation préalable en médecine interne de l'hôpital, puis soumises à la consultation d'un psychiatre. La psychiatrie publique ne s'occupe que des personnes atteintes de maladies mentales et non de personnes souffrant de dépendances, de maladies neurologiques ou de handicap mental.

L'hospitalisation sans consentement, est appelée « *traitement sanitaire obligatoire* ». Mais cette mention ne concerne pas exclusivement la psychiatrie, puisque le « *traitement sanitaire obligatoire* » peut être envisagé en cas d'urgence sanitaire voire de maladies infectieuses.

Pour mettre en place la procédure de « *traitement sanitaire obligatoire* », il faut une demande initiée par un médecin, une confirmation par un médecin de l'hôpital et l'arrêté

du maire. En Italie le maire a la responsabilité d'avertir le juge des tutelles, qui émet dans un délai dans les 48 heures un décret motivé qui valide ou invalide l'hospitalisation. La durée du « *traitement sanitaire obligatoire* » est de sept jours, mais peut-être prolongée. Tous les certificats sont rédigés par les médecins de l'hôpital. Le « *traitement sanitaire obligatoire* » peut être révoqué à partir du moment où le patient accepte la thérapie et l'hospitalisation. Le patient a la possibilité de saisir la justice lors de l'hospitalisation sans consentement.

- *Le modèle Danois*

Le Danemark est une monarchie constitutionnelle depuis 1849. Les patients bénéficiant de soins sans consentement sont exclusivement traités au sein du service public.

La loi régissant le système psychiatrique publique a été promulguée en 1938, remaniée en 1989 et concerne les privations de libertés, ainsi que les mesures de contrainte comme les traitements médicamenteux sans consentement, les isolements en chambre ou les traitements ambulatoires. (51)

Pour les soins sans consentement, c'est un médecin, psychiatre ou non, qui rédige le certificat d'admission, valable uniquement si le médecin n'est pas employé de l'hôpital auprès duquel le patient sera pris en charge.

On retrouve 2 modalités d'admissions sans consentement, se basant pour l'une sur le critère de dangerosité immédiate et l'autre sur la nécessité de traitement. La police intervient dans les deux cas, et le certificat doit être validé par un juriste du département de police et un médecin de l'unité qui accueille le patient. Les forces de l'ordre ont l'obligation d'accompagner la personne jusque l'arrivée en hospitalisation.

L'hospitalisation volontaire peut être convertie par la suite en soins sans consentement par

le psychiatre du service sans intervention de la police. Cependant l'hospitalisation sans consentement ne donne pas la possibilité d'utiliser le traitement médicamenteux contre la volonté du patient.

On retrouve dans la loi psychiatrique un encadrement particulier du traitement médicamenteux sous contrainte, « *obtenir le consentement pendant trois jours de suite au minimum, avec le même médicament et la même posologie de départ* ». Après cette période, en cas de refus du patient, le médecin responsable peut décider d'un traitement psychotrope sans consentement. Il existe un conseil juridique psychiatrique permettant de statuer en cas d'opposition du patient à la décision. Conseil dont il faut attendre l'aval avant d'initier le traitement. (146)

Dans la loi Danoise, il existe la possibilité de traitement ambulatoire sous contrainte. Mais ses conditions diffèrent de celles de la législation française, le patient doit avoir été hospitalisé sans consentement au moins 3 fois au courant des 3 dernières années, et un suivi par une équipe ambulatoire se rendant à domicile doit avoir échoué...

On remarque, par la description succincte de ces différents modèles législatifs du soin sans consentement, que les questionnements inhérents à la loi de 2011 sont présents en Europe et que les pays ont abordés la question de manières différentes. Ce bref tour d'horizon législatif témoigne d'une pluralité de manières de gérer la question du soin sans consentement en psychiatrie. Ces différences nous incitent à penser que la mise en œuvre des législations découlent de facteurs multiples se rapportant à des dimensions historiques et culturelles, couplées à l'organisation des dispositifs sanitaires et judiciaires régissant chaque nation. On observe par ailleurs une judiciarisation très précoce des soins sans consentement dans certaines nations comparativement à notre législation.

La privation de libertés individuelles demeure au cœur de la problématique, les modes d'entrée en soin sans consentement différent. Nous ne sommes pas habilités à déclarer quel pays à le meilleur système, mais sous certains aspects, la législation Française, bien qu' imprécise, évasive, paraît plus humaine...

Cependant, parmi les soins sans consentement en Europe, on ne retrouve pas la notion de péril imminent, propre donc, à la législation française.

c - Les autres pistes à évoquer pourraient être

- « Les premiers secours en santé mentale » formation grand public mise au point en Australie en 2000 et étendue sur 28 autres pays dans le monde. Arrivée en France en 2018 de PPSM, cette formation pourrait en effet permettre d'améliorer les connaissances du grand public concernant la maladie mentale et par la même occasion de diminuer la stigmatisation de cette dernière ainsi que permettre de fournir un soutien plus adapté aux personnes présentant des troubles psychiques débutants ou « chronicisés » (147)

- Des campagnes de dé-stigmatisation destinées au grand public concernant la maladie mentale

- L'amélioration de soins collaboratifs avec un parcours de soins dédiés, le médecin généraliste étant le premier « *receveur* » de patients souffrant de troubles psychiques, mais nécessitant de fait une collaboration étroite avec des psychiatres

- Le développement de centres de dépistage et prise en charge de psychoses émergentes, encore trop peu nombreux en France.

2 - Pistes et améliorations de la mesure de péril imminent du point de vue qualitatif

- Impliquer et sensibiliser les médecins urgentistes à l'évaluation des hospitalisations et des soins sans consentement ainsi que les enjeux de cette modalité (60% des SPPI proviennent des urgences...)

- L'éventualité de la réalisation de deux certificats initiaux pour valider la mesure de SPPI. Cela pourrait permettre en effet de réorienter la décision de SPPI, non sur un choix d'économie temporelle, mais plutôt ré-axer le propos sur l'impossibilité de contacter un tiers demandeur.

- La création d'une modification de la mesure de SPPI en SPDTu via une procédure simplifiée dans un délais de 72h une fois qu'un tiers a été identifié et soutient la démarche d'hospitalisation. De fait cela permettrait effectivement de réintroduire un tiers dans le processus d'hospitalisation et de soins comparativement à la mesure de SPPI ou l'économie d'un tiers est présente (Cela ne retarderait-il pas également le passage devant le JLD, au prix d'une lourdeur procédurale?)

- La création de lieux plus adaptés à l'évaluation et aux soins des patients, notamment en autorisant une observation prolongée, en l'absence des aléas des urgences, de la pression du flux de patients, pourrait permettre de mieux apprécier le tableau clinique, les fluctuations, le positionnement intra familial, l'entourage et le réseau de soin, et ainsi peut être éviter le recours au mesures de soins sans consentement et notamment de SPPI.

- L'hypothèse d'une intervention plus précoce du JLD à 72h, par exemple pourrait s'envisager pour statuer dans des plus brefs délais et éviter ainsi un échappement au contrôle de la mesure. Ce délai de contrôle du JLD s'avère variable d'un pays à l'autre : 21 jours pour l'Irlande, plus précoce dans d'autres pays Européens ou au Quebec, voire même lors de la judiciarisation lors de la prise de décision de l'admission en Allemagne ou

au Luxembourg.

La clarification de la loi des termes de péril imminent, notion prêtant à confusion en raison de sa présence dans deux lois différentes sans avoir la même signification. Le péril imminent étant perçu en réalité comme une notion d'appellation d'une modalité d'entrée en soins sans consentement, mais cette terminologie est hasardeuse car la notion de péril imminent est difficile à dissocier des notions d'urgence et des notions de danger pour le praticien. Pourquoi ne pas renommer la loi « admission sur décision du directeur de l'établissement sans tiers » ?

Conclusion

Au terme de ces réflexions, nous pouvons constater que l'utilisation du terme de péril imminent de façon hasardeuse dans le cadre législatif régissant notre spécialité entraîne des conséquences indéniables sur notre pratique quotidienne ainsi que sur l'objet de notre soin, le patient.

Si nous n'attendons pas de la loi d'être parfaite, nous attendons néanmoins qu'elle soit « *claire* », compréhensible, applicable, conforme à ses motivations initiales, et surtout qu'elle réponde aux conditions réelles d'applications. La loi se doit d'être sans ambiguïté pour être appliquée dans les règles de l'art.

Les mots, mal choisis, dans la vie courante, peuvent avoir des effets plus ou moins préjudiciables, nous en avons tous eu l'expérience. Dans les lois, la conséquence de terminologies imprécises peut avoir des répercussions inattendues. Les mots utilisés et laissés libres d'interprétations, aussi courts, fussent-ils, peuvent engendrer des conséquences sur la lecture et de fait dans l'application de ces lois.

Ainsi, le péril imminent, sujet de cette thèse, en est malheureusement un bon exemple. « *Seulement* » deux mots, associés à une expression libre d'interprétation dans la loi peuvent de fait entraîner une interprétation différente de celle de « l'esprit de la loi » et générer des répercussions considérables. Nous posons des mots sur les maux, parfois les mots peuvent entraîner des maux, en particulier dans les lois.

La loi actuelle, ou du moins dans sa formulation actuelle, ne nous apparaît donc pas répondre à cette attente de clarté et d'applicabilité. Elle mériterait donc d'être améliorée, nous allons donc esquisser ce que pourrait être, au regard de notre analyse une adaptation envisageable du corps législatif régulant notre pratique.

Gardons à l'esprit, en préalable, que le terme de « péril imminent », en lui-même, dans sa définition sur le plan sémantique, est relativement clair, mais c'est de sa contextualisation dans les lois actuelles que naît la problématique. De ce contexte découle des interprétations de la loi qui dépassent la « *pensée première* » du législateur.

Nos propositions s'appuieront sur des données de la pratique de l'art de la psychiatrie et sur des données plus théoriques relatives à la rédaction du texte de loi.

Dans une logique fondée sur la pratique actuelle du « péril imminent » dans la loi depuis 2011 :

- Instituer une formalisation légale concernant la définition de ce qui caractérise la notion de la « recherche de tiers ».
- Instituer une formalisation légale plus précise de ce qui caractérise le « péril imminent » dans le contexte de la loi.
- Formaliser de façon légale l'information à délivrer au tiers.
- A propos de l'établissement pratique de la mesure, prévoir la nécessité de deux certificats médicaux initiaux, au lieu d'un seul, permettrait de réduire les risques de détournement de cette mesure pour la réorienter vers le concept de l'absence de tiers plutôt que vers des usages dévoyés légalement admis, visant plus la simplicité et la rapidité de mise en œuvre.
- Introduire la mise en place d'un contrôle du Juge des Libertés et de la Détention, plus précoce, par exemple 72h à partir de la date d'admission des patients sous le type de mesure de soins sans consentement sans tiers. Le but étant d'assurer aux patients la possibilité de faire valoir leurs droits, même si ce contrôle reste au 12ème jour pour les autres modalités de la loi.

- A propos de la procédure de recherche de tiers pour « *information* » imposée légalement au directeur de l'établissement dans les 24 heures, le fait d'inscrire dans la loi la proposition systématique de réalisation d'une demande de tiers lorsqu'un tiers est identifié. Dans le but de convertir la mesure de SPPI en SPDT « adaptée », proche de la configuration de ce qu'est déjà la mesure de SPDTu actuelle, dans la poursuite de la mesure déjà en place de l'admission mais avec l'introduction légale du statut de tiers et ce qu'elle implique pour réintroduire le « sens » et la fonction première du tiers dans le soin et à l'égard du patient.
- Introduire une mesure facilitant la conversion administrative de SPPI en SPDT « adaptée », dans le but de ne pas « redémarrer » une nouvelle mesure qui rallongerait la date d' intervention effective du JLD.

Dans une logique théorique :

- Ne serait-il pas nécessaire d'entamer, enfin, de manière pro-active la constitution d'un nouveau projet de réforme de la loi ? De manière à s'affranchir du contexte tristement habituel des révisions législatives actuelles « *En réponse à une décision du conseil constitutionnel* » . Une consultation de l'ensemble des acteurs intéressés par la loi, affranchie de pressions extérieures, ne serait-elle pas indispensable ? A l'image du « modèle » de la préparation de la loi de 1838 et de ses débats de plus de 18 mois, qui de fait est demeurée adaptée, à quelques aménagements marginaux prêt, pendant plus d'un siècle et demi ? La consultation de l'ensemble des acteurs de soins, praticiens, professions médicales et paramédicales associées aux soins psychiques, syndicats de médecins, professionnels du Droit et leurs représentants, associations d'usagers, législateur apparaît plus que nécessaire.
- Réformer la Loi régissant les modes d'admission en psychiatrie dont l'un des

intérêts permettrait également de renommer les modalités d'admissions en hospitalisations de manière plus précise, sans ambiguïté admise. Ici, nous visons particulièrement la terminologie de péril imminent, utilisée pour caractériser la modalité d'admission en soins psychiatriques en cas de « péril imminent », dans l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers et ne nécessitant qu'un seul certificat médical initial. La dénomination malvenue de cette modalité, source de bien des égards, pourrait être « Soins psychiatriques sans consentement dans le cas d'absence de tiers » ou « Soins psychiatriques sans consentement, en l'absence de tiers, à la demande du directeur d'établissement ».

- Clarifier les autres terminologies laissées libres d'interprétations dans la Loi, comme le terme « Impossibilité d'obtenir une demande de tiers » en précisant les formalisations exactes de ces situations « d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers » au sens légal.

Ces améliorations nous permettraient, sans doute, de mieux nous consacrer au fondement principal de notre pratique qui est, et doit rester, le soin du patient souffrant de maladie mentale en s'affranchissant de la menace latente du risque médico-légal. Cette crainte ne devrait aucunement incliner notre pratique, ni être une épée de Damoclès en raison d'imprécisions législatives.

Sources

1. Bougerol T. Histoire de la psychiatrie [En ligne]. Grenoble: Université Joseph Fourier ; 2012[cité le 3 Jan 2021]. Disponible: http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf
2. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983.14
3. Spitz S. Humeurs Théorie des.Universalis. Paris : Encyclopædia Universalis:[date inconnue] ; [cité le 20 fev 2021] [En ligne]. Disponible: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-humeurs/>
4. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 28
5. Giffard A.-E. Précis de droit romain Troisième édition. Paris: Librairie Dalloz ;1938.1, 292-293.
6. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 34
7. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 35
8. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 36-37
9. Zangerlin H. L'admission à l'hôpital psychiatrique : Pour qui , Pour quoi ? [Mémoire de DES de psychiatrie]. Lille : Faculté de medecine de Lille; 1986.
10. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse : Ed. Privat; 1983. 46
11. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse : Ed. Privat; 1983. 56-59
12. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse : Ed. Privat; 1983.71-72
13. Bosch HVA, Pays-Bas. La Nef des fous [Huile sur bois (chêne)Internet].1475[cité le 20 aout 2021]. 0,33mx0,58m. Disponible: <https://collections.louvre.fr/ark:/53355/cl010062860>
14. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 108
15. Depauw J. Pauvres, pauvres mendiants, mendiants valides ou vagabonds ? Les hésitations de la législation royale [En ligne]. Université de Nantes : Revue d'histoire moderne et contemporaine 21 (3);1974 [cité le 22 fev 2021].401- 418. Disponible:

https://www.persee.fr/docAsPDF/rhmc_0048-8003_1974_num_21_3_2307.pdf

16. Carrez J-P. La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime : lieu d'exclusion et de punition pour femmes [En ligne]. *Varia: Criminocorpus*; 2008[cité le 12 mar 2021]. 1-5. Disponible: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/264>

17. El Ghouli F. Enfermer et interdire les fous à Paris au XVIIIe siècle : une forme d'exclusion ? *Cahiers de la Méditerranée*. 2004;69:175-187.

18. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 112

19. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 111-112

20. Renner C. Quelques propos autour de la phrénologie [En ligne]. *Histoire des sciences médicales* 45(3) ; 2011[cité le 21 mars 2021]. 250-256. Disponible: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2011x045x003/HSMx2011x045x003x0249.pdf>

21. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse : Ed. Privat ; 1983. 121

22. Hogarth W. A Rake's Progress, plate 8 [En ligne]. Londres: The British Museum. A Rake's Progress, plate 8 [Image]; [Consultée le 24 juin 2021]. Disponible: https://www.britishmuseum.org/collection/object/P_S-2-49

23. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat ; 1983. 115-116

24. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat ; 1983. 116

25. FranceArchives [Internet]. Tout est perdu, la Bastille est au pouvoir des Parisiens; 2021 [Cité le 10 août 2021]. Disponible : <https://francearchives.fr/fr/actualite/166789577>

26. Ministère de l'Intérieur- Circulaire du 17 septembre 1804 sur la réclusion des insensés [Internet]. p3 [Cité le 14 janv 2021]. Disponible: <http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76688&M=tdm>

27. Landron G. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés [En ligne]. *Déviance et société*; 1995 [consulté le 25 mar 2021]. 19(1) . 3-21 Disponible: https://www.persee.fr/docAsPDF/ds_0378-7931_1995_num_19_1_1559.pdf

28. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Ed. Privat; 1983. 317-318

29. Géricault T. La Monomanie de l'envie Musée des Beaux Arts [En ligne]. [Cité le 25 juin 2021].

Disponible: <https://www.mba-lyon.fr/fr/fiche-oeuvre/la-monomane-de-lenvie>

30. CHS-Charcot. Psychiatrie contemporaine [En ligne]. [cité le 23 juin 2021]. Disponible: https://www.ch-charcot56.fr/wp-content/uploads/sites/12/2019/12/psychiatrie_contemporaine.pdf

31. Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés [En ligne]. Ascodocpsy. Disponible: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Loi_30juin1838.pdf

32. Ministère de la Santé Publique. Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental [En ligne]. Ascodocpsy. Disponible: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_13octobre1937.pdf

33. Ministère de la Santé Publique et de la population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [En ligne]. Ascodocpsy. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

34. Ministère de la Santé Publique. Circulaire n° 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies [En ligne]. Ascodocpsy. Disponible: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire431_14mars1972.pdf

35. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique [En ligne]. Legifrance. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232/>

36. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1) [En ligne]. Légifrance. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384>

37. Strohl H, Clemente M. Rapport n° 97081 septembre 1997 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. IGAS

38. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. 2003

39. Lopez A, Yeni I, Valdes-Boulouque M, Castoldi F. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raisons de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation [En ligne] IGAS, IGSJ; 2005 [cité le 12 avr 2021]. Disponible: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000110.pdf>

40. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [En ligne]. Legifrance. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>

41. Loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République (1)[En ligne]. Legifrance.
Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000019237256>
42. Décision QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010
43. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrie.2012;170(10):693-698.
44. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Journal Français de Psychiatrie. 2013;3(38):25-7
45. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1)[En ligne]. Legifrance.
Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722>
46. Décision QPCn° 2011-174 du 6 octobre 2011
47. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [En ligne]. Legifrance. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027996629>
48. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 26 Janvier 2016.
49. Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021- Article 84.[En ligne]. Legifrance. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379
50. Consentement- Définition, synonymes, conjugaison, exemples Dico en ligne Le Robert [En ligne];[cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/consentement>
51. Hanon C, Pascal J-C. Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. Montrouge: Doin « Polémiques »; 2014.316
52. Amiel P. « Code de Nuremberg » : texte original en anglais, traduction en et adaptation en français article 1^{er} des cobayes et des hommes: expérimentation sur l'être humain et justice [En ligne]. Paris: Belles Lettres; 201. Disponible: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-codenuremberg-tradamiel.pdf>
- 53.Code de la Santé publique. Article R.4127-36.Légifrance[En ligne].[cité le 12 janv 2021].

Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588188

54. Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Annales Médico-psychologiques*. 1999;157(4):269-276.

55. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005

56. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contrainte et justice procédurale. *Annales Médico-psychologiques*. 2016 ;174(10) : 832-838.

57. Horassius M, Horassius N. Droits des malades : information, consentement. . . Dignité.. *Information Psychiatrique*. 2001;77(7):674-679.

58. Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. *EMC Psychiatrie* 2015;12:1–11 [Article 37-901-A-70]

59. Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*. 2011;169(7):409-415

60. Moutel G. Entre consentement et refus de soins : éclairage éthique. *Santé Mentale* 2011;161:20–23.

61. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *Encéphale* 2014;40:247-54 .

62. Conseil de l'Europe. Recommandation (2004)10 Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. 2004. [En ligne]. Searc.coe.int. Disponible sur: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc33e

63. Jonas C. Les soins sans consentement : des principes juridiques forts soutenant une éthique pragmatique du soin. Pascal JC, Hanon C. Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. Montrouge: Doin « Polémiques »; 2014. 25–45

64. American Psychiatric Association. Guideline for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. *American Journal of psychiatry*. 1983;140(5): 672-679.

65. Contrainte - Définition, synonymes, conjugaison, exemples Dico en ligne Le Robert [En ligne]; [cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/contrainte>

66. Iversen K, Høyer G, Sexton H. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(6):504-511.

67. Monahan J, Hoge S, Lidz C, Roth L, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment : understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*. 1995;18(3)249-263.
68. Code de la Santé Publique - Article L 3212-1 [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687918/2000-06-22
69. Code de la santé Publique. Article R3211-13[En ligne].[cité le 11 juin 2021]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029374412
70. Code de la Santé Publique- Article L.1111-7[En ligne].[cité le 12 juin 2021]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024316824/2015-11-24
71. Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal. [En ligne]. Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068643/>
72. Avis CADA. 18 novembre 2010, n°20104400-ND (copie de la demande du tiers à l'origine d'une HDT - refus). [En ligne] Direction des affaires juridiques. 2010.[cité le 13 juin 2021].Affairesjuridiques.aphp. Disponible: sur :<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/avis-cada-18-novembre-2010-n20104400-nd-copie-de-la-demande-du-tiers-a-lorigine-dune-hdt-refus/?pdf=607330>
73. Littré - interner - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible: : <https://www.littre.org/definition/interner>
74. Littré - internement - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible:<https://www.littre.org/definition/internement>
75. Londres A. Chez les fous. Le serpent à plumes; 1999:p76
76. Littré - placement - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://www.littre.org/definition/placement>
77. Littré - hospitalisation - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://www.littre.org/definition/hospitalisation>
78. Littré - soin - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://www.littre.org/definition/soin>
79. Littré – psychiatrie - définition, citations, étymologie [En ligne].[cité le 5 sept 2021]. Disponible: définition psychiatrie: <https://www.littre.org/definition/psychiatrie>
80. Larousse E. Définitions : péril - Dictionnaire de français Larousse[En ligne];[cité le 5 sept 2021].

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9ril/59558>

81. Larousse E. Définitions : imminent - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]; [cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imminent/41708>

82. PERIL : Définition de PERIL [En ligne]. [cité le 2 fevr 2021]. Disponible: <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/peril>

83. PERIL : Etymologie de PERIL [En ligne]. [cité le 1 sept 2021]. Disponible: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/peril>

84. Littré -imminent - définition, citations, étymologie [En ligne]. [cité le 5 sept 2021]. Disponible: <https://www.littre.org/definition/imminent>

85. IMMIMENT: Définition de IMMIMENT [En Ligne]. [cité le 2 fev 2021]. Disponible: <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/imminent>

86. IMMIMENT: Définition de IMMIMENT [En Ligne]. [cité le 2 fev 2021]. Disponible: (<https://www.cnrtl.fr/definition/imminent>)

87. Ministère Solidarité santé. Foire aux question – reforme des soins psychiatriques – janvier 2013.pdf [En ligne]. [cité le 22 mars 2021]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reforme_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013.pdf

88. Musée virtuel de l'Absinthe. Le Monde des Antiquité de l'Absinthe [En ligne]. Carte postale. L'absinthe corrompt la société française [Cité le 16 fev 2021]. Disponible: <http://www.museeabsinthe.com/absinthe-CARTES-8.html>

89. Code Pénal - Article 223-6 [Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 5](#) [En ligne]. Legifrance. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000037289588

90. Code de la construction et de l'habitation. Article L.511-3 Modifié par Ordonnance n°2005-1566 du 15 décembre 2005 - art . 5 JORF 16 décembre 2005 [En ligne]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006825767/2006-10-01)

91. Code la Santé Publique. Article L 3212-3 Version en vigueur du 22 juin 2000 au 01 août 2011. [En ligne]. [Cité le 4 fev 2021]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687920/2000-06-22/

92. 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 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n°205: IRDES; 2015 [cité le 4 fév 2021]. Disponible:

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

93. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n°222: IRDES; 2017 [cité le 5 fév 2021] Disponible:

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

94. Falret J-P. Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés. Paris: Adolphe Everat; 1837

95. Moreau D, Rhenter P. Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France. Regards sur l'actualité. 2009;(354):36-47.

96. 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 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n°205: IRDES; 2015. Graphique 1.Part des patients par modalité de prise en charge sans consentement en psychiatrie en 2010 et 2012[Image]; [cité le 8 fév 2021].

Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

97. 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 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n°205: IRDES; 2015. C1.Part des patients pris en charge sans consentement admis

en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) par département en 2012[Image]; [cité le 8 fév 2021]. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf> Carte IRDES 2015. Biblio à faire

98. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n°222: IRDES; 2017. C. Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge[cité le 5 fév 2021] Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf> Carte IRDES 2017. biblio à faire

99. Robiliard D. Rapport n°1284 du 17 juillet 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie[En ligne]. Assemblée Nationale; 2013.[cité le 6 juin 2021]. 145p. Disponible: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1284.asp>

100. Debieve DJ. Innovation légale : la contrainte sans tiers. Pdf [En ligne].[cité le 3 fev 2021]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdsp_president_nord.pdf

101. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M.-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins. L'encéphale. 2014;40(6):468-473.

102. Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI):

une solution de facilité? Etude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier le Vinater. L'information psychiatrique. 2015;91(4):339-347.

103. Klifa M. L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soin sans consentement. [Thèse de Doctorat en médecine]. Lyon : Université Claude Bernard-Lyon 1, Faculté de médecine Lyon est; 2014 [Cité le 17 mars 2021]. Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr>

104. F2RSM. La psychiatrie dans les Hauts-de-France. Évolutions depuis 2000 [En ligne]. F2RSM; 2019 [cité le 21 mai 2021]. 20-21. Disponible: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/20170.pdf>

105. F2RSM. La psychiatrie dans les Hauts-de-France. Évolutions depuis 2000 [En ligne]. F2RSM; 2019. Figure 9: Evolution du nombre de patients relevant de soins sans consentement en service de psychiatrie. Hauts- de-France. 2008-2017 [Image]; [cité le 21 mai 2021]. Disponible: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/20170.pdf>

106. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 [En ligne]. Questions d'économie de la santé, n° 193: IRDES; 2013 [cité le 5 fev 2021]. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

107. Mesu R-C, 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. Annales médico-psychologiques. 2018;176(3):249-255.

108. Dauriac-Le Masson V, Peiffer C, Barruel D, Perquier F, Gourevitch R. Caractérisation d'une population de patients hospitalisés sous contrainte en ASPDT/u et ASPPI à partir d'un service d'urgence psychiatrique parisien. L'Encéphale. 2019;45(5):405-412.

109. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, Gohier B. Etude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. Annales médico-psychologiques. 2015;173(2):136-142

110. Michel A, Alamowitch N, Gourevitch R. Séjours courts et longs en ASPPI : comparaison des données cliniques et extra-cliniques issues de 250 certificats initiaux. L'Encéphale. 2018;44(5):415-420.

111. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°87 Refus de traitement et autonomie de la personne [En ligne]. Ccne-ethique. [consulté le 06 juin 2021]. 39. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

112. Maucort E, Barraine P, Evrard A, Botbol M, Walter M, Barais M. L'hospitalisation sous contrainte : décision sous contrainte? Une étude qualitative avec des médecins généralistes. Exercer. 2017;129:121-129.

113. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. *Revue de médecine légale*. 2018;10(2):50-56.
114. Thibaudeau C. Quels sont les ressentis des médecins en charge d'initier une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ? Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ille-et-Vilaine, exploré par une enquête qualitative.[Thèse de doctorat en Médecine].Bretagne Loire: Université Bretagne Loire; 2018 [cité le 13 mai 2021]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02142092/document>
115. Hotzy F, Marty S, Moetteli S, Theodoridou A, Hoff P, Jaeger M. Involuntary admission of psychiatric patients : referring physicians' perceptions of competence. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(7- 8):580-588.
116. Révision de la loi 1990. Communiqué de l'UNAFAM[En ligne]. Unafam 13-Bouches du Rhone.2010 [cité le 12 aout 2021]. Disponible: <https://www.unafam13.org/revision-de-la-loi-de-1990-communique-de-lunafam>
117. Lachaux B. La loi du 5 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit.PSN.2011;9(4):177-180
118. Odier B. Réforme de la loi de 1990 : réunion des fédérations hospitalières et des conférences de présidents de CME. Ministère, 20 avril 2010. *L'information psychiatrique*. 2010;86(6):475-476
119. Dini M. Rapport n°487 du 3 mai 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
120. Cabié M-C. Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011.*Revue pluriels*. 2013;(99-100):14-16.
121. Jonas C, Senon J-L. Responsabilité en psychiatrie adulte. In: *Encyclopédie Médico Chirurgical, Psychiatrie*, [37-900-A-30], 2003.
122. Levasseur G. Non-assistance à personne en péril [Extrait du « cours de droit pénal spécial », les cours de droit, Paris 1967-1968][En ligne].[cité le 12 fev 2021]. Disponible: https://ledroitcriminel.fr/la_science_criminelle/penalistes/la_loi_penale/infraction/pcpales_incrim/leveur_non_assist.htm
123. Quillerou B, Bouchard J-P. Prises en charge de situations psycho-légales complexes aux urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques*. 2019;177(8):835-838.
124. Vacheron M-N. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? *L'Encéphale*. 2014;40(2):97-99.

125. Arrêt cours de cassation du 26 septembre 2013.[En ligne]. [Cité le 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/IMG/pdf/2014-12-18-c-cassation-confirmation-mainlevee-spi-ca-douai-2013-09-26.pdf>
126. Couturier M. La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle. *Revue Droit Sanitaire et Social* 2012;1:97-111.
127. Danet F. La médecine d'urgence. *Du sale boulot à l'expansion sans limite. Les cahiers internationaux de psy sociale*. 2008;78(2):67-78.
128. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*.2013;25(6):793-802.
129. Bernardet P. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France de 1838 à nos jours[En ligne];[cité le 23 mars 2021] Disponible: http://www.groupeinfoasiles.org/allfiles/theses-etudes-doctrine/Contribution_etude_evolution_HO.pdf
130. Circulaire du 4 août 1930 relative aux placements volontaires gratuits[En ligne].[cité le 12 avr 2021].Disponible: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_4aout1930.pdf
131. Vidon G, Caroli F, Muldworf L, Caroli F. Le PO en question, à propos de 147 dossiers. *Synapse*. 1985;17:89-91.
132. Rhenter P. Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office. *Rhizome* : 2006 ; 24 : 7-8
133. Hugard J. Hospitalisation à la demande d'un tiers - De la croyance à la réalité des internements. [Thèse de doctorat de médecine] Dijon ; 2006
134. Almendros C. HDT en psychiatrie : Quand les IDE signent. *Infirmière magazine*. 2011;277:10.
135. Srebnik, D-S.,Fond, J-Q-L. Advance Directives for Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*. 199 ;50(7) :919–925.
136. Salize H-J, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004;184:163-168.
137. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale[En Ligne].*Questions d'économie de la santé*, n°202: IRDES; 2014 [cité le 4 fév 2021]. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants->

[de-la-variabilite-territoriale.pdf](#)

138. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [internet]. Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>

139. Szasz T-S. The psychiatric will : A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry. American psychologist. 1982;37(7):762-770

140. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1235, Psychiatrie et les droits de l'homme [En ligne]. Strasbourg : Assemblée Parlementaire ;1994 [Cité le 15 aout 2021].2 . Disponible sur: <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0xNTI2OSZsYW5nPUZS&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJIZi1XRClBVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xslparams=ZmlsZWlkPTE1MjY5>

141. Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux 26 JUIN 1990[En ligne].[Cité le 10 aout 2021].Disponible:http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=1990009905&la=F

142. Hofmann W, Kuhn P, Feyahn J. La psychiatrie allemande réformée pour responsabiliser le patient. Soins psychiatrie. 2012;33(283):20-22.

143. Mental Health Act 1983- Chapitre 20 [En ligne].Legislation.gov. Disponible: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>

144. Trojak B. Hospitalisations sans consentement: faut-il en définir les indications?[Master d'éthique médicale].Paris: Université Rene Descartes; 2006[cité le 6 aout 2021]. Disponible; http://ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m2_trojak.pdf

145. Garcia-Ribeira Comdor C, Soriano Campos R. L'internement et le traitement sans consentement en Espagne. Soins psychiatrie. 2012;33(283):23-26

146. Urfer-Parnas A. Liberté de prescription au Danemark. L'Information Psychiatrique. 2005;81(3):254-256.

147. Mental Health First Aid Australia-Mental- Guidelines [En ligne].[cité le 1 sept 2021] Mhfa. Disponible: <https://mhfa.com.au/mental-health-first-aid-guidelines#mhfaesc>

AUTEUR: Nom : BOT

Prénom : Alexandre

Date de soutenance : 18 octobre 2021

Titre de la thèse : De l'utilisation du terme péril imminent dans la pratique.

Réflexions et implications concernant le terme péril imminent

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Psychiatrie Adulte*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : soins sans consentement, admission en soin psychiatrique en cas de péril imminent, Loi du 5 juillet 2011, Loi du 27 juin 1990, Loi du 27 septembre 2013, tiers, application, sémantique, contrainte, danger, urgence

Résumé :

Cette thèse propose une réflexion structurée en quatre axes afin d'étudier l'impact de l'utilisation du terme péril imminent dans le cadre législatif psychiatrique français. Ce travail développe comment l'emploi imprécis de ce terme dans les lois peut entraîner des répercussions considérables.

Premièrement, un historique de la maladie mentale et de la psychiatrie, illustrant l'évolution du malade mental dans la société jusqu'à son accession aux soins, est réalisé. Une deuxième partie est consacrée au cadre législatif régissant l'accès aux soins psychiatriques et plus particulièrement, les principales lois, de la loi de 1838 jusqu'aux lois actuelles. Les contextes d'élaborations, caractéristiques et modalités d'entrées dédiées pour chacune d'elles sont détaillés, sont également évoquées les notions relatives aux soins sans consentement .

Le péril imminent d'un point de vue sémantique et ses occurrences dans les textes de lois sont développés. L'accent est mis sur les contextes imprécis de définition et d'usage de ce terme au fil des législations, ainsi que son utilisation problématique reprise dans la loi du 5 juillet 2011, lui conférant un tout autre sens, définir une modalité d'admission avec des spécificités inédites. Une évaluation, quantitative et qualitative, des conséquences de la mise en application résultant de cette modalité de soins dite « péril imminent » est abordée.

Dans une dernière partie, une discussion est proposée concernant les implications pratiques inhérentes à cette modalité d'admission en « péril imminent », envisageant les aspects positifs, négatifs, l'applicabilité, les compromis et pistes de réflexions envisageables.

Des axes d'amélioration de la loi actuelle utilisant le terme « péril imminent » sont proposés dans l'intérêt des patients, de la pratique, et du praticien.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Hervé ZANGERLIN