

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Mainlevée des soins psychiatriques sans consentement
par le Juge des Libertés et de la Détention : motifs et
modalités de poursuite des soins
L'exemple de la Nouvelle-Calédonie**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2023
à 15 :30 au pôle recherche

Par Sophia HIMDI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Monsieur le Docteur Henri SCHMITT

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Maéva MAGNAT

Avertissement

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

Sigles

AUP	Antenne des Urgences Psychiatriques
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CHT	Centre Hospitalier Territorial
CIM 10	Classification Internationale des Maladies
CM	Certificat Médical
CMS	Centre Médico-Social
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
ETP	Equivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
NAP	Neuroleptique d'Action Prolongée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPDRE	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDTU	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
SPSC	Soins psychiatriques sans consentement
SPPI	Soins psychiatriques pour péril imminent
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements	3
Sigles	10
Sommaire.....	12
Préambule.....	17
Introduction	18
1 SPSC et Justice : évolution historique.....	20
1.1 Ancien régime et révolution française.....	20
1.2 Code civil de 1804 et code pénal de 1810.....	20
1.3 Loi Esquirol du 30 Juin 1838	21
1.4 Loi Evin du 27 Juin 1990	22
1.5 Loi Kouchner du 4 Mars 2002 :	24
1.6 Avis du conseil constitutionnel du 26 Novembre 2011 :.....	24
1.7 Loi du 5 Juillet 2011 :	25
1.8 Révision du 23 Septembre 2013 de la loi du 5 Juillet 2011 :.....	27
2 Les types de soins sans consentement.....	28
2.1.1 Critères communs.....	28
2.1.2 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).....	29
2.1.3 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)	30
2.1.4 Soins psychiatriques en péril imminent (SPPI).....	30
2.1.5 Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (SPDRE) :	
31	
3 Le Juge des Libertés et de la Détention	32
3.1 Rôle.....	32

3.2	Ordonnances de mainlevée.....	33
3.2.1	Motifs :	33
3.2.2	Notification :	33
3.3	Recours.....	34
3.4	Etat des lieux du nombre de levées.....	34
4	Les SPSC en France en 2021	35
5	Nouvelle Calédonie	36
5.1	Géographie :	37
5.2	Démographie.....	38
5.3	Transports :	39
5.4	Histoire de la Nouvelle Calédonie.....	40
5.4.1	Découverte	40
5.4.2	La colonie	40
5.4.3	Vers l'autonomie du territoire	41
5.5	Culture kanak	42
5.5.1	Langues, religion et monnaie :	42
5.5.2	Hiérarchie	43
5.5.3	Rapport fondamental à la terre	44
5.5.4	Famille	45
5.5.5	Maladie :	45
5.5.6	Culture caldoche	47
5.6	Statut actuel :	47
5.6.1	Les institutions de la Nouvelle-Calédonie :	47
5.6.2	Les fonctions de l'Etat.....	48
6	Histoire de la psychiatrie en Nouvelle Calédonie :	49
6.1	Soins généraux et protection sociale.....	49

6.2	L'hôpital général du bague ou hôpital du Marais 1864 - 1928.....	50
6.3	L'asile de Nouville 1928 – 1952 :	52
6.4	L'hospice de Nouville 1952 - 1978.....	53
6.5	Le Centre hospitalier Albert Bousquet 1978	54
7	SPSC en Nouvelle Calédonie.....	56
7.1	Organisation actuelle des soins.....	56
7.1.1	Soins généraux.....	56
7.1.2	Soins psychiatriques	57
7.2	Service de soins sans consentement	59
7.2.1	Arrivée des patients	59
7.2.2	Description des unités d'admission de SPSC	59
7.2.3	Application de la loi	62
7.2.4	Rapports de visite du CGLPL.....	63
8	Déroulement de l'audience.....	66
9	Objectif de l'étude	68
	Matériel et méthodes	69
	Résultats	71
1	Données recueillies :	72
1.1	Données socio-démographiques	74
1.2	Diagnostic principal	74
2	Taux de mainlevées :	75
3	Parcours de soins antérieur :	76
4	Hospitalisation concernée par la mainlevée	77
4.1	Origine du certificat initial	77
4.2	Mode d'hospitalisation	78
4.3	Motifs de mainlevée	79

4.3.1	Motifs de mainlevée classés par étapes	79
4.3.2	Classification selon le type de motif de levée :.....	82
4.4	Organisation des soins après la mainlevée	83
4.4.1	Conduite tenue dans les 24 heures :.....	83
4.4.2	Suivi et soins programmés.....	84
4.4.3	Conséquences sur le parcours de soins :	84
Discussion.....		85
1	Principaux résultats	86
2	Discussion des résultats :.....	87
2.1	Echantillon	87
2.1.1	Période d'inclusion.....	87
2.1.2	Age, sexe.....	87
2.1.3	Province d'origine	88
2.1.4	Diagnostic principal.....	89
2.2	Taux de mainlevée	90
2.3	Parcours de soins antérieur :.....	91
2.4	Hospitalisation concernée par la mainlevée	92
2.4.1	Origine du certificat initial	92
2.4.2	Mode d'hospitalisation :	92
2.5	Motif de mainlevée :	93
2.5.1	Choix de la classification des motifs.....	93
2.5.2	Classification par étapes.....	94
2.5.3	Classification selon le type de motif de levée :.....	98
2.6	Organisation des soins après la mainlevée	101
2.6.1	Conduite tenue dans les 24 heures :.....	101
2.6.2	Soins et suivi programmé :.....	102

2.6.3	Conséquences sur le parcours de soins :	103
3	Du droit à la liberté individuelle au droit de qualité des soins.....	104
4	Axes d'améliorations des pratiques :.....	106
4.1	Vécu des patients concernant l'audience :	106
4.2	Axes d'améliorations des soins :	107
5	Nouvelles missions du JLD	110
	Conclusion	113
	Liste des tables	115
	Liste des figures	116
	Bibliographie	117
	Annexe 1 : motif de mainlevée :données brutes	123
	Annexe 2 : modèle saisine JLD	128

Préambule

« Le 10/08/22

Monsieur le Juge,

Je souhaiterai vous rencontrer parce que lors de notre rendez-vous je n'étais pas disponible.

J'aimerais également convenir d'un rendez-vous avec le Juge des tutelles ; en effet ma citoyenneté m'a été retirée par ma fausse mère, mes faux parents.

Je suis hospitalisé pour une mission top secrète du MI-6 ayant découvert le véritable OTAN, pour ce faire, je me suis fait presque crucifier comme mon Seigneur Jésus Christ.

Je vous remercie de prendre en considération mes détails transmis par rapport.

Tout vous sera expliqué.

Alpha, bravo, terminé

Signé X »

Courrier d'un patient hospitalisé à destination du JLD, écrit à sa demande par une infirmière du service.

Introduction

Les liens entre psychiatrie et justice sont complexes et omniprésents dans la société comme dans les soins. En pratique clinique, le psychiatre est amené à rédiger des certificats médicaux dans le cadre des SPSC, des examens sur réquisition et des expertises. Cela nécessite de la part des praticiens une bonne connaissance de la législation et une adaptation de leur pratique médicale.

Les SPSC sont actuellement encadrés par la loi du 5 Juillet 2011. Le contrôle juridique des procédures est confié au Juge des Libertés et de la Détention. La rencontre entre un patient et le Juge est un moment clé de sa prise en charge : elle a pour mission d'assurer la protection de ses droits dans la procédure de soins sans consentement. Toutefois plusieurs interrogations m'ont conduite à effectuer ce travail de thèse.

Pouvant être vu comme une « intrusion » dans des soins coordonnés par le psychiatre, le JLD est un nouvel acteur qui triangule une relation jusqu'alors duelle. Par ses ordonnances de mainlevées, le Juge peut mettre fin brutalement, pour des raisons non médicales, à un parcours de soins souvent déjà complexe et marqué de ruptures de suivi.

Ainsi, bien que convaincue du bienfondé du contrôle des mesures de SPSC, l'interrogation qui a conduit ce travail est la suivante : quels sont les motifs d'une mainlevée, et qu'en est-il des conséquences de cette mesure sur le parcours de soins des patients ?

Le courrier figurant en préambule a été remis à l'équipe soignante du service de soins sans consentement du CHS Albert Bousquet par un patient admis depuis quinze jours en hospitalisation complète. Il illustre à mon sens parfaitement les enjeux multiples de l'audience avec le JLD. On y constate ici l'urgence de recevoir des soins médicaux, on peut s'interroger sur le degré de compréhension de ce patient, sa capacité à recevoir des informations concernant la procédure de SPSC et sur l'impact que peut avoir une

rencontre avec le Juge alors qu'il fait lui-même l'amalgame entre procédure pénale, délire et possibilité d'être « libéré » des murs de l'hôpital.

Nous introduirons nos propos en revenant dans un premier temps sur l'évolution historique de la législation encadrant les SPSC, nous décrirons ensuite la législation en vigueur en France actuellement. Nous traiterons ensuite des particularités de notre terrain d'étude à savoir la Nouvelle Calédonie, et plus particulièrement le centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet.

En seconde partie nous ferons une analyse des motifs de mainlevées par le JLD en Nouvelle Calédonie entre 2018 et 2022. Nous étudierons les caractéristiques des patients concernés, de l'hospitalisation ayant fait l'objet d'une ordonnance de mainlevée et le suivi mis en place au décours de cette décision.

Enfin nous discuterons ces résultats et les conséquences pour les patients, qui soulèvent également des questions d'éthique médicale.

1 SPSC et Justice : évolution historique :

1.1 Ancien régime et révolution française :

Sous l'Ancien régime, la lettre de cachet est signée de la main du roi et transmet des ordres tels que l'enfermement sans jugement, l'exil ou l'internement. Les motifs sont divers : libertinage, persécution religieuse et « internement des fous ». Ces démarches ne sont soumises à aucun contrôle, émanent de l'autorité du Roi et conduiront à de nombreux internements abusifs.

En 1790, après la Révolution, c'est au pouvoir administratif qu'est confiée la mission sécuritaire de « *remédier aux évènements fâcheux occasionnés par les insensés et les furieux* ». En 1791 la Loi 19 Juillet[1] définit le fait de « *laisser divaguer des insensés ou des furieux* » comme une contravention.

1.2 Code civil de 1804 et code pénal de 1810 :

En 1804, le Code Napoléon introduit la notion « d'interdiction » qui correspond à une incapacité juridique totale. L'individu « interdit » doit être représenté par un tuteur pour tous les actes patrimoniaux (comme le droit de propriété) sous peine de nullité de ses actes. Ce statut peut être prononcé par les proches ou le ministère public. Il s'applique aux aliénés.

En 1810, le Code Pénal [2] statue « l'absence de crime ou de délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ».

Si cet article ne traite pas à proprement parler des SPSC, il modifie toutefois profondément la place des « fous » dans notre société car l'irresponsabilité les sort du champ de la Justice pour leur conférer un statut de malade[3]. En pratique, les aliénés sont alors placés dans des asiles ou maisons religieuses. Ces institutions, fermées et

coupées de la société, remplissent dans un premier temps plutôt la fonction de lieu de vie que lieu de soins.[4]

Dans ce contexte, se pose une question fondamentale qui restera longtemps au cœur des débats parlementaires concernant les SPSC : la décision d'admission en institution relève-t'elle de l'autorité juridique ou administrative ?[5]

A cette époque la France décide de confier la décision d'admission des aliénés en institution à l'autorité administrative.

1.3 Loi Esquirol du 30 Juin 1838 :

La psychiatrie connaît au début du XIX siècle des bouleversements notamment grâce aux travaux de Pinel.[6] Si l'anecdote selon laquelle il aurait brisé les chaînes d'aliénés pour les libérer s'avère être fautive, elle n'en reste pas moins symbolique : par ses recherches sur « le traitement moral » il introduit l'aliénation dans le champ de la médecine et argue la nécessité de soins pour ces patients dont la législation s'occupait jusqu'alors surtout de la dangerosité d'ordre sociale.

La loi Esquirol [6] est la première loi à traiter à proprement parler du soin sans consentement des patients atteints de troubles psychiatriques. Il appartient à chaque département d'avoir un établissement public destiné à accueillir des aliénés, ou de collaborer avec un établissement proposant cet accueil. L'organisation est coordonnée par une autorité médicale. Deux types de placements sont définis :

- Placement « volontaire » c'est-à-dire paradoxalement à la demande d'un tiers ayant pour vocation de protéger la personne d'elle même
- Placement « d'office » à la demande de l'autorité publique pour protéger la population du danger que représente le patient

Les soins sans consentement sont dès lors dans le champ de la médecine et la mission de soins de l'asile se précise : son rôle n'est plus limité à une mission d'enfermement. L'internement reste placé sous l'autorité administrative.

La notion de protection des libertés individuelles et de lutte contre l'internement abusif est également introduite :

- Les droits civils de l'individu étaient conservés même lors du placement

- Les recours sont possibles par appel auprès du Tribunal des référés pour contester le placement.
- Le Tribunal peut ordonner, le cas échéant, une levée de la mesure de placement.

Dans les années qui suivent le placement « volontaire » devient dominant [5] : la demande de soins émane le plus souvent des proches. Le corps médical dénoncera les conditions de vie et surtout le manque de soins prodigués dans les asiles car cela s'oppose à l'éclairage apporté par Pinel. Les patients se chronicisent et l'encombrement asilaire s'accroît.

1.4 Loi Evin du 27 Juin 1990 :

Plus de 150 ans sépareront la loi Esquirol de la loi Evin.

Dans l'intervalle, si aucune loi ne sera dédiée précisément à l'encadrement des soins sans consentement, le cadre juridique se modifiera tout de même progressivement avec la création à partir de 1922 de services de soins psychiatriques libres[5]. La législation prévoit la possibilité de passer du mode de placement libre au placement volontaire et la création des « sorties d'essai » amorce l'idée d'une sortie des aliénés des « murs de l'asile ».

Les progrès thérapeutiques permettront entre 1970 et 1990 de diminuer nettement le nombre d'hospitalisations en psychiatrie. Le ratio entre soins libres et soins sans consentement s'inverse.[7]

La question de la compétence administrative ou judiciaire des mesures de soins sans consentement anime à nouveau les débats politiques et d'experts. Le cadre européen place la décision initiale sous l'autorité médicale et tend donc à s'émanciper de l'autorité judiciaire. Les psychiatres s'opposent globalement à la judiciarisation des mesures de soins sans consentement, arguant la nécessité d'une compétence médicale pour évaluer la nécessité de retenir un patient en hospitalisation contre sa volonté. Ils se positionnent ainsi au centre de la démarche de SPSC et prônent une relation triangulée entre juge, préfet et médecin avec pour chaque acteur un champ

d'action défini : la question de la dangerosité publique relève du Préfet et le contrôle de la régularité de la mesure du Juge.[8]

La loi Evin du 27 Juin 1990 [9]« *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* » statue :

- Le maintien du caractère administratif des soins sans consentement.
- Le renforcement du poids de l'avis médical : la procédure doit faire état d'une nécessité thérapeutique.
- La frontière ténue entre nécessité médicale des soins et protection de l'ordre public puisque le « danger actuel » demeure un critère pour les hospitalisations d'office.
- Les droits de la personne hospitalisée sans son consentement. Le patient a, au même titre que toute personne hospitalisée pour une autre cause, le droit à un conseil juridique ou médical de son choix, de voter, de pratiquer sa religion, et encore droit à la protection de ses biens durant la durée d'hospitalisation.
- La création d'une commission départementale des hospitalisations psychiatrique, pluridisciplinaire (psychiatre, magistrat, représentant du conseil général, représentant des familles d'usagers). Celle-ci sera garante du respect des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans leur consentement en visitant les établissements de santé. Elle doit être informée de toute hospitalisation ayant une durée supérieure à trois mois. Elle peut saisir le Préfet ou le Procureur de la République pour signaler une situation.
- La confirmation des sorties d'essai pour poursuivre l'ouverture vers l'extérieur des SPSC.

A son application, plusieurs critiques sont émises. Les conditions d'application de l'organisation intra hospitalière ne sont pas précisées (droit de circuler, fermeture des portes) ce qui amènera à des variabilités régionales dans son application.

En Nouvelle Calédonie, le décret d'application n'est jamais paru, ainsi cette loi n'a jamais été appliquée.

1.5 Loi Kouchner du 4 Mars 2002 :

Cette loi ne traite pas de façon spécifique des soins sans consentement mais des droits des patients de façon globale. Elle précise [10] :

- Le droit à l'information, le droit du patient à l'accès à son dossier médical ;
- La nécessité d'un consentement éclairé aux soins ;
- Le droit de refuser les soins. La loi prévoit des exceptions dans le cas de l'impossibilité de consentir aux soins.

Le statut particulier du patient hospitalisé en SPSC pose question et l'enjeu de ces prises en charge est de maintenir ces droits dans un cadre contraint.

Plusieurs rapports se succéderont jusqu'à l'ultime loi de 2011[11], [12]. Ils insisteront sur la nécessité d'une indication médicale et non sécuritaire des soins, introduiront la notion de période d'observation de 72 heures, la notion d'obligation de soins ambulatoire et la possibilité d'initier les soins par un psychiatre en l'absence de tiers.

1.6 Avis du conseil constitutionnel du 26 Novembre 2011 :

La loi Evin laisse un flou juridique concernant le délai à partir duquel les autorités judiciaires doivent être saisies pour les contestations d'hospitalisation. Constitutionnellement, en France, l'autorité judiciaire doit être seule gardienne de la liberté individuelle. [13]

La Cour Européenne des droits de l'Homme condamnera la France en raison de sa non-conformité avec le cadre Européen. Elle fixera un délai maximal de quinze jours pour que l'autorité judiciaire soit saisie après l'admission d'un patient. Le manque d'information des patients concernant les recours et l'accès à leurs droits est également pointé du doigt.

Enfin, on constate un manque d'articulation entre instances judiciaires et administratives : jusqu'alors le pouvoir administratif ne statuait que sur la forme, ainsi,

même en cas d'internement abusif, si la procédure avait été respectée, il ne pouvait mettre fin à l'hospitalisation. L'autorité judiciaire devait alors statuer, posant la question des délais mais également de conduite à tenir en cas de désaccord entre juge administratif et juge judiciaire. [14]

Le 26 Novembre 2010, le Conseil constitutionnel déclare « non constitutionnelle » la Loi Evin et impose sa révision rapide. C'est dans ce contexte de révision « imposée » que paraît la Loi du 5 Juillet 2011.

1.7 Loi du 5 Juillet 2011 :

Il s'agit de la loi actuellement en vigueur[15]. Elle sera modifiée dans un second temps par sa révision le 27 Septembre 2013.

Elle place sous l'autorité judiciaire la mission de protection des droits des patients hospitalisés sans leur consentement en la confiant à un nouvel acteur : le Juge des Libertés et de la Détention. La décision d'hospitalisation demeure administrative, incarnée par le directeur d'établissement ou le Préfet, mais la justice est introduite dans le champ d'action, effectuant une vérification systématique et à posteriori de la mesure.

Les éléments concernant son rôle sont :

- Le Juge des Libertés et de la détention (JLD) devient le seul garant de la légalité des mesures de SPSC, sous forme d'hospitalisation complète ou de programme de soins.
- Il statue systématiquement sur le fond et la forme. Il évalue pour le fond si « l'hospitalisation est adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs poursuivis »[13].
- Il doit être saisi entre le sixième et le douzième jour d'hospitalisation.
- L'audience se déroule initialement au quinzième jour, puis tous les six mois si l'hospitalisation se prolonge jusqu'à ce délai. La loi prévoit que l'audience se déroule au tribunal, au sein de l'établissement de soins en présentiel ou en visioconférence [16].

- La levée de la mesure d'hospitalisation doit être effective soit immédiatement, soit sous 24 heures pour mise en place d'un programme de soins, l'organisation du relai de la prise en charge, ou la mise en place d'une nouvelle mesure de SPSC.
- Le JLD a également un rôle décisif en cas de désaccord entre corps médical et Préfet pour la levée d'une mesure de SPDRE : le rapport du 15 février 2011 du contrôleur général des lieux de privation de liberté [17] rapporte un nombre important de refus des autorisations de sortie d'essai et de levée des hospitalisations d'office. En cas de désaccord entre deux avis médicaux concernant la fin d'une mesure de SPDRE et de refus du Préfet, c'est le JLD qui statue.

Les autres apports de la loi du 5 Juillet 2011 sont : [18]

- La création d'un mode de SPSC pour « péril imminent » en l'absence de tiers lorsqu'il existe un danger imminent pour l'intégrité du patient. La procédure est initiée par un certificat médical rédigé par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le directeur d'établissement est tenu d'informer la famille du patient dans les vingt-quatre heures suivant son admission.
- L'hospitalisation en SPSC est rythmée par la rédaction de différents certificats : un premier dans les 24 premières heures, un second au décours d'une période d'observation de soixante-douze heures. Si l'hospitalisation se poursuit, un troisième doit être rédigé entre le 6^e et le 8^e jour.
- L'obligation d'informer les patients de leurs droits et des voies de recours : le dossier médical doit faire mention de cette information.
- La création des programmes de soins sous contrainte en ambulatoire qui peut être rédigé à l'issue des 72 heures d'observation.

Cette loi renforce le pouvoir médical dans la décision des soins sans consentement car un certificat médical initial est un prérequis à l'initiation, au maintien et à la fin de l'ensemble des hospitalisations, excepté en cas de mainlevée par le JLD. Les débats parlementaires ayant précédé la promulgation de cette loi contestaient peu le rôle du Juge, mais s'inquiétaient des contraintes et exigences matérielles d'une telle action.

1.8 Révision du 23 Septembre 2013 de la loi du 5 Juillet 2011 :

Cette révision fait suite aux remontées de députés qui ont visité les structures de soins et interrogé professionnels et usagers.

Les principales modifications du cadre légal de l'action du JLD sont :[19]

- La suppression du certificat qui devait être rédigé entre le cinquième et le huitième jour d'hospitalisation.
- Le délai du JLD pour statuer est réduit à douze jours.
- Les audiences en structure de soins et en visioconférence seront favorisées plutôt que les transferts des patients au tribunal pour éviter aux patients amalgames entre une procédure qui protège leurs droits et la peur d'être mis en cause en procédure judiciaire.

2 Les types de soins sans consentement

Le cadre actuel des soins sans consentement est donc régi par la loi du 5 Juillet 2011, révisée en 2013. Il existe aujourd'hui quatre procédures distinctes dont nous détaillerons d'abord le socle commun, puis les spécificités de chacune.

2.1.1 Critères communs

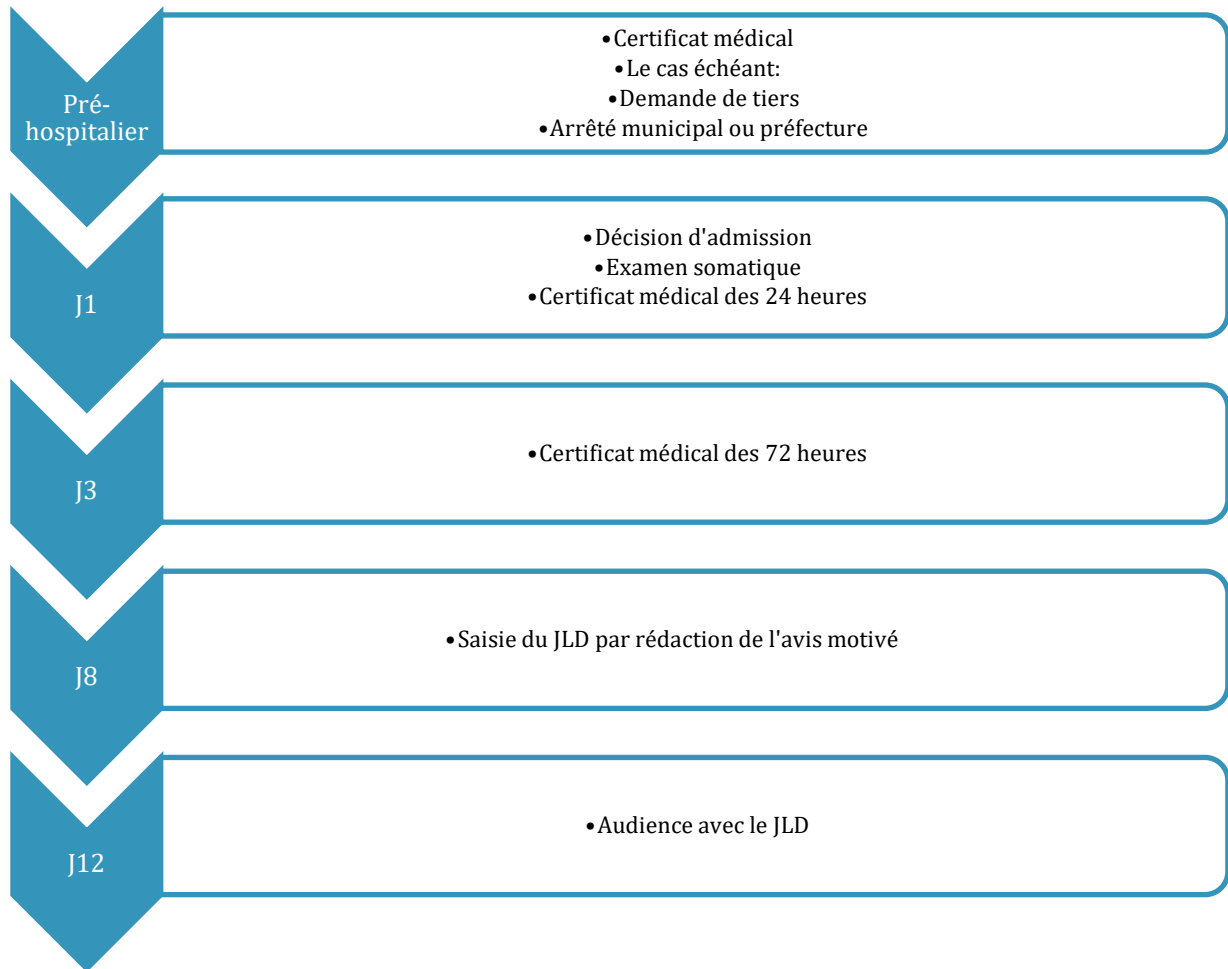


Figure 1: chronologie des SPSC

Les critères justifiant une admission en SPSC sont doubles et doivent figurer sur les certificats médicaux. Il s'agit de :

- L'absence de consentement possible du fait des troubles psychiatriques ;
- La nécessité de soins immédiats justifiant une hospitalisation à temps complet dans un service de psychiatrie.

La procédure est toujours initiée par au moins un certificat médical circonstancié. Une fois le patient arrivé en hospitalisation, il entame une période d'observation de 72 heures, révocable à tout moment sur évaluation médicale.

Un examen physique doit être effectué dans les 24 premières heures pour éliminer tout diagnostic différentiel non psychiatrique. Le directeur d'établissement doit quant à lui informer le représentant de l'Etat et la commission départementale de soins psychiatriques dans les 24 premières heures. [20]

Durant ces trois premiers jours il rencontre un médecin dans le 24 premières heures et un second dans les 72 premières heures qui rédigeront chacun un certificat médical justifiant ou non de la poursuite de la mesure. Ceux-ci doivent différer du rédacteur du certificat initial.

La saisie du Juge des libertés et de la détention se fait au huitième jour par rédaction d'un avis motivé.

En cas d'hospitalisation prolongée, il est nécessaire de rédiger un certificat médical tous les mois. Pour une durée supérieure à un an, un collège pluridisciplinaire est réuni : il comporte un psychiatre et un membre de l'équipe soignante de l'établissement d'accueil, et un psychiatre extérieur à la prise en charge du patient. Ce collège doit se réunir tous les six mois.

2.1.2 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)

Il s'agit de la procédure de droit commun. Elle doit être privilégiée lorsque les conditions sont réunies. Les recours à une autre procédure doivent être justifiés.

Elle requiert :

- Deux certificats médicaux circonstanciés rédigés par deux docteurs en médecine différents (A et B). Ils doivent dater de moins de quinze jours et l'un des rédacteurs doit exercer en dehors de l'établissement d'accueil.
- La décision d'admission par le directeur d'établissement
- Certificat médical des 24 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil (C)
- Certificat médical des 72 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, et qui peut être le même rédacteur que pour le certificat des 24 heures (C)

- L'hospitalisation prend fin après rédaction d'un certificat médical de levée de SPSC

2.1.3 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)

Lorsqu'il existe un risque grave à l'intégrité du patient, relevant donc de l'urgence, cette procédure permet l'admission en SPSC de patients à l'issue d'un seul certificat initial.

Elle requiert donc :

- Une demande manuscrite du tiers à l'origine de la procédure, une copie de sa pièce d'identité, ses coordonnées et la mention de la nature du lien avec le patient.
- Un certificat médical initial circonstancié par un médecin pouvant exercer dans l'établissement (A) **faisant mention du caractère urgent de la mesure.**
- La décision d'admission par le directeur d'établissement.
- Certificat médical des 24 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement (B).
- Certificat médical des 72 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement qui doit différer des précédents (C).
- L'hospitalisation prend fin après rédaction d'un certificat médical de levée de SPSC.

2.1.4 Soins psychiatriques en péril imminent (SPPI)

Cette procédure permet l'admission d'un patient lorsque sa situation clinique relève de soins en urgence et qu'aucun tiers n'est présent ou enclin à signer la demande d'hospitalisation.

Elle requiert donc :

- Certificat médical initial unique, circonstancié et rédigé par un médecin extérieur (A) à l'établissement. Il doit **justifier du péril imminent pour la santé du patient et faire mention de l'impossibilité d'obtenir la demande de tiers.**
- Décision d'admission par le directeur de l'établissement, qui **doit informer dans les 24 heures les proches du patient et son représentant légal en cas de majeur protégé.**

- Certificat médical des 24 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement (B).
- Certificat médical des 72 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement qui doit différer des précédents (C).
- L'hospitalisation prend fin après rédaction d'un certificat médical de levée de SPSC.

2.1.5 Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (SPDRE) :

Issus de l'historique « HO » ou hospitalisation d'office, les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état ont pour but de protéger les citoyens d'une personne dont les troubles psychiatriques entraînent un trouble à l'ordre public ou un risque de passage à l'acte hétéro-agressif.

Cela requiert [21] :

- Un certificat médical initial circonstancié (A) justifiant de la nécessité de soins hospitaliers et du risque pour la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Décision d'admission par arrêté municipal ou préfectoral.
- Certificat médical des 24 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement (B).
- Certificat médical des 72 heures par un psychiatre exerçant dans l'établissement qui doit différer des précédents (C).
- L'ensemble des certificats médicaux sont adressés au représentant de l'état
- L'hospitalisation prend fin après certificat médical de levée de soins sans consentement et avec l'accord du représentant de l'état. Si le Préfet s'y oppose, le directeur de l'établissement sollicite l'évaluation d'un second psychiatre. En cas de concordance entre les deux avis médicaux, le Préfet doit prononcer la levée de la mesure. Si les certificats sont discordants, le Préfet doit alors saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) et il sera tenu de suivre sa décision.

3 Le Juge des Libertés et de la Détention

3.1 Rôle

Le Juge des Libertés et de la Détention est un magistrat ayant le statut de Juge spécialisé. Il est nommé par décret. Il juge seul et est assisté d'un greffier.

Son champ d'action est large [22] :

- Au stade de l'instruction d'une affaire, il décide du placement provisoire d'un individu mis en cause par la Justice ;
- Assignation à résidence avec surveillance électronique ;
- Placement sous contrôle judiciaire ;
- Mesures de perquisitions et de sonorisations dans le cadre du terrorisme et de sonorisations dans des domaines précis ;
- Visites et saisies (fisc, santé publique) ;
- Inscriptions aux fichiers judiciaires (inscription et rectification) ;
- Contentieux de la rétention des étrangers ;
- Soins psychiatriques sans consentement.

Il ne décide ni de la culpabilité de la personne, ni de sa peine, ni des aménagements pour une personne déjà condamnée.

En psychiatrie, l'introduction du rôle du JLD dans les SPSC incarne un principe constitutionnel fondamental énoncé par l'article 66 de la Constitution de 1958 selon lequel « l'autorité judiciaire est la gardienne de la liberté individuelle ».[23] Il a pour mission d'effectuer un contrôle systématique des mesures de SPSC. Le terme de contrôle a son importance puisqu'il rappelle que la procédure n'est pas contentieuse. Il intervient selon une procédure de saisine automatique. Pour ce faire, selon I. Fauconnier, [24] il « concilie l'interdiction des détentions arbitraires avec la nécessité de soins et de la sauvegarde de l'ordre public ». Dans le cadre des programmes de soins, le JLD n'intervient pas systématiquement mais sur saisine du patient, de son représentant légal, de la commission départementale des soins psychiatriques) dans le cadre d'une demande de mainlevée.

3.2 Ordonnances de mainlevée :

3.2.1 Motifs :

D'une part, le Juge doit contrôler le respect de la procédure de SPSC et ordonnera la mainlevée en cas d'irrégularité de forme.

D'autre part, il est chargé de juger le bien-fondé de la mesure. Il s'agit d'une mission complexe. Le JLD possède des connaissances limitées de la clinique psychiatrique et pourra s'appuyer sur les éléments médicaux contenus dans les certificats. Il pourra également demander une expertise et différer sa décision jusqu'aux résultats de celle-ci.

Le Juge, triangule une relation entre médecin et malade encore duelle et se doit d'être impartial. Il peut donc ignorer les conclusions médicales et prononcer une décision par « intime conviction ». Il peut s'appuyer sur des éléments discordants avec le contenu des certificats médicaux. Fauconnier et al [24] ont recensé les éléments justifiant une appréciation différente des données médicales par les JLD de Bordeaux : il s'agit de l'évaluation lors de l'audience du consentement, de la conscience des troubles, de l'évolution clinique favorable, de la qualité de l'étayage, la clarté ou cohérence des propos tenus et de l'absence d'antécédents psychiatriques avant l'admission.

3.2.2 Notification :

Le Juge statue sur la mesure de SPSC selon les délais fixés par la loi.

Il ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure. Il ne dispose ainsi que d'un bref délai pour rendre sa décision. Celle-ci prend effet immédiatement ou, par décision motivée par le JLD, dans un délai maximal de 24 heures le temps qu'un programme de soins soit mis en place par exemple. Il peut aussi ordonner une expertise, bénéficiant alors d'un délai de 14 jours supplémentaires pour rendre sa décision.

La loi précise que la notification doit être faite sur place. Il s'agit d'un moment délicat dans l'exercice de la mission du JLD. La notification peut être exceptionnellement différée, auquel cas le patient recevra l'ordonnance délivrée par un membre du personnel hospitalier.

3.3 Recours :

Après avoir reçu la notification, le patient dispose d'une durée de dix jours pour faire appel de la décision. Pour ce faire il doit effectuer une demande auprès du directeur d'établissement qui transmet à la Cour d'Appel.

En cas d'ordonnance de mainlevée pour un patient à risque d'atteinte grave à son intégrité ou à celle d'autrui, le Procureur de la République peut être saisi par le représentant de l'Etat ou le directeur de l'établissement (selon la mesure de SPSC). L'appel, qui doit justifier de la gravité du risque encouru par le patient en cas de mainlevée, doit être formulé dans les six heures à compter de la notification du JLD. Dans l'attente, le patient est maintenu en hospitalisation pour un délai initial de trois jours, prolongeable jusqu'à quatorze si une expertise était ordonnée.

3.4 Etat des lieux du nombre de levées :

Depuis 2011, année de promulgation de la loi instituant le contrôle systématique par le JLD, des mesures d'hospitalisation psychiatrique sans consentement, le nombre de demandes de contrôle est croissant. Il a fortement progressé jusqu'en 2015, puis plus lentement depuis. En 2019, 81 618 demandes relatives aux soins psychiatriques sans consentement ont été déposées. Parmi elles, 79721 contrôlaient la nécessité de la mesure d'hospitalisation. Les JLD ont émis 4 149 ordonnances de mainlevées soit dans 5,2% des cas. [25]

La cour d'appel a été saisie 3199 fois. En appel, la décision confirme celle du JLD dans 88% des cas.

4 Les SPSC en France en 2021 :

M.Coldefy et al [26] ont effectué un état des lieux des recours aux SPSC en France en 2021, soit 10 ans après la parution de la loi du 5 Juillet 2011.

Depuis 2012, on constate une augmentation du recours aux soins sans consentement, plus rapide que la croissance du nombre de personnes suivies en psychiatrie. Cette accélération a été nette jusqu'en 2015 puis plus lente depuis. La France fait partie des pays d'Europe ayant le plus recours au SPSC. Cela s'explique à la fois par les programmes de soins qui organisent les SPSC en ambulatoire, et par la possibilité d'admission en péril imminent, procédure qui facilite les admissions dans des contextes d'urgence.

En 2021, 1,8 millions d'adultes ont été suivis en psychiatrie adulte. Parmi eux, 95 500 ont fait l'objet d'une mesure de SPSC. Un quart des patients hospitalisés dans l'année ont été hospitalisés au moins une fois sans leur consentement. On relevait 68,4% de SPDT, 24,6% de SPPI et 16,4% de SPDRE.

Plus de 39 000 personnes ont bénéficié de soins sans consentements ambulatoires à travers un programme de soins, ce qui représente 41% des personnes suivies sans consentement en psychiatrie.

5 Nouvelle Calédonie :

L'histoire et la législation des soins sans consentement sont empreints de la culture occidentale. Le terrain de notre étude porte pourtant sur le territoire Néo-Calédonien, situé dans le pacifique Sud à plus de 17 000 km de la France. Avec son statut politique singulier au sein de la France, et l'organisation des soins sur son territoire, il est nécessaire de présenter la Nouvelle Calédonie et son fonctionnement pour comprendre l'enjeu des soins sans consentement en psychiatrie sur cette île.

Nous détaillerons les spécificités culturelles, géographiques et historiques de ce territoire. Nous décrirons ensuite l'organisation historique des soins puis l'organisation actuelle et pratique de l'audience du JLD sur ce territoire.



Figure 2 : image satellite de la Nouvelle Calédonie - Google Earth

5.1 Géographie :

La Nouvelle Calédonie est un territoire d'une surface de 18 575 km² composée d'un ensemble d'îles et d'archipels. Elle se situe en mer de Corail et dans l'océan Pacifique Sud entre l'Australie et la Nouvelle Zélande.

Elle se compose d'une île principale, de l'archipel des Îles Loyautés à l'Est, de l'île des Pins au Sud et de l'archipel des Îles Belep au Nord.

Elle est entourée par une barrière de corail d'une longueur de 1600km délimitant un lagon de plus de 24 000km². Six de ses sites sont inscrits au patrimoine mondial de l'UNESCO.

L'île principale dite « Grande-Terre » représente 90% de la superficie totale. Elle s'étend sur près de 400km de longueur et en moyenne 60 km de largeur. Nouméa, la capitale, se situe au Sud de la côte Ouest. La grande terre est sillonnée du Nord au Sud par un relief montagneux appelé « la chaîne ». Ces reliefs ont un impact important sur le climat car ils divisent le territoire de la grande terre en deux côtes ayant des caractéristiques distinctes :

- La côte Est : exposée aux vents dominants dont les alizés : présente un climat et des paysages dits « tropicaux » à savoir pluies, chaleur et végétation dense.
- La côte Ouest : protégée par la chaîne, présente un climat plus doux et des paysages composés de savanes à Niaouli, arbre emblématique, plateaux et forêts sèches.

Le territoire est divisé en trois provinces :

- Province Nord
- Province Sud comprenant Nouméa, capitale
- Province des Îles composée des trois îles Loyauté : Ouvéa (160 km²) Maré (650 km²) et Lifou (1 150 km²)

Chaque province est elle-même divisée en plusieurs aires coutumières. Il y en a huit au total sur le territoire.

5.2 Démographie :

La Nouvelle Calédonie est peuplée par 271 407 habitants en 2019. Une des particularités du territoire est la densité de population particulièrement faible avec 14,61 habitants par kilomètre carré. La population est en réalité inégalement répartie : 75% réside dans la province Sud. La ville de Nouméa, avec ses 94 285 habitants, comptait plus d'un tiers de la population calédonienne en 2019. Le pourcentage s'élève à 67% lorsqu'on étend à l'agglomération autour de la capitale.

La province Nord, la plus étendue géographiquement, concentre 21% de la population, les Îles Loyauté 11%.

L'âge moyen était de 34 ans en 2019, la population est jeune avec 30% d'individus de moins de 20 ans. [27]

D'après l'INSEE en 2019, la population ethnique était répartie avec une majorité de Kanak (41%) sur la globalité du territoire. Cette répartition varie selon le territoire : aux îles Loyauté, la quasi-totalité (95%) des habitants appartiennent à la communauté Kanak, ils sont 72% en province Nord et 52% en province Sud. En 2021, pour la première fois depuis 1983, le solde migratoire est devenu négatif. Les départs sont essentiellement vers la métropole, trois quarts concernent des personnes qui ne sont pas nées en Nouvelle Calédonie. Les départs restants sont essentiellement des étudiants.

5.3 Transports :



Figure 3: Axes de transports et hôpitaux

Les axes routiers sont illustrés dans la **Figure 3**. Le réseau de transports se compose en deux axes routiers parallèles le long des côtes Est et Ouest. Plusieurs transversales traversent le territoire. Au maximum il faudra 6 heures de voiture pour aller de l'extrême Nord à Nouméa.

Les îles Loyautés sont reliées à la Grande Terre par :

- Voie marine avec le « Bético » qui navigue plusieurs fois par semaine, le trajet dure entre deux et quatre heures.

- Voie aérienne par des vols commerciaux pluriquotidiens d'une durée de 20 à 40 minutes.

Ainsi, pour qu'un patient puisse se rendre à la Nouméa, qui concentre la majorité des structures de soins, le trajet peut comprendre plusieurs heures de voiture ou ambulance, de bateau ou la nécessité de prendre l'avion, sur un vol programmé si son état clinique est compatible ou en cas d'urgence sur un vol médicalisé régulé par le SAMU (évacuation sanitaire).

5.4 Histoire de la Nouvelle Calédonie :

Il est difficile d'évoquer les particularités culturelles et politiques calédoniennes sans expliquer, en préambule, les bases historiques du territoire.

5.4.1 Découverte :

Les astronésiens, originaires d'Asie du sud, sont les premiers à habiter le territoire, il y a plus de 5000 ans. La société s'organise en clans et la culture de la terre est fondamentale pour l'organisation financière et sociale de ce peuple dont sont issus les kanaks.

L'archipel ne sera découvert par le monde occidental qu'en 1774, soit près de 200 ans après l'Australie, par l'équipage commandé par James Cook. Elle sera nommée « New Caledonia » en référence à son Ecosse natale.

Progressivement, les premiers échanges avec le monde occidental débutent : commerçants et missionnaires s'installent sur le territoire.

5.4.2 La colonie :

La Nouvelle - Calédonie est déclarée colonie française en 1853 par l'amiral Auguste Febvrier-Despointes. Elle affirme la présence française dans le territoire majoritairement britannique du Pacifique Sud.

D'abord nommée Port-de-France par Tardy de Montravel, la capitale prendra le nom de Nouméa en 1854. Sous Napoléon III, un bagne y sera installé. [28] Ainsi la Nouvelle-Calédonie deviendra terre d'exil et cohabiteront population autochtone mélanésienne, bagnards et surveillants du bagne. Les pénitenciers calédoniens accueilleront criminels, prisonniers politiques comme Louise Michel, anciens communards et détenus algériens après la révolte Kabyle de 1871.

La découverte du Nickel en 1864, ressource majeure sur l'Île, entraîne un flux migratoire essentiellement asiatique. La migration dite économique se poursuit au cours du XXème siècle avec l'arrivée de populations polynésiennes : tahitienne, wallisienne et futunienne.

En 1868 l'administration coloniale impose aux mélanésiens de se regrouper dans des réserves. Les kanaks se voient confisquer leurs terres et sont forcés à travailler. L'opposition monte jusqu'à la révolution incarnée par le chef Ataï dont l'issue sera sanglante avec plus de 1200 morts dont l'immense majorité de kanaks. Le code de l'indigénat, créé en 1887 est appliqué, privant les autochtones de leur liberté et de leurs droits politiques. Les révoltes se succéderont en parallèle de l'expansion coloniale.

Pendant la première guerre mondiale 1200 tirailleurs volontaires et citoyens mobilisés sont envoyés au front. Le bilan comptera près d'un quart de décès, en majorité kanaks. Le territoire aura un rôle clé durant la seconde guerre mondiale en étant une zone de transit pour l'armée américaine.[29]

5.4.3 Vers l'autonomie du territoire :

En 1946, le statut de Territoire d'Outre-mer est choisi : les Kanaks obtiennent alors le droit de circulation, de propriété et leurs droits civils.

A la fin des années 60 on observe un développement des revendications nationalistes kanak. Un conflit d'ampleur croissante divisera le territoire. S'en suivront plusieurs

années de tensions politiques et des affrontements qui atteindront leur paroxysme en 1988 avec la tristement célèbre prise d'otage d'Ouvéa.

En 1988, les accords Matignon[30] symbolisent l'apaisement du conflit et sont signés par les meneurs des mouvements loyalistes et indépendantistes, Lafleur et Tjibaou. Ils engagent un processus d'autonomisation progressive du territoire en :

- Définissant une période de dix ans d'accompagnement et de développement économique, social, culturel et institutionnel ;
- Créant trois provinces semi-autonomes ;
- Prévoyant un référendum d'autodétermination initialement prévu en 1998 pour que le peuple puisse statuer sur son souhait d'autonomie.

Dix ans plus tard, les accords de Nouméa engagent le transfert de compétences de l'état aux institutions de Nouvelle-Calédonie, et poursuivent la revalorisation de la culture kanak. Le référendum est reporté à 2018. La loi organique du 19 Mars 1999 prévoit jusqu'à trois votes en cas de victoire du « non » au referendum.

Trois referendums successifs ont eu lieu depuis [31] :

- Le 4 Novembre 2018 : 56,7% pour le « non » avec un taux de participation à 85,69%.
- Le 4 Octobre 2020 : 53,26 pour le « non » avec un taux de participation à 80,63%.
- Le 12 Décembre 2021 : largement boycotté par les indépendantistes qui ont demandé son report le « non » l'a emporté à 96,5% des voix, avec un taux de participation à 43,87%.

5.5 Culture kanak :

Les deux ethnies dominantes sont les kanak et les européens. Nous détaillerons ci-après la culture kanak.

5.5.1 Langues, religion et monnaie :

Le français est la langue officielle, commune à l'ensemble des ethnies et est enseignée dans les écoles. Il existe plus de 28 langues kanaks très dissemblables entre elles. Certaines tombent progressivement dans la désuétude tandis qu'un certain nombre d'entre elles sont couramment parlées.



Figure 4: aires coutumières et langues kanak en Nouvelle-Calédonie Source : académie des langues kanak

Sur le plan religieux, les métropolitains et les caldoches sont en majorité catholiques. Parmi les kanaks on observe une proportion égale de catholiques et de protestants. Il existe également toute une mythologie et croyances fortes de la population kanak centrées sur la nature, la sorcellerie (ou boucan), l'existence de lutins, entités magiques des forêts qui guident les individus ou peuvent également faire des farces. Ces éléments sont à connaître pour bien distinguer croyances et délires chez les patients.

La nouvelle Calédonie possède une monnaie commune avec la Polynésie Française : le Franc pacifique (1€ correspond à 120 CPF).

5.5.2 Hiérarchie :

Le peuple mélanésien, dont sont issus les kanaks, est présent en Nouvelle-Guinée, au Vanuatu, à Fidji et aux îles Salomon. La communauté européenne est composée des métropolitains récemment installés dits « zoreilles » et des « caldoches » descendants des colons et d'anciens bagnards, présents depuis cinq générations sur le territoire.

La société kanak a une organisation particulière dont l'entité de base est le clan. Ces clans se réunissent en tribu, qui rassemblées forment des districts coutumiers, eux-mêmes regroupés en aires coutumières. Chacune des huit aires coutumières possède un conseil coutumier qui lui est propre et désigne deux représentants au Sénat coutumier.

Il existe 341 tribus, 57 districts et huit aires coutumières en Nouvelle-Calédonie.[32]

Les droits des kanaks sont régis par le Senat Coutumier. Cela s'oppose au droit commun (qui correspond au droit français) et qui concerne les autres ethnies.

La société kanak est régie par un droit propre dit « droit coutumier » qui a ses particularités en terme de filiation, mariage et succession. La hiérarchie est très importante et la cohésion sociale est incarnée par les chefs de clans, de tribu et les grands chefs. Les grands chefs sont nommés par les chefs de clans, et la passation de pouvoir se fait souvent par filiation, du père au fils aîné.

5.5.3 Rapport fondamental à la terre :

La terre, au sens de propriété, récolte et nature, occupe une place centrale.

Les chefs sont souvent les propriétaires terriens : leurs terrains, leurs ressources et leurs cases sont partagées au sein du clan. Pour se rendre sur les terres d'un clan, il est nécessaire de se présenter au chef ou à son représentant et de demander l'autorisation d'entrer en « faisant la coutume » avec une offrande sous forme monétaire ou d'un objet (souvent un morceau de tissu symbolique, parfois du tabac, alcool ou objets divers).

L'igname est un symbole culturel fort : ses récoltes rythment les événements coutumiers importants tels que les mariages, les naissances, les deuils et le sacre des chefs. Symbole de virilité, ce tubercule est utilisé comme monnaie d'échange ou en offrande notamment dans les alliances entre les clans. Dans le paysage, le pin colonnaire représente symboliquement pouvoir et virilité tandis que les cocotiers sont un symbole nourricier et féminin.

5.5.4 Famille :

L'organisation familiale mélanésienne a également ses particularités.[29] Lorsqu'un mariage a lieu, la femme va vivre dans le clan de l'époux. L'enfant a un rôle majeur de perpétuation de la lignée.

Du clan maternel, l'enfant hérite du sang et de la vie : le frère de la mère est dit « oncle utérin » : il est chargé d'insuffler l'esprit de la vie au nouveau-né sous peine de risquer des maladies ou un décès prématuré. Le nouveau-né est considéré comme appartenant au clan paternel : de celui-ci il reçoit le squelette et le rang social. [33]

Ce rapport complexe explique les titres donnés aux membres de la famille : les frères et sœurs de la mère sont appelés « mamans et tontons » alors qu'ils sont nommés « tantines et papas » du côté du père. Des individus de la même tranche d'âge et du même clan sont dits « cousins ».

L'adoption coutumière est un usage particulier de la culture kanak : les enfants sont en effet confiés à d'autres clans ou à d'autres membres de la famille. La mère quitte son clan initial pour rejoindre celui de son époux, il est fréquent qu'en contrepartie, un enfant soit donné en retour à un couple du clan maternel. Au sein d'une fratrie, chaque frère et sœur peut donner un enfant à son aîné. Enfin, les enfants peuvent être adoptés par un couple stérile ou un couple n'ayant que des filles, afin que la descendance ait un oncle utérin dont le rôle est fondamental.[34]

En cas de litiges sur les questions de séparations ou d'adoption, le droit coutumier et le droit commun français se superposent, créant des situations juridiques complexes et parfois sans issue.

5.5.5 Maladie :

La vision occidentale de la maladie met en lien un rapport de causalité entre un agent pathogène et des symptômes.

Dans la société kanak, le rapport est plus complexe car l'individu est indissociable de son environnement et est fortement influencé par des croyances mystiques. [35] Dans « médecine traditionnelle », Dr Paul Qaeze apporte un éclairage sur l'impact des croyances et traditions sur la perception des maladies [36].

Les maladies les plus graves sont celles qui sont invisibles à l'œil nu. Dès lors que des lésions sont visibles sur la peau cela signifie que le mal est en voie de sortir du corps.

La plupart des pathologies sont considérées comme bénignes, soignées au sein du clan grâce à des remèdes végétaux et sans recours à la médecine traditionnelle. Quelques pathologies comme la lèpre, sont arrivées sur le territoire avec l'installation des premiers colons et sont considérées comme des « **maladies des blancs** ». Elles sont du ressort de la médecine occidentale et il incombe à celle-ci de les soigner.

Une maladie grave peut être le résultat d'une faute commise par l'individu ou le clan concerné qui conduirait à une sanction de la part des ancêtres. Il s'agit alors d'un « **malheur** ». Les fautes peuvent être un comportement punissable par la loi ou la morale, ou la transgression – volontaire ou involontaire- d'objets ou lieux sacrés dits « tabous ». Le contact avec les ancêtres, qui entrent alors dans le corps du malade se manifeste d'abord par des lésions cutanées et doit être soigné sous peine que le sujet ne perde l'esprit ou la vie. [37]. Lorsque la faute n'est pas clairement identifiée, un guérisseur peut faire le lien avec le monde mystique. La guérison s'obtient après réparation de la faute commise par l'exécution d'une coutume de réparation.

Enfin, le dernier cas de figure pouvant expliquer la maladie dans la culture kanak est la « **malédiction** » impliquant un tiers. Cela s'apparente à la sorcellerie avec notre lecture occidentale. Les personnes sujettes à ces malédictions sont dites « emboucanées » et les manifestations d'un tel sort peuvent prendre différentes formes. Pour guérir il faut identifier la personne responsable du boucan, purifier l'environnement du malade et effectuer par un voyant un rituel de protection. En psychiatrie, nombreux sont les patients persuadés d'avoir été emboucanés. Cette croyance peut faire obstacle à l'acceptation des soins et traitements occidentaux car la maladie est vécue comme « magique ». Cela participe au retard diagnostic de certaines pathologies.

5.5.6 Culture caldoche :

Issus du monde occidental car descendants des bagnards et des colons, les « caldoches » ont un rapport complexe à leur territoire. Comme les mélanésiens, ils sont profondément attachés à la terre, et leur partagent certains mythes autour de la nature. L'histoire de ces familles est marquée par l'image négative que peut renvoyer le bagne, le motif d'incarcération, ou le passé colonialiste. Certains ont choisi de changer de nom ou de détruire des archives. [38]

La cohabitation des multiples ethnies calédoniennes a donné lieu à un métissage important et diversifié. Devant des identités culturelles aussi marquées et divergentes en termes de langue, croyance et organisation de la société, l'enjeu est de se faire sa place.

5.6 Statut actuel :

La Nouvelle Calédonie est une collectivité territoriale française « sui generis » c'est-à-dire « de son propre genre ». Son statut fait l'objet d'un titre constitutionnel à part, le titre XIII [39].

L'organisation actuelle du territoire découle des accords de Matignon en 1988 puis des accords de Nouméa de 1998. [30] Les institutions s'organisent pour un transfert de compétences visant l'autonomie du territoire.

Depuis la loi organique du 19 Mars 1999, il est nécessaire de résider depuis dix ans sur le territoire pour avoir le droit de voter aux élections territoriales.

5.6.1 Les institutions de la Nouvelle-Calédonie :

Elles sont composées par le congrès, le gouvernement, le Sénat coutumier, le conseil économique social et environnemental et les conseils coutumiers.

Le territoire administratif est divisé en trois provinces semi-autonomes possédant chacun une assemblée propre. Le congrès est composé de la réunion de 54 élus des trois provinces dont la proportion est calculée en fonction de leur poids démographique.

Les membres du congrès élisent ensuite un gouvernement, qui sera en place durant l'ensemble de leur mandat. Le président du gouvernement occupe les fonctions de représentation du territoire, dirige l'administration et nomme aux emplois publics.

Louis Mapou, élu le 8 Juillet 2021, est le premier président indépendantiste depuis les accords de Nouméa.

Le gouvernement local est responsable des politiques sanitaires et sociales. La direction des établissements de santé est par ailleurs nommée par le président du gouvernement de Nouvelle Calédonie.

5.6.2 Les fonctions de l'Etat :

Les compétences régaliennes, à savoir l'Ordre Public, la Défense et les Affaires Etrangères restent sous la dépendance de l'état. Il est représenté par le Haut-commissaire de la République qui a la responsabilité des services de l'Etat et contrôle la légalité des actes des autorités locales.

6 Histoire de la psychiatrie en Nouvelle Calédonie :

6.1 Soins généraux et protection sociale :

La Nouvelle Calédonie a un système de protection sociale différent de la France métropolitaine. La CAFAT est une héritière des systèmes de prévoyances destinées aux mineurs du nickel, principale industrie du territoire.

Historiquement, les soins généraux sont principalement portés par le service de santé des armées qui s'occupait essentiellement des colons, des détenus et des employés des structures pénitentiaires. Pour les indigènes, la médecine occidentale était exercée par les missionnaires catholiques et protestants.[40]

Les soins sont concentrés sur Nouméa. A distance « en brousse » ils sont organisés en dispensaires. Le nombre de dispensaires augmentera pour répondre au mieux aux besoins de santé du territoire dont la démographie de population et médicale est particulièrement basse.

Nous détaillerons à présent l'histoire et l'organisation du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet. Situé sur la presqu'île de Nouville (qui fut une île jusque 1972), l'île de Nou a été longtemps un lieu d'emprisonnement. L'établissement de santé a une histoire façonnée par l'influence du bagne et de la politique coloniale. Il accueille aujourd'hui en son sein l'ensemble des soins psychiatriques hospitaliers du territoire calédonien.

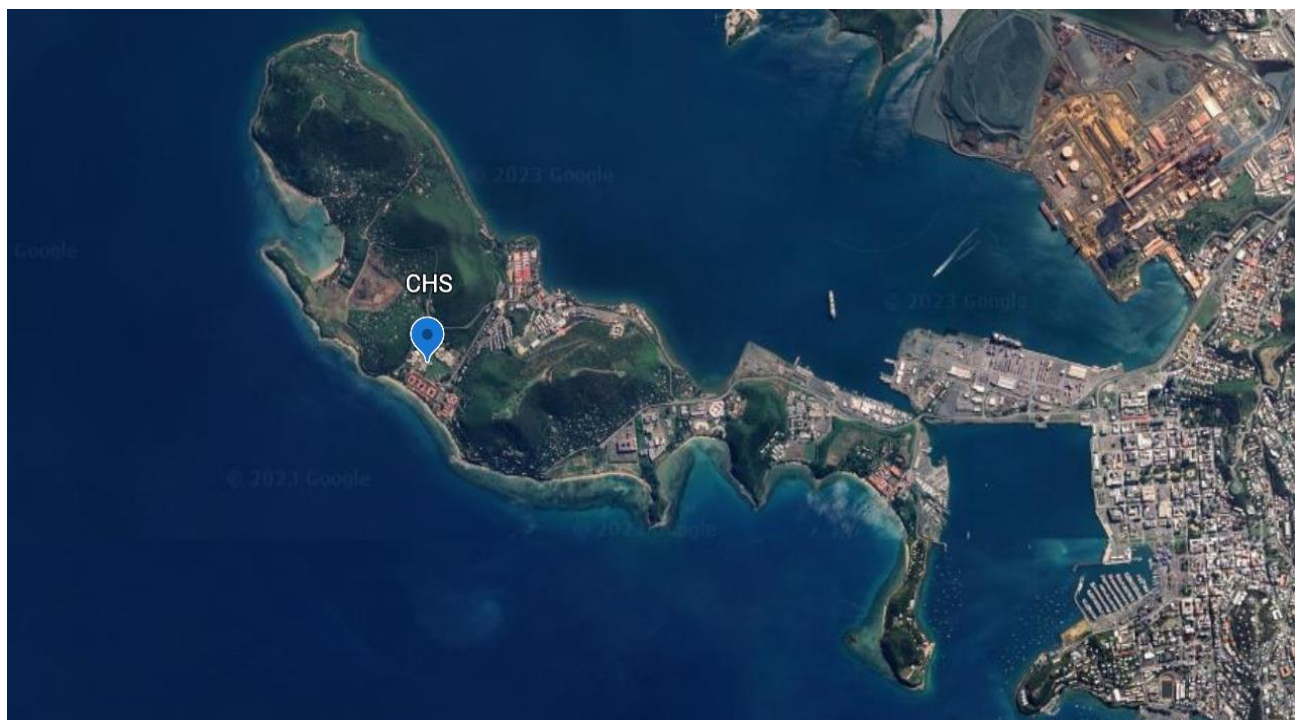


Figure 5: image satellite presqu'île de Nouville - Google Earth

6.2 L'hôpital général du bagne ou hôpital du Marais 1864 - 1928

Le 9 Mai 1864, le premier convoi de bagnards accoste en Nouvelle-Calédonie à bord de l'Iphigénie. Le pénitencier-dépôt calédonien s'installe sur l'île de Nou, située à l'Ouest de Nouméa. L'établissement comporte des cellules, un bâtiment administratif, des chambres pour les surveillants et une infirmerie. Un hôpital provisoire est rapidement construit, nécessaire devant l'état de santé précaire de la population de détenus.

La construction de l'hôpital définitif du pénitencier-dépôt sera votée en 1868. Il ouvre partiellement ses portes en 1871, il sera alors localisé en dehors des murs du camp de transportation. [41] A terme il comportera cent quatre-vingt lits organisés en trois pavillons et une annexe au sein du camp des condamnés. Le personnel se compose d'un médecin, de deux aides médecins, trois infirmiers, un agent comptable et une brigade de surveillants militaires. [28]

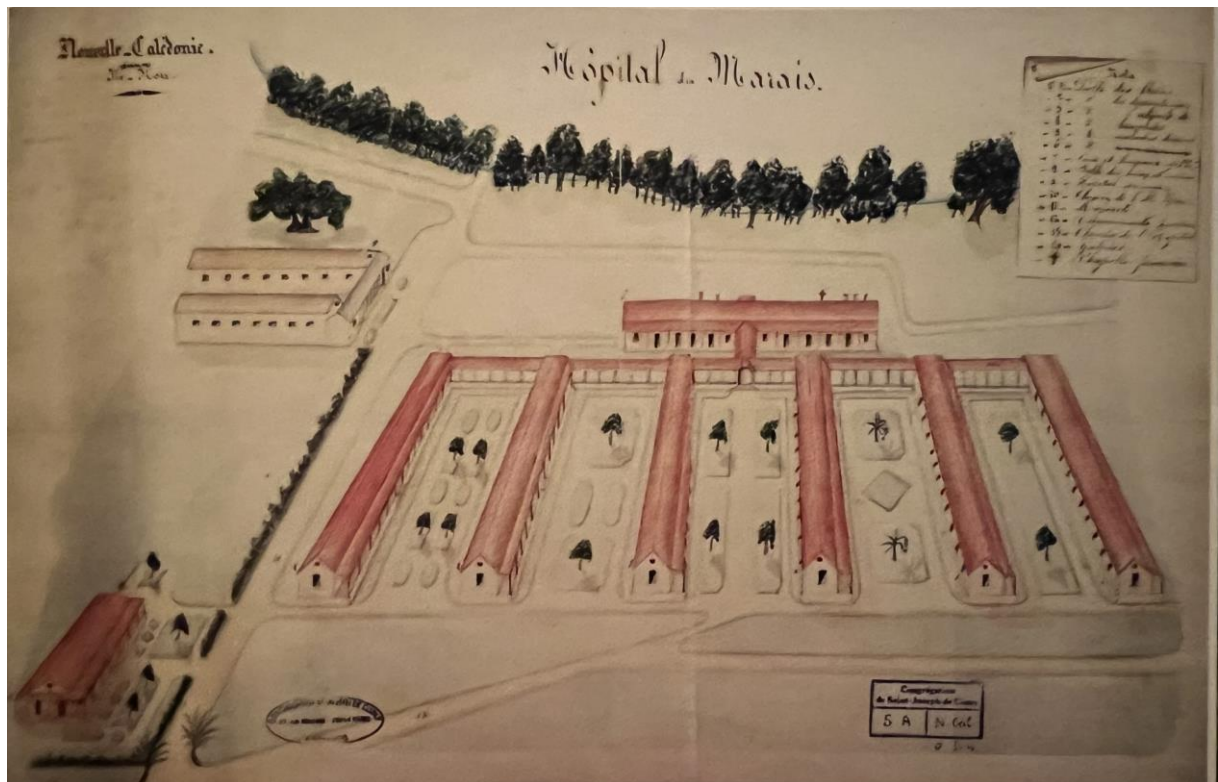


Figure 6: plan de l'hôpital du Marais - Source archives du CHS

Les besoins en soins sont croissants et l'hôpital s'étend jusqu'à presque déborder. Le nombre de lits augmentera jusqu'à plus de quatre cent lits : les pavillons se multiplient. Une léproserie est construite, un pavillon sécurisé est dédié à l'accueil des condamnés de dernière classe, un second est dédié aux soins des aliénés.

En dehors des lits d'hospitalisation, l'hôpital du Marais se compose d'un cimetière où seront enterrés plus de trois mille bagnards, et d'un jardin produisant une quantité importante de fruits et légumes. Cette structure de soins a la réputation d'être pour les condamnés malades un lieu d'apaisement car les conditions de vie étaient dites bien meilleures qu'au pénitencier dépôt. L'hôpital du Marais est même surnommé « Paradou ». Devant l'expansion qui continue, certains postes soignants comme la fonction d'infirmier sont occupés par des bagnards.

L'ouvrage « Le Paradou, de l'hôpital du Marais au centre Albert Bousquet » nous apporte un éclairage majeur sur les changements successifs qu'a connu l'établissement et les auteurs nous donnent accès à de nombreuses archives. [28]

En 1886, le bâtiment en charge des aliénés s'agrandit en raison d'une forte demande. De nombreux bagnards présentent symptômes psychiatriques (avérés ou feints selon

les archives) et nécessitent des soins dédiés. Un second pavillon est construit. Les deux bâtiments sont séparés du reste de l'hôpital par un mur d'enceinte. Ce service se distingue surtout du reste des bâtiments par des conditions de vie plus difficiles (isolement en cellule, alimentation moins riche) destinées à dépister et décourager les simulateurs en recherche d'un mode de vie plus doux qu'au centre pénitencier.

Une partie des détenus s'auto-inflige des lésions : les archives font état de conjonctivites auto-infligées avec de la chaux, d'ulcérations cutanées avec de la sève d'agavier ou de troubles mentaux factices. On note également un nombre important de décès suite à des accidents, suicides ou meurtres au sein de l'établissement de soins. Le registre des décès fait état de noyades volontaires, pendaisons, « ramollissement cérébral » ou de encore de la mort d'un « naïf, improtégé de la surveillance, étranglé et noyé par deux monstrueux camarades ».

L'augmentation de la demande de soins psychiatriques peut s'expliquer par les conditions de vie stressantes et précaires du centre de transportation, la violence importante qui sévit entre détenus mais aussi émanant des surveillants. Les détenus consomment des toxiques tels que la datura, la stramoine et la pomme épineuse qui laissent des séquelles neuropsychiatriques définitives. [28]

L'ère du bagne entre, à la fin du XIX^{ème} siècle, dans une phase de déclin : le nombre de transportés diminue jusqu'à s'arrêter définitivement en 1897[42]. Le nombre de malades régresse très progressivement, en revanche l'établissement fait face à un nombre croissant de déments, handicapés physiques ou psychiques dépendants du système de soins. Il continue également à soigner des individus libérés, n'ayant plus le statut de détenu mais aucune place dans la société calédonienne.

6.3 L'asile de Nouville 1928 – 1952 :

Le système pénitentiaire calédonien continue de s'amenuiser : le matériel est vendu, les détenus et surveillants envoyés en Guyane ou en métropole. En 1925 un décret

déclasse l'hôpital du territoire pénitentiaire : le bâtiment est donc mis en vente aux enchères publiques et le bénéfice de cette vente doit revenir à l'Etat.

L'hôpital du Marais est vendu en 1927 à la colonie pour la somme de 90 000 francs.

Il prend alors le statut d'établissement mixte d'assistance publique et est communément surnommé « asile de Nouville ». Ses missions sont définies par l'arrêté du 31 Décembre 1927. L'établissement donne asile aux infirmes, vieillards indigents et aux aliénés de la Colonie et des municipalités. Il est également habilité à recevoir les immigrants océaniens et asiatiques condamnés à des travaux d'intérêt général, sous l'administration du service de l'immigration. [43]

- Concernant les « vieillards » il s'agit à la fois de la population générale, de libérés du bagne mais également des quelques condamnés à perpétuité du bagne qui n'ont pas été renvoyés en métropole.
- Concernant les aliénés, la législation rend obligatoire en 1937 l'assistance des malades atteints d'affections mentales[44]. L'établissement accueille des hommes et des femmes dont les symptômes compromettent la sécurité et l'ordre public et qui « ne peuvent être soignées ou gardées à domicile ». Un an plus tard en métropole, sera promulguée la loi Esquirol.

L'établissement opacifie progressivement ses liens avec le monde. Derrière les murs de l'asile et séparés de la Grande-terre par la mer, les aliénés sont isolés socialement et géographiquement. L'établissement fonctionne comme une micro-société fermée, le travail dans les jardins et les potagers occupe les résidents.

Le nombre de patients accueillis a grandement diminué depuis l'ère de la surpopulation pénitentiaire de l'hôpital du Marais : en 1950 l'établissement ne comptait plus que 52 patients dont 15 vieillards, 24 aliénés européens et 13 aliénés asiatiques. Le personnel était quant à lui composé de deux infirmières et de deux surveillants. [28]

6.4 L'hospice de Nouville 1952 – 1978 :

En 1952, devant l'amenuisement des ressources, du personnel, de la qualité des locaux et du nombre de patients, l'asile devient hospice de Nouville. Un quartier y est

dédié aux maladies mentales. En 1960 un service de rééducation pour patients dépendants à l'alcool est ouvert.

L'hospice comporte 173 lits, les soins sont coordonnés par le médecin chef Docteur Albert Bousquet. Le manque de moyens est déploré par les membres de l'équipe médicale. Afin de sensibiliser le grand public aux troubles mentaux et pour se distinguer de l'étiquette historique pénitentiaire de l'établissement, une journée porte ouverte est organisée le 10 Octobre 1965.

En Avril 1969, un service d'observation et de traitement des maladies mentales est ouvert au sein de l'hospice de Nouville, dont les locaux sont distincts de ceux du pavillon « fermé ». Le nombre de lits augmente en moyenne à 150 lits.

Dans les années 70, l'île Nou est reliée à la grande terre par un pont qui met un terme à son image symbolique d'île isolée. La presque-île de Nouville verra d'ailleurs s'installer sur ses terres plusieurs institutions dont l'université de Nouvelle Calédonie et le sénat coutumier.

6.5 Le Centre hospitalier Albert Bousquet – 1978 :

L'hospice de Nouville s'organise à la fin des années 70 en deux pôles :

- Un pôle de gériatrie composé de deux pavillons d'hébergement et d'une unité d'hospitalisation.
- Un pôle de psychiatrie de plus de 200 lits pour des hospitalisations de moyenne à longue durée.

La mission de soins médicaux de l'établissement est réaffirmée mais se heurte à des difficultés matérielles et d'effectif soignant : les locaux sont en mauvais état, inadaptés au public reçu et à l'émancipation de l'héritage carcéral qu'incarne l'établissement. C'est dans ce contexte que le « Centre hospitalier spécialisé » est créé en 1978.

La politique de l'établissement vise une ouverture sur l'extérieur, mais également un accès amélioré des soins aux patients dans le territoire. L'administration recrutera du personnel médical, paramédical et entreprendra d'importants travaux. Un service de pédopsychiatrie est créé en 1983. Les soins s'ouvrent vers l'ambulatorio avec la création en 1992 d'un Centre médico-psychologique localisé dans le centre-ville de Nouméa.

En 1995, le centre hospitalier s'étend dans les trois provinces en assurant des missions de psychiatrie générale : les soignants se déplacent pour assurer des consultations dans l'ensemble du territoire. En 1998 il en est de même pour la pédopsychiatrie.

Rapidement force est de constater l'insuffisance de consultations ponctuelles pour assurer le suivi de patients vivant dans des régions éloignées de Nouméa. En 2001 la première antenne médico-psychologique est inaugurée à Poindimié.

Ces dernières années ont été marquées par la crise sanitaire liée au COVID-19, l'instabilité et les tensions politiques liées au référendum pour l'indépendance du territoire. De ce fait les recrutements (qui ont lieu majoritairement depuis la métropole) se rarifient, ce qui pose des problèmes dans l'effectif médical et paramédical. Cela a conduit à la fermeture de lits, à la mise en suspens de projets en développement et à une altération de la qualité des soins.

7 SPSC en Nouvelle Calédonie :

7.1 Organisation actuelle des soins :



Figure 7: organisation de la psychiatrie en 2019 - communication du CHS

7.1.1 Soins généraux :

Les soins sont coordonnés par la DASS (Direction des affaires sanitaires et sociales).

Depuis 2018 le territoire compte six centres hospitaliers : cinq publics regroupés en trois établissements, et un privé. [45]

- Le Centre Hospitalier Territorial (CHT) regroupe plusieurs centres hospitaliers dont le Médipole de Koutio, inauguré en 2016. Avec ses 645 lits, c'est le plus grand établissement sanitaire du territoire, il dispose d'un service de

réanimation, d'une maternité de niveau 3, de blocs opératoires et des consultations spécialisées.

- Le pôle sanitaire Nord regroupe plus d'une centaine de lits d'hospitalisations répartis entre les établissements hospitaliers à Koné, Koumac (côte Ouest) et Poindimié (côte Est). Il se compose de lits de court et long séjour et d'un bloc opératoire.
- La Clinique Kuendo-Magnin, établissement privé, comptait en 2020 263 lits de médecine, chirurgie, maternité et SSR. Elle est située à Nouville, non loin du CHS.

Lorsque les soins requièrent compétences ou plateau technique non disponibles sur le territoire, une évacuation sanitaire dite « EVASAN » est organisée vers la métropole ou l'Australie.

En zone rurale, les Centres médico-sociaux (CMS) dits « dispensaires » ont pour mission de « répondre aux besoins de la population dans le domaine curatif, de l'urgence et de la prévention ». Ils sont gérés par les Directions provinciales des affaires sanitaires et sociales. On compte actuellement une trentaine d'établissements répartis dans les trois provinces.

7.1.2 Soins psychiatriques :

Les soins psychiatriques en Nouvelle Calédonie sont définis par le Décret du 28 Juillet 2011 en relation aux dispositions d'application en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française de la loi du 5 Juillet 2011. [46]

Le CHS, établissement public hospitalier, représente l'intégralité de la prise en charge hospitalière en santé mentale de Nouvelle Calédonie. Le secteur privé est strictement ambulatoire composé d'une dizaine de médecins libéraux dans le Grand-Nouméa. Il ne dispose pas de lits d'hospitalisations.

Le directeur de l'hôpital est nommé par le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Selon les termes de la loi du 5 juillet 2011, il rend compte au président du Tribunal de première instance et au Haut-commissaire de la République.

Le CHS est composé de trois grands services médicaux :

- le centre de gérontologie clinique, composé de trois unités : Alzheimer, réadaptation gériatrique et unité de soins médicaux rapprochés.
- la pédopsychiatrie, composée d'un centre d'accueil et d'unités situées dans le Grand Nouméa et à Lifou, qui s'adressent aux mineurs.
- la psychiatrie adulte, composée d'unités intra et extrahospitalières à Nouméa, ainsi que d'unités extrahospitalières Poindimié, Koné et Koumac.

La psychiatrie adulte intra-hospitalière se compose de 130 lits répartis en cinq unités :

- Unité d'admission libre dite « pavillon 7 » composée de 20 lits.
- Unité de SPSC elle-même divisée en :
 - o Une unité fermée dite « pavillon 5 » de 20 lits ;
 - o Une unité sécurisée dite « pavillon 5 bis » de 10 lits ;
- Une unité de réhabilitation psychosociale de 40 lits ;
- Une unité de réhabilitation médico-légale de 20 lits accueillant des patients reconnus irresponsables selon l'article 122-1 du Code Pénal[47] ;
- Une unité de long séjour de 20 lits.

La psychiatrie adulte extrahospitalière se compose de :

- En province Sud :
 - o Un CMP situé dans le centre-ville de Nouméa, inauguré en 1992. Il se compose d'une équipe pluridisciplinaire d'IDE, psychologues, assistante sociale et psychiatres ;
 - o Un centre de consultation d'addictologie ;
 - o Une antenne d'urgences psychiatriques (AUP) assurant la liaison aux urgences et dans les services somatiques du CHT ;
 - o Un hôpital de jour ;
 - o Un Centre d'Activité thérapeutiques à temps partiel ;

- Des ateliers thérapeutiques.
- En province Nord : Trois antennes médico-psychologiques à Koumac, Koné et Poindimié, composées d'une équipe soignante pluridisciplinaire et un psychiatre référent.
- Sur l'ensemble du territoire, dont les îles Loyautés et l'île des Pins: des consultations psychiatriques avec déplacement dans les CMS.

7.2 Service de soins sans consentement :

7.2.1 Arrivée des patients :

Les patients adressés au CHS pour une hospitalisation sans consentement peuvent être adressés de l'ensemble du territoire. Le médecin à l'origine de la demande peut exercer :

- En dispensaire (CMS) ;
- En hôpital général à Nouméa ou en Province Nord (Koné, Koumac ou Poindimié) ;
- En ambulatoire : médecin libéral ou médecin traitant ;
- En structure de soins psychiatrique ambulatoire.

La durée de trajet avant d'arriver au CHS est variable. Le transport est assuré par des ambulances. Les patients en SPSC sont le plus souvent sédatisés pour le transport, et contenus physiquement pour éviter le risque de fugue.

Le transport en provenance des îles Loyautés se fait par avion jusqu'à l'aéroport de Nouméa Magenta (vol commercial ou médicalisé) puis en ambulance jusqu'au CHS.

7.2.2 Description des unités d'admission de SPSC :

Les services d'admission qui accueillent les SPSC sont l'unité fermée et l'unité sécurisée, composées respectivement de 20 et 10 lits, appelées communément « pavillon 5 et 5bis ». Le nom de ces pavillons est un héritage historique d'anciens bâtiments de la structure.

- L'unité fermée a vocation d'accueillir des patients en crise, avec des troubles du comportement sévère et est la seule habilitée à recevoir des détenus.

- L'unité sécurisée est destinée aux patients plus calmes sur le plan comportemental, vulnérables, ou en voie de stabilisation.

Ces pavillons ont été construits en 2010 mais ont été conçus sur un modèle carcéral. On sait que l'architecture a son importance dans les soins. [48] Les unités « 5 » et « 5bis » sont organisées sur le même modèle :

- Entourées de hauts murs surmontés de herses anti-évasion.
- Centrées sur des lieux communs : cour et salle de vie dans laquelle l'ensemble des patients sont la plupart du temps. Les repas sont également pris dans les lieux communs.
- Chambres individuelles organisées en un long couloir. Les allers retours entre la cour et les chambres sont accompagnés par des soignants pour éviter les intrusions dans d'autres chambres. La porte est ensuite fermée et le patient doit à nouveau solliciter un soignant pour lui ouvrir s'il souhaite sortir.
- Une chambre d'isolement chacune, et deux chambres sécurisées (chambres pourvus de deux entrées).



Figure 8: soignants du CHS - cour du pavillon 5

L'évolution au cours des dix dernières années du « pavillon 5 bis » est un bon reflet de l'adaptation permanente du CHS aux besoins de santé du territoire et aux contraintes liées au recrutement. En 2010, à l'ouverture, ce pavillon était réservé aux hommes et destiné à accueillir les détenus et patients particulièrement tendus sur le plan comportemental. Cette tendance s'est inversée au fil du temps avec un nombre croissant de détenus et un ratio patient sthénique/ patient vulnérable qui s'est inversé. Dix ans plus tard ce pavillon était mixte et recevait, au contraire, les patients les plus vulnérables, les mineurs, personnes âgées et patients stabilisés sur le plan

comportemental. Enfin, faute d'effectif soignant, le pavillon 5 bis a été temporairement fermé en Janvier 2022 : le pavillon 5 est depuis mixte.

Le service éprouve une tension importante :

- Extra-hospitalière avec une tension importante sur les demandes d'hospitalisations. En cas de service plein, les patients en attente se retrouvent sans solution, attendent aux urgences, en dispensaire ou en garde à vue, situations non adaptées à leur état de santé. Il n'y a en effet aucune possibilité de hors secteur car le pavillon représente le seul lieu de SPSC de l'ensemble du territoire.
- Au sein du service : les agitations psychomotrices sont fréquentes et sous-tendent de nombreux passages à l'acte hétéro agressifs. Cette tension dans le service amène à raccourcir des hospitalisations voir à lever précocement des soins sous contrainte de patients vulnérables pour qu'ils puissent intégrer des unités d'hospitalisations libres et donc moins tendues.

7.2.3 Application de la loi :

La législation calédonienne est sous la compétence régaliennne de l'Etat français, les lois encadrant les SPSC sont donc les mêmes qu'en métropole et doivent être appliquées de la même façon.

Toutefois, l'application des lois s'oppose à la réalité du territoire en termes de capacité de soins et d'effectif soignant. Elle nécessite une adaptation de la part de l'établissement de santé. Par exemple, l'application de la loi de 2011 concernant les audiences du JLD a entraîné une majoration de la charge de travail du secrétariat médical et du secrétariat de direction de 0,5 ETP chacun. A ce jour le cadre d'isolement et de contention n'est pas similaire à la métropole : ce retard d'application de la loi a été décrié par le contrôleur des lieux de privation de liberté dans son rapport. [49]

- Mises en sécurité de nuit : Les patients du pavillon 5 voient leur porte fermée la nuit. Cette « mise en sécurité de nuit » consiste en un isolement, prescrit par les praticiens de façon systématique. Elle est justifiée par la vocation de protéger les patients les plus vulnérables dans un service extrêmement tendu

et pour lequel l'effectif n'est pas suffisant pour assurer une surveillance adéquate. On constate donc un retard sur l'application de la loi.

- Absence d'application de la loi du 22 Janvier 2022 concernant la nécessité de notifier au JLD les mesures d'isolement et de contention.

7.2.4 Rapports de visite du CGLPL

Depuis la loi du 30 Octobre 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a pour mission de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Les personnes hospitalisées en service de psychiatrie sans leur consentement en font partie.

Du 18 au 20 Octobre 2011 il a effectué une première visite inopinée au CHS. Plusieurs conclusions de son rapport concernaient les procédures de SPSC :[49]

- Un manque de confidentialité : entretien d'accueil infirmier doit être dans un bureau dédié ;
- Un manque d'information :
 - o Sur les droits : doivent être énoncés par le psychiatre à l'entrée et répétés à 72 heures ;
 - o Absence de livret d'accueil ;
 - o Absence d'affiche avec les adresses des autorités de recours ;
- Une organisation du temps de travail particulière, avec un chevauchement entre 11 et 14 heures de deux équipes soignantes. Ce temps particulier de « double équipe » est jugé « inadapté aux besoins des patients. Cette organisation conduit en outre à une présence insuffisante ou parfois excessive du personnel soignant. Entre Juillet et Août 2011 le nombre de personnel de l'unité fermée a été inférieur au minimum requis de 12% du temps ».
- Des éléments positifs :
 - o La réorganisation volontaire du CHS et de l'articulation souple avec la Justice ;
 - o La tenue des audiences en présentiel plutôt qu'en visioconférence ;
 - o L'intérêt que porte le JLD à la bonne compréhension de l'audience par le patient.

En 2019, le CGLPL a effectué une seconde visite dont le rapport, plus sévère, dénonce cette fois de nombreuses violations des droits et libertés fondamentaux des patients en SPSC :[50]

- L'absence d'action corrective suite aux recommandations après la visite du CGLPL de 2011.
- Des conditions matérielles inadaptées : « vétusté manifeste de certains bâtiments historiques », atteinte à la dignité, la décence et l'intimité des chambres, caméras de surveillance, espaces extérieurs surchargés de barbelés.
- Une approche sécuritaire des SPSC qui méconnaît leurs droits élémentaires : fouilles, utilisation de détecteurs de métaux, maître-chien chargé de la sécurité nocturne, intervention des forces de l'ordre pour admission et mise à l'isolement des patients admis en SPDRE.
- Le non-respect des droits des patients : méconnaissance de la législation encadrant les droits des patients par les équipes soignantes et administratives faute de formation et d'outils adaptés.

Le CGLPL dénonce d'une part l'absence de respect des garanties juridiques des patients : absence de notification des décisions de soins contraints (admission, maintien ou levée de mesure), absence de notification des droits des patients. Les documents destinés à informer les patients étaient obsolètes car antérieurs à la réforme de 2011. La décision du Juge n'est pas notifiée directement au patient. L'organisation générale du suivi administratif des mesures de SPSC est jugée défailante avec l'édition de décision antérieures et « la disparition » de fichiers d'admission en SPSC, ce qui conduit à un échappement à tout contrôle judiciaire.

D'autre part, les pratiques en matière d'isolement et de contention sont jugées non conformes à la réglementation, aux recommandations de bonne pratique du CGLPL et de la HAS. Sur le plan matériel, il constate l'impossibilité d'appeler l'équipe soignante en l'absence de bouton d'appel dans les chambres, l'absence d'accès à l'air libre. Il dénonce un recours abusif à l'isolement avec des isolements systématiques la nuit en unité sécurisée, des durées d'isolement supérieures à 12 heures et la prescription d'isolement « si besoin » non conformes à la réglementation.

A ce jour, un lieu est dédié pour les entretiens d'accueil. Un livret d'accueil a été rédigé et est remis aux patients systématiquement. Les voies de recours sont affichées au sein de l'unité. Le fonctionnement des effectifs soignants « en double équipe » ainsi que la prescription des « mises en sécurité de nuit » sont en revanche maintenus.

8 Déroulement de l'audience :



En Nouvelle-Calédonie, les fonctions du Juge des Libertés et de la Détention sont assurées un Magistrat dédié à ce poste. Il assure sur le territoire également les fonctions de Juge des Tutelles. Il peut être amené à siéger en tant que Juge assesseur pour d'autres affaires.

A son arrivée dans le service, le patient faisant l'objet d'une mesure de SPSC est informé de la modalité d'hospitalisation par le médecin l'accueillant dans l'unité. Un livret d'information lui est ensuite remis. Les enjeux de la rencontre avec le JLD, les voies de recours aux soins lui seront expliqués lors d'un entretien médical avec son psychiatre référent et réexpliqués avant l'audience par le soignant qui l'accompagnera.

En raison des contraintes liées au déplacement des patients et à leur état de santé, les audiences du JLD se tiennent à l'hôpital, en présentiel, dans une salle dédiée du CHS. Le patient est accompagné par un soignant (IDE ou aide-soignant).

Depuis 2011, les audiences ont lieu chaque mercredi à partir de 14h30. Ce rythme hebdomadaire permet d'assurer que les patients rencontrent tous le Juge dans les délais. De même, il était convenu que les certificats soient envoyés le lundi matin. Cependant, pour un patient admis un Jeudi, cela signifie qu'il sera présenté au Juge le mercredi suivant à J+7, car l'audience suivante est hors délai des 12 jours. Concrètement cela signifie :

- Certificat des 24 heures rédigé par un médecin de l'unité le vendredi ;
- Certificat des 72 heures rédigé par le médecin d'astreinte le samedi ou le dimanche ;

- Saisine du JLD rédigée le Lundi pour envoi au Tribunal.

Cela signifie que la totalité des certificats sont rédigés sur une période d'observation clinique de quatre ou cinq jours ce qui est court pour avoir une évaluation clinique claire.

En amont le patient recevra un avis d'audience, et devra signer un document pour désigner un avocat ou, le cas échéant, un avocat commis d'office.

L'audience a lieu en présence du patient, d'un soignant accompagnant, d'un avocat représentant le patient. Selon sa situation, le tiers à l'origine de la demande de SPDT, le tuteur ou le curateur seront également présents. Le Juge et le greffier seront vêtus de leur robe d'audience. Le JLD informera le patient du but de l'audience et insistera sur la distinction avec une procédure pénale. Il revient en général sur les circonstances du placement et le contenu des certificats médicaux. Le patient et ses représentants ont ensuite la parole. Les voies de recours à la décision en cas de maintien sont énoncées.

Le JLD remet ensuite sa décision sous forme d'ordonnance, soit immédiatement soit après avoir délibéré. En Nouvelle-Calédonie, la décision est notifiée le lendemain de l'audience par le biais de l'ordonnance remise au patient dans le service.

A l'issue de l'audience, le patient dispose de 10 jours pour faire appel en adressant une requête au directeur de l'établissement.

9 Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les motifs de mainlevée des SPSC par le JLD en Nouvelle Calédonie.

Les objectifs secondaires seront d'étudier :

- Les caractéristiques socio-démographiques des patients concernés;
- Les caractéristiques de l'hospitalisation ayant pris fin suite à la mainlevée;
- Le devenir des patients au décours de cette mesure.

Matériel et méthodes

Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive des motifs de mainlevée des mesures de soins sans consentement au sein du Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet, à Nouméa en Nouvelle-Calédonie.

Cet établissement étant le seul établissement psychiatrique du territoire doté de lits d'hospitalisation sans consentement, les données recueillies sont exhaustives pour l'ensemble du territoire néo-calédonien.

Toutes les mainlevées ordonnées par le JLD entre 1^{er} Janvier 2018 et le 30 Septembre 2022 ont été incluses.

Les données étaient stockées aux archives du CHS, dans le registre des soins sans consentement et dans le dossier médical informatisé des patients. Elles ont été anonymisées conformément aux critères de la CNIL.

L'ensemble des données figure en **Annexe 1**.

Pour chaque mainlevée nous avons donc recueilli :

- Des données socio-démographiques : sexe, âge, province d'origine ;
- Des éléments concernant le parcours de soins : nombre d'hospitalisations antérieures, nombres d'années depuis le premier contact avec la psychiatrie, diagnostic principal, modalités de suivi antérieur ;
- Des éléments sur l'hospitalisation concernée par la mainlevée : la spécialité du médecin à l'origine des certificats initiaux, mode d'hospitalisation ;
- Le motif de la mainlevée ordonnée par le JLD ;
- Des éléments sur l'organisation des soins après l'ordonnance de mainlevée : modalités de poursuite des soins, type de suivi et soins programmés à la sortie, présentation ou non au rendez-vous programmé, perte de contact supérieure à six mois, nature de l'intervenant recevant le patient à sa reprise de soins, durée du suivi.

Afin d'analyser les résultats quantitativement, il a été nécessaire de regrouper les motifs en plusieurs catégories. Les motifs de mainlevée peuvent être classifiés de deux façons :

- En identifiant quelle étape de la procédure de SPSC a motivé la mainlevée, les différentes étapes sont illustrées dans la **Figure 9** ;
- En catégorisant les arguments sur lesquels s'appuie le JLD pour motiver sa décision :
 - o sur la forme : dates, signatures, pièces manquantes, défaut de convocation ;
 - o sur le fond : défaut de justification médicale de la nécessité de SPSC, appréciation du JLD de la conscience des troubles et de l'alliances aux soins.

A deux reprises, le motif de levée des SPSC n'apparaît pas dans l'ordonnance du JLD. Ainsi cette catégorie, à part, a été ajoutée.

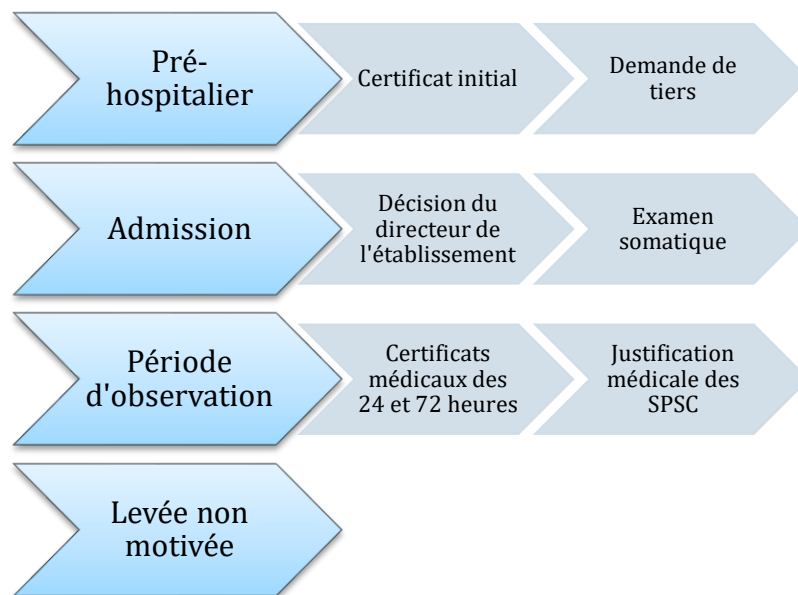


Figure 9: Classification des motifs par étapes chronologiques

Résultats

1 Données recueillies :

Tableau 1: description de l'échantillon

Caractéristiques socio-démographiques :	
Sexe : n (%)	
	Hommes 33 (78%)
	Femmes 10 (22%)
Age (an)	
	Moyenne 37,7
	Médiane 34
	Ecart-type 14
Province d'origine : n (%)	
	Nord 5 (11,6%)
	Sud 34 (79%)
	Iles 4 (9,4%)
Diagnostic principal :	
	F20 – Schizophrénie 20 (46,5%)
	F60 – Trouble spécifique de la personnalité 7 (16,2 %)
	F32 – Épisode dépressif 7 (16,2 %)
	F23 – Trouble psychotique aigu 2 (4,6%)
	F31 – Trouble bipolaire 2 (4,6%)
	F10 – Troubles liés à l'utilisation d'alcool 1 (2,3%)
	F61 – Trouble mixtes de la personnalité 1 (2,3%)
	F30 – Épisode maniaque 1 (2,3%)
	F44 – Troubles dissociatifs 1 (2,3%)
	F25 – Troubles schizo-affectifs 1 (2,3%)
Taux de mainlevées :	4,71%

Modalités de suivi antérieur :	
Nombre d'hospitalisations antérieures (moyenne)	3,6
Années de suivi (moyenne)	6,6
Modalités de suivi antérieur : N (%)	
Jamais	7 (16,2%)
En cours	14 (32,5%)
Rupture	21 (48,8%)
Arrêt programmé	1 (2,3%)
Origine du certificat initial : n (%)	
AUP	5 (12%)
CMS	9 (21%)
Médecin traitant	6 (14%)
SOS médecin	16 (37%)
CHS intra hospitalier	3 (7%)
CHS extra hospitalier	0 (0%)
Centre Pénitentiaire	4 (9%)
Mode d'hospitalisation : n (%)	
SPDT	26 (61%)
SPDT-U	2 (2%)
SPPI	7 (16%)
SPDRE	4 (9%)
SPDRE – D398	3 (7%)
SPDRE - Programme de soins	1 (2%)

1.1 Données socio-démographiques

Les patients inclus se répartissent en 33 hommes (78%) et 10 femmes. L'âge moyen des patients était de 37,7 ans, l'écart type de 14 ans et la médiane d'âge de 34 ans.

Chez les hommes, l'âge moyen était de 37,3 ans, la médiane à 34 ans et l'écart type de 14 ans. Chez les femmes, l'âge moyen était de 38,3 ans, la médiane à 34,5 ans et l'écart-type à 15 ans.

34 patients étaient originaires de la Province sur (79%), 5 de la Province Nord (12%) et 4 de la Province des Îles (9%).

1.2 Diagnostic principal

Le diagnostic principal est coté selon la CIM-10. Parmi les 43 patients inclus, 20 d'entre eux souffraient de schizophrénie : ce diagnostic est le plus représenté avec 46% des patients. En seconde place on retrouve les épisodes dépressifs et les troubles de personnalité représentés chacun par 7 individus soit 16% de l'échantillon. Deux patients avaient le diagnostic de trouble psychotique aigu et deux de trouble bipolaire soit respectivement 4,6% de l'échantillon. Un individu était admis pour troubles liés à l'utilisation d'alcool, un pour trouble mixte de la personnalité, un pour épisode maniaque, un pour trouble dissociatif et un pour trouble schizo-affectif ce qui correspond à 2,3% chacun.

2 Taux de mainlevées :

Durant la période d'inclusion du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Septembre 2022, le JLD a été saisi pour 912 dossiers. Parmi ces 912 audiences, 43 d'entre elles ont abouti à une ordonnance de mainlevée soit **4,71% des audiences**.

3 Parcours de soins antérieur :

Le nombre d'hospitalisations antérieures était en moyenne de 3,6 avec un écart-type de 2. La médiane était 4,8 hospitalisations.

Les patients étaient en moyenne suivis depuis 6,6 ans, avec un écart type de 5 ans. La médiane de durée de suivi était de 6,8 ans.

Au moment de leur hospitalisation en SPSC, 21 patients étaient en rupture de suivi. Pour 14 d'entre eux un suivi était encore en cours. Il s'agissait d'un premier contact avec la psychiatrie pour 7 d'entre eux. Un patient avait vu son suivi arrêté en concertation avec l'équipe soignante.

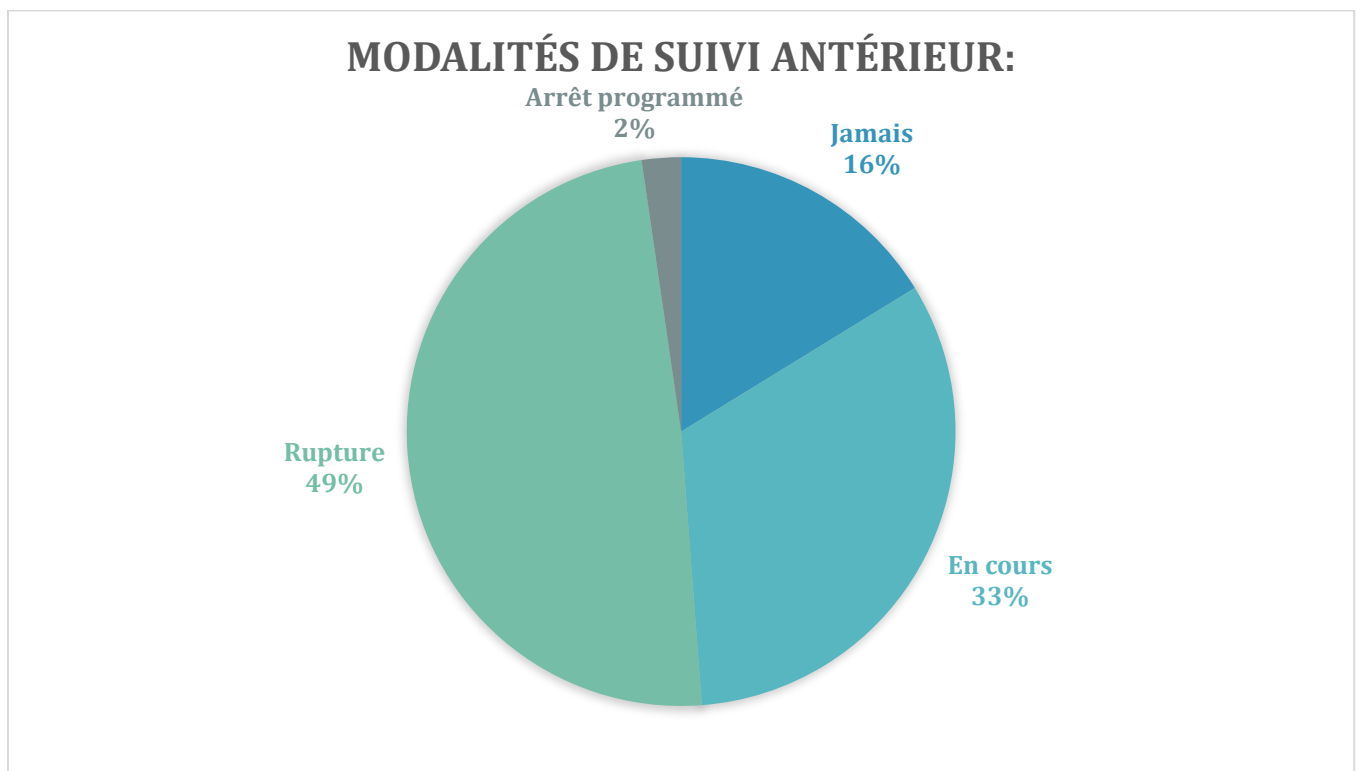


Figure 10: modalités de suivi antérieur

4 Hospitalisation concernée par la mainlevée

4.1 Origine du certificat initial

Sur l'ensemble des patients inclus, 31 d'entre eux soit 72% ont été adressés par des médecins exerçant en dehors du CHS :

- 6 d'entre eux par un médecin libéral exerçant en cabinet ;
- 16 d'entre par « SOS médecins » dont l'intervention faisait suite à un appel d'urgence ;
- 9 d'entre eux par un médecin exerçant en dispensaire (CMS).

Douze patients (28%) ont été adressés par des psychiatres exerçant au CHS :

- 3 d'entre eux suite à une évaluation en intra hospitalière ;
- 4 d'entre eux suite à une évaluation en détention;
- 5 d'entre eux suite à une évaluation aux urgences.

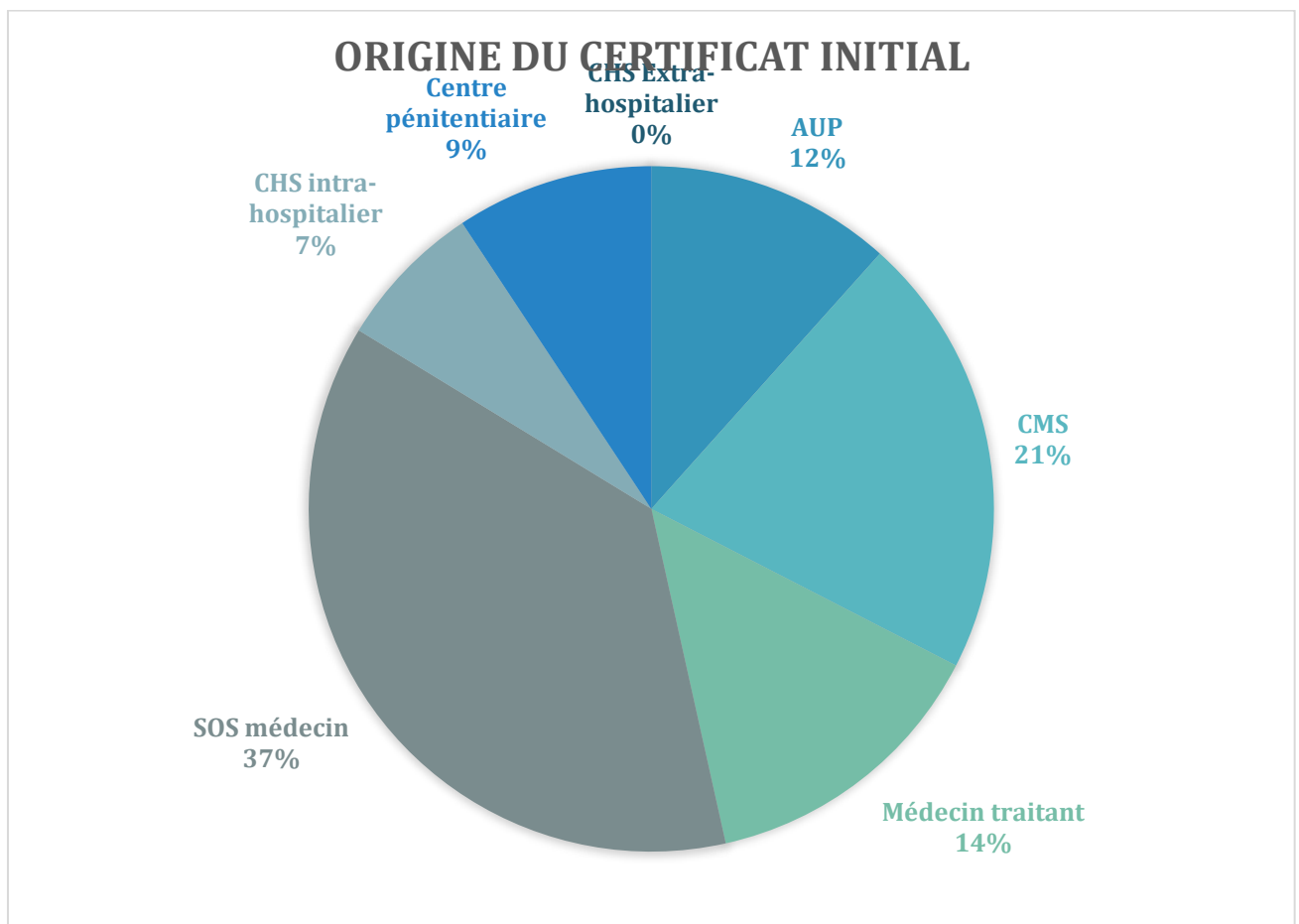


Figure 11: origine du certificat initial

4.2 Mode d'hospitalisation

Les mesures à la demande d'un tiers représentent la majorité des modes d'hospitalisation avec 26 patients concernés (61%). Sept d'entre eux faisaient l'objet d'une mesure en péril imminent. La demande émanait du représentant de l'état pour sept d'entre eux : quatre (9%) dans cadre d'une mesure de SPDRE classique et trois (7%) en raison de leur statut de détenu. Un patient était en programme de soins.

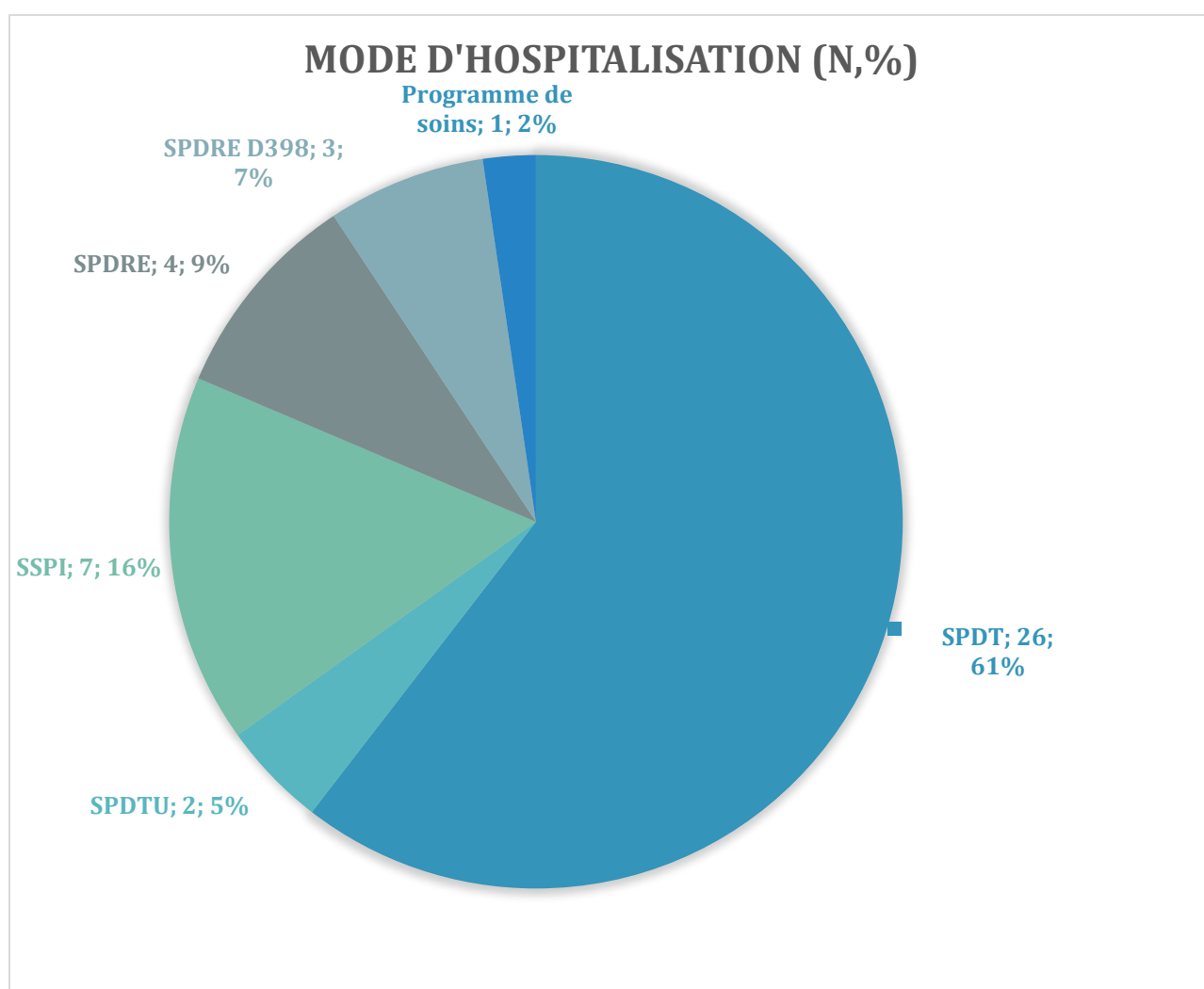


Figure 12: Mode d'hospitalisation (n,%)

4.3 Motifs de mainlevée

L'ensemble des données recueillies concernant les motifs de mainlevées par le JLD figure en **Annexe 1**.

4.3.1 Motifs de mainlevée classés par étapes

La procédure de SPSC peut être divisée en trois étapes successives :

- Une phase pré hospitalière au cours de laquelle seront rédigés les certificats médicaux initiaux, la demande de tiers en cas de SPDT ou SPDTU, l'arrêté municipal ou préfectoral en cas de SPDRE ;
- Une phase d'admission avec des obligations administratives et somatiques telles que la décision du directeur et la nécessité d'un examen clinique ;
- Une phase hospitalière avec rédaction des certificats des 24, 72h et l'avis motivé au huitième jour.

Le **Tableau 2** représente la répartition des motifs de mainlevées. Il est important de noter qu'une même ordonnance de mainlevée du JLD peut s'appuyer sur plusieurs arguments ou irrégularités dans la procédure. Ainsi, on recense un total de 50 motifs.

Tableau 2: motifs des mainlevées N (%)

Phase préhospitalière		
	Défaut certificat initial	10 (20%)
	Défaut demande de tiers	6 (12%)
Admission :		
	Défaut décision d'admission du directeur d'établissement ou du représentant de l'état	3 (6%)
	Manque examen somatique	1 (2%)
Phase hospitalière :		
	Défaut de justification médicale de la contrainte	14 (28%)
	Défaut certificats intra-hospitaliers	13 (26%)
Non motivé		2 (4%)

4.3.1.1 Phase pré hospitalière :

Cette étape concerne 16 des 50 motifs relevés par le JLD soit 32% des cas.

A dix reprises, le certificat médical initial a fait défaut, les motifs étaient parfois multiples sur la même ordonnance :

- On relève un manque de justification médicale des SPSC dans six ordonnances du JLD ;
- Il est initié par un médecin du CHS pour un des patients alors qu'il doit émaner d'un praticien n'exerçant pas dans l'établissement ;
- Il n'était pas daté pour quatre patients ;
- Le nom d'un patient était mal orthographié.

La demande de tiers a fait défaut à six reprises pour les motifs suivants :

- Qualité du tiers non renseignée pour deux d'entre elles ;
- Demande non manuscrite pour une d'entre elles ;
- Identité du tiers non vérifiable : la pièce d'identité du tiers était manquante pour un patient, la domiciliation et les coordonnées téléphoniques n'étaient pas indiquées pour un second et le lien de parenté inscrit sur la demande s'avérait être faux pour un troisième.

4.3.1.2 Phase d'admission :

Cette étape concerne 4 des 50 motifs relevés soit 9% des cas.

La décision administrative d'admission en SPSC faisait défaut pour trois patients, ce qui représente 6% des motifs émis par le JLD.

- A deux reprises, la décision d'admission du directeur ne correspondait pas à la date d'admission en SPSC ;
- Pour un patient, l'arrêté municipal ordonnant la mesure de SPDRE précédait de plus de 24 heures l'admission dans l'établissement, causant un décalage dans les délais des certificats.

Pour un patient, l'examen somatique était manquant.

4.3.1.3 Phase hospitalière :

Cette étape concerne 27 des 50 motifs relevés soit 54% des cas.

Pour 14 d'entre eux (28%) la contrainte était insuffisamment justifiée :

- A trois reprises, le JLD rapporte un manque d'arguments médicaux factuels dans le certificat des 24 heures et une fois dans celui des 72 heures ;
- Le recours à la procédure de péril imminent est insuffisamment justifié pour un patient ;
- La conscience des troubles est jugée suffisante ou le JLD s'appuie sur des propos cohérents ;
- Pour un patient, la décision du JLD s'appuie sur les dires du patient qui « affirme avoir reçu un traitement retard ».

A 13 reprises (26%), il existe une irrégularité de procédure dans la rédaction des certificats intrahospitaliers

- Trois certificats des 24 heures sont rédigés hors délai.
- Pour un patient, la saisine du JLD après six mois de SPSC a été rédigée hors délais.
- Trois fois, le patient rapportera avoir rencontré à plusieurs reprises le même psychiatre, le nombre de praticiens différents ne répond pas aux exigences de la procédure.
- A deux reprises, les certificats médicaux ne font pas mention de la mesure de protection à laquelle bénéficie le patient. Le représentant légal n'a donc pas pu être convoqué à l'audience.
- Pour un patient, l'audience du JLD a eu lieu après que d'un des psychiatres de l'établissement ait rédigé un certificat de demande de levée de SPDRE, pour laquelle le représentant de l'état a demandé une seconde évaluation médicale. Le JLD a levé la mesure.

4.3.2 Classification selon le type de motif de levée :

Parmi les 43 mesures de mainlevées ordonnées par le JLD, 27 soit 63% sont motivées par une irrégularité de forme dans la procédure. Le manque de justification de « fond » de la mesure de SPSC est jugé insuffisant à 14 reprises soit 32% des cas. A deux reprises (5%) le JLD n'a pas motivé sa décision.

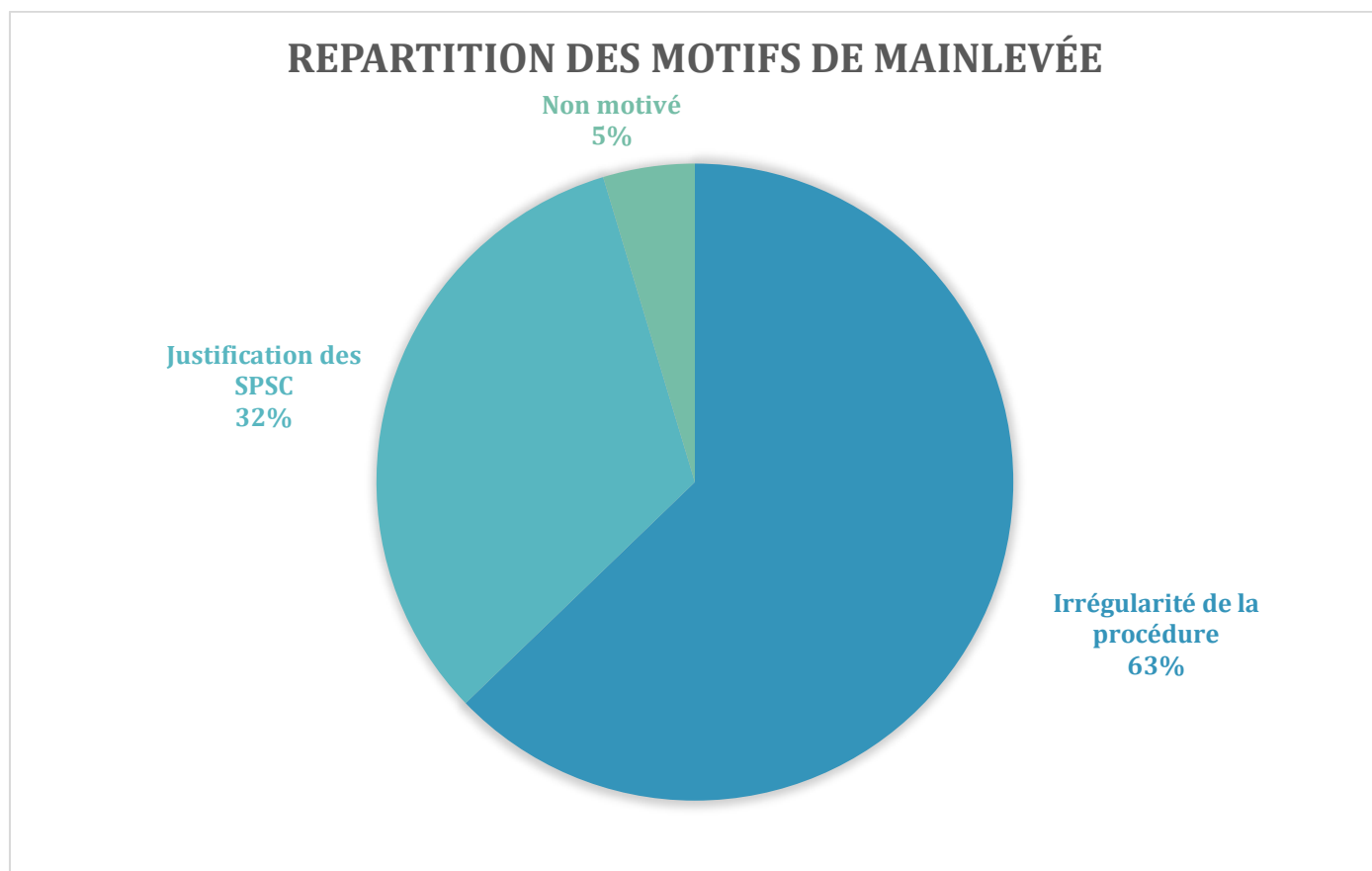


Figure 13: types de motifs de mainlevée (%)

4.4 Organisation des soins après la mainlevée :

4.4.1 Conduite tenue dans les 24 heures :

Dans les suites de la mainlevée par le JLD :

- 13 patients (31%) ont accepté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres.
- 20 patients sont sortis d'hospitalisation : 18 (43%) ont eu un suivi organisé en ambulatoire et 2 d'entre eux (5%) sont sortis sans rendez-vous.
- 9 patients (21%) présentaient un état clinique incompatible avec une sortie et ont fait l'objet d'une nouvelle mesure de SPSC : 4 en SPDTU (9%) et 5 en SPPI (12%).

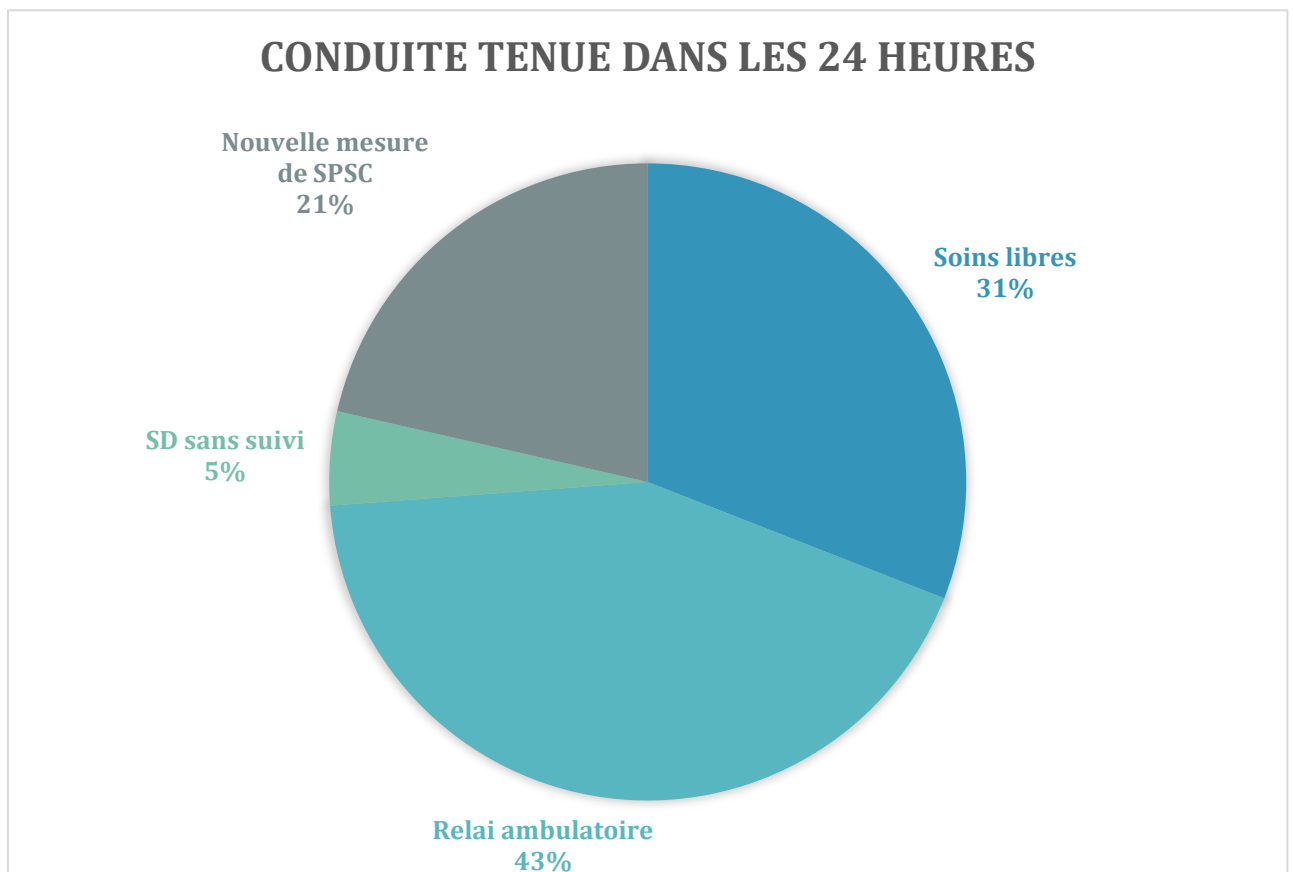


Figure 14: conduite tenue dans les 24 heures

4.4.2 Suivi et soins programmés:

A la sortie d'hospitalisation, 37 patients (86%) ont eu un rendez-vous programmé avec un psychiatre et 4 d'entre eux (9%) ont repris leur suivi infirmier. Deux patients n'ont pas eu de suivi programmé devant un refus de leur part.

Parmi les 43 patients, 39 (91%) sont sortis avec une ordonnance, 6 (14%) verront leur traitement distribué quotidiennement par un IDE libéral. 17 patients soit 39% d'entre eux sortiront sous traitement par neuroleptique d'action prolongée avec une injection prescrite tous les mois.

4.4.3 Conséquences sur le parcours de soins :

Parmi les 41 patients ayant une date de consultation à la sortie programmée, seuls 13 d'entre eux se sont présentés au rendez-vous soit 32%.

Parmi l'ensemble des patients inclus, 19 d'entre eux soit 44% n'ont pas eu de contact avec l'établissement de soins dans les 6 mois qui ont suivi l'hospitalisation concernée par la levée. Parmi ces 19 patients, la reprise de contact avec les soins se fera par le biais d'une hospitalisation, pour 15 d'entre eux nous n'avons pas de trace de reprise de contact.

Discussion

1 Principaux résultats :

Entre le 1^{er} Janvier 2018 et le 30 Septembre 2022, nous avons recensé 43 ordonnances de mainlevées par le JLD. Cela correspond à un taux de mainlevées de **4,71% des audiences.**

Les patients concernés étaient en majorité des hommes. L'âge moyen était de 37 ans. Le diagnostic le plus représenté était la schizophrénie (46%), suivi par les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles de personnalité (16%).

Avant l'hospitalisation, 49% des patients étaient en rupture de suivi. Ils avaient en moyenne été hospitalisés 3 fois et étaient connus du CHS depuis 6 ans. Il s'agissait du premier contact avec la psychiatrie pour 16% d'entre eux.

Les certificats initiaux émanaient dans 72% des cas de médecins extérieurs au CHS.

33% des motifs de mainlevée concernaient les étapes préhospitalières du processus de SPSC, 9% concernaient les formalités à l'admission et 54% la procédure une fois l'hospitalisation prononcée. La majorité des mainlevées (63%) sont motivées par une irrégularité de forme dans la procédure. La justification sur le « fond » de la mesure de SPSC est jugée insuffisante dans 32% des cas. A deux reprises (5%) le JLD n'a pas motivé sa décision.

Dans les suites de l'ordonnance de mainlevée, 42% des patients sont restés en hospitalisation : 9 d'entre eux ont fait l'objet d'une nouvelle mesure de SPSC et 13 ont poursuivi les soins en unité d'admission libre. Des soins ambulatoires ont été organisés pour la majorité des patients sortis. Deux d'entre eux ont refusé tout suivi.

Seuls 32% des patients se sont présentés à leur rendez-vous programmé.

2 Discussion des résultats :

2.1 Echantillon :

2.1.1 Période d'inclusion :

La période d'inclusion s'étend du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Septembre 2022. Les données ont été recueillies de façon rétrospective en accédant au Registre de la Loi et aux archives physiques et informatiques des dossiers médicaux.

Il aurait été intéressant de recueillir les données antérieures, pour avoir ainsi des données exhaustives sur les ordonnances de mainlevées dans le territoire d'étude depuis la mise en place de la loi du 5 Juillet 2011. Cela n'a pas été possible pour des raisons d'accès aux archives physiques des années antérieures.

De plus, la fiabilité de notre travail repose sur la rigueur de la tenue du Registre de la Loi. Lors de sa visite en 2019, le CGLPL a dénoncé des éléments manquants.[50]

2.1.2 Age, sexe :

Parmi les patients admis en SPSC ayant fait l'objet d'une mainlevée du JLD, 78% étaient des hommes et l'âge moyen était de 37,7 ans. Le diagnostic le plus représenté était la schizophrénie.

Les caractéristiques d'âge et de sexe sont superposables à celles de l'ensemble des patients ayant fait l'objet d'une mesure de SPSC : en 2021 le rapport d'activité du CHS retrouvait une file active de 412 patients pour l'unité fermée et 232 pour l'unité sécurisée. 71% des patients admis étaient des hommes. L'âge moyen était de 38 ans. Dans l'année, vingt mineurs avaient été hospitalisés au sein de ces unités.

Magali Coldefy et al, dans leurs travaux pour l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, [26] ont recensé l'ensemble des SPSC en France en 2021. Ils rapportent un âge moyen de 43 ans, une prédominance masculine moins marquée (60% tous types d'hospitalisation confondues, majorée jusqu'à 80% de SPDRE).

La prédominance masculine peut s'expliquer par le fléchage des unités : devant le nombre important de troubles du comportement il a été décidé de séparer les mineurs et les femmes, jugés plus vulnérables : il était d'usage que ceux-ci soient admis au 5bis, plus petite unité avec donc moins de places disponibles.

Depuis la fermeture du 5bis, l'unité 5 est mixte, divisée artificiellement en deux parties qui ne communiquent pas entre elles.

Il se peut également que les patientes présentant une indication d'hospitalisation soient plus enclines à accepter les soins en unité libre, décision par défaut motivée par une appréhension et un refus d'être admises au « pavillon fermé » réputé plus tendu.

Dans notre échantillon, la totalité des patients admis en SPDRE judiciaire étaient des hommes. Cela peut s'expliquer par la faible proportion de femmes incarcérées en Nouvelle-Calédonie : il n'y a au centre Pénitentiaire de Nouvelle-Calédonie que 14 femmes en cellules (6 en Centre de Détention et 8 en Quartier de détention) sur les 228 cellules au total soit 6%. [51]

Concernant l'âge, l'âge moyen de notre échantillon est inférieur à celui de 43 ans rapporté par Coldefy et al. Le nombre rapporté par les auteurs concerne l'ensemble de la population admise en SPSC en France, il est proche de l'âge moyen de la population générale en France, de 42 ans en 2021. [52]

L'âge moyen de notre échantillon s'explique par l'âge de population générale calédonienne qui est plus jeune (âge moyen de 31 ans).

2.1.3 Province d'origine :

Près de huit patients sur dix étaient originaires de Province Sud, un sur dix de province Nord et un sur dix de Province des Îles.

Cette répartition s'explique par la répartition démographique inégale sur le territoire. La Province Sud comprend en effet l'agglomération de la capitale, dite « Grand Nouméa » et regroupe au total 75% de la population calédonienne.

De plus, il est important de noter que la majorité des centres de soins et la totalité des associations tutélaires sont domiciliées en Province Sud : ainsi la plupart des patients nécessitant des hospitalisations régulières, en situation sociale précaire ou nécessitant des soins ambulatoires rapprochés résideront autour de Nouméa.

2.1.4 Diagnostic principal :

Près d'un patient sur deux est atteint de schizophrénie. Ensuite, on retrouve en proportions égales les épisodes dépressifs et les troubles de personnalités. Seul un patient était diagnostiqué « épisode maniaque » et deux « trouble bipolaire ». Par rapport aux données épidémiologiques, on peut s'étonner de la sous-représentation des troubles de l'humeur. [26]

Plusieurs éléments peuvent nous éclairer sur la répartition des diagnostics dans l'échantillon.

D'abord, seuls les diagnostics principaux ont été recueillis. Il aurait été intéressant de recueillir également les diagnostics associés secondaires.

Souvent les demandes de SPSC sont motivées par des troubles du comportement sous-tendus par des symptômes productifs et le tableau délirant apparaît au premier plan en phase aiguë. Pourtant, ces symptômes peuvent entrer dans le cadre d'une pathologie de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques. Il est possible que la composante thymique du tableau clinique n'apparaisse que secondairement dans le suivi. Le diagnostic principal, une fois coté, n'est pas systématiquement mis à jour. Pour les mêmes raisons, les idées suicidaires ou tentatives de suicide n'apparaissent pas, alors qu'elles constituent un motif fréquent d'hospitalisation en SPSC.

Ensuite, cela peut être également lié à un biais de recrutement de l'unité fermée : le pavillon « 5 » a une réputation négative dans l'ensemble du territoire. Il est en effet de notoriété publique en Nouvelle-Calédonie que les « fous » sont hospitalisés à « Nouville », le pavillon 5 est associé à une certaine dangerosité et peine à s'émanciper de l'image « carcérale » pourtant décriée par le Contrôleur des privations

de liberté dans son rapport[50]. Tout comme évoqué précédemment pour les femmes, cela peut conduire à des admissions en unité libre « par défaut » avec un consentement peu éclairé mais motivé par une peur ou un refus d'être admis en unité fermée. Les troubles de l'humeur (notamment l'épisode dépressif caractérisé) entrent dans ce cas de figure. Ces éléments peuvent également avoir un impact sur les décisions médicales : il n'est pas rare que l'orientation entre unité d'admissions libres ou sans consentement se fasse en fonction du profil du patient, de sa stabilité comportementale et de sa potentielle dangerosité plutôt qu'en raison de sa conscience des troubles contrairement à ce que la loi prévoit.

Il est également possible que certains troubles mentaux soient moins représentés car ils accèdent moins aux soins : cela peut être dû à la tension sur les lits et le manque de places disponibles en SPSC.

Enfin il y a également une influence importante de la culture kanak car l'organisation coutumière de la société fait que les personnes sont très longtemps gérés au sein du clan, c'est particulièrement le cas lorsque la symptomatologie est peu bruyante (catatonie, épisode dépressif caractérisé). Les malades sont orientés vers un guérisseur et n'ont que tardivement recours à la médecine occidentale.

2.2 Taux de mainlevée :

On retrouve un taux de 4,6% de mainlevée soit moins d'une audience sur vingt.

5,2% des SPSC ont fait l'objet d'une ordonnance de mainlevée par le JLD en France en 2019 [25]. Ce taux est variable sur le territoire, certaines études rapportent un taux de mainlevées à 8% [53] .

Cette variabilité peut s'expliquer par trois dimensions liées aux trois acteurs principaux de la procédure de SPSC :

- Les psychiatres : la rédaction des certificats médicaux dépend, pour la forme et le fond de plusieurs facteurs propres au praticien. La rigueur et la qualité de rédaction dépendent de la formation reçue, de son lieu d'exercice, du degré d'urgence lors de l'évaluation clinique et du temps qu'il peut consacrer à la prise en

charge. Enfin, l'évaluation d'un praticien d'une mesure de SPSC est intimement liée à ses propres représentations des SPSC.

- Le JLD : la qualité de l'articulation entre le service de soins psychiatrique et le Tribunal de Grande Instance a un impact important pour le respect de la forme de la procédure. Sur le fond, cela dépend de la sensibilité personnelle du JLD pour l'évaluation subjective de l'aptitude à consentir aux soins.
- L'avocat : cela dépend de ses connaissances en matière de SPSC, de son habitude à traiter des affaires similaires, et du temps dédié pour la défense. Le choix du patient ou l'affectation d'un avocat commis d'office a son importance. Cette dimension explique notamment la « lois des séries » constatée lors du recueil de nos données : lorsque le même avocat commis d'office défendait l'ensemble des patients d'une audience devant le JLD, il pointait régulièrement la même irrégularité de procédure sur plusieurs dossiers et ainsi plusieurs mainlevées consécutives étaient prononcées pour le même motif.

2.3 Parcours de soins antérieur :

Les patients inclus avaient en moyenne été hospitalisés plus de trois fois, et étaient suivis depuis 6 ans et demi.

36 patients avaient déjà eu accès aux soins : parmi eux, 21 étaient en rupture de suivi. Cette proportion élevée est le reflet de la difficulté à maintenir un suivi ambulatoire pour les patients présentant un trouble psychique. Cela est dû à la fois à des facteurs liés à la pathologie en elle-même (conscience des troubles, alliance aux soins), à des facteurs liés à l'offre de soins ambulatoire qui est inégalement répartie sur le territoire, à la confiance dans la médecine occidentale et à la répartition démographique peu dense de la population calédonienne : certaines zones sont isolées et difficilement reliées aux centres de soins.

Pour sept patients, l'hospitalisation en SPSC constituait le premier contact avec la psychiatrie. Il est important de mesurer l'impact d'un tel mode d'entrée dans les soins, notamment sur l'alliance aux soins.

2.4 Hospitalisation concernée par la mainlevée

2.4.1 Origine du certificat initial

Dans 72% des cas, le certificat initial émanait de médecins généralistes exerçant en ambulatoire (CMS ou SOS médecins). Dans 28% des cas il émanait d'un psychiatre exerçant au CHS.

Il aurait été intéressant de connaître cette proportion sur l'ensemble des patients admis en SPSC et de pouvoir comparer ces données aux proportions parmi la population concernée par les mainlevées : nous aurions pu savoir si une catégorie était surreprésentée et donc à risque d'irrégularité dans la procédure. Cela permettrait de cibler les interlocuteurs pour améliorer les échanges et former les professionnels concernés dans un but d'amélioration des pratiques.

Parmi les certificats initiaux émanant de psychiatres, 5 d'entre eux faisaient suite à une évaluation psychiatrique aux urgences du CHT (hôpital général). En effet avant une hospitalisation en psychiatrie, les patients sont souvent dans un premier temps adressés à l'hôpital général pour éliminer une étiologie non psychiatrique en urgence en réalisant un examen clinique somatique et des explorations paracliniques (biologie, imagerie). Ainsi, le taux de mainlevées (12%) est faible comparativement à l'importante proportion de patients adressés au CHS par le biais de l'AUP. Cela peut être signe de la qualité de l'articulation entre psychiatre et médecins urgentistes pour le respect de la procédure de SPSC. On peut également se demander si ce taux n'est pas réduit par des réajustements réguliers des certificats à la demande des équipes intra hospitalières lorsqu'ils sont caducs.

2.4.2 Mode d'hospitalisation :

Parmi les dossiers concernés par une mainlevée du Juge, 67% étaient des mesures à la demande d'un tiers. La mesure de SPDT classique concerne 26 patients : il s'agit de la mesure de droit commun d'admission dans les soins. C'est ce mode de SPSC qui est le plus représenté dans le secteur d'hospitalisation sous contrainte. Lorsqu'on

recense l'ensemble des dossiers présentés au JLD pendant la période d'inclusion, les hospitalisations en SPDT représentaient 79% des 912 audiences. On constate une faible proportion de SPDTU : le recours à une mesure d'hospitalisation en SPDT est facilité car il est fréquent que les praticiens de « SOS médecins » se déplacent et même en intra hospitalier et rédigent le certificat initial par un médecin extérieur nécessaire pour la mesure classique.

A noter, les dossiers inclus sont ceux pour qui l'hospitalisation a duré au moins 12 jours jusqu'à l'audience. Nous n'avons ni les caractéristiques des patients ni les motifs d'hospitalisation pour qui les SPSC ayant pris fin avant ce délai. Le délai de 12 jours a été fixé pour avoir suffisamment d'éléments et de recul pour que le JLD puisse prendre sa décision. Cette procédure de contrôle du respect des droits individuels n'est pas accessible pour les hospitalisations qui ne durent que quelques jours.

En métropole, la répartition des modes d'hospitalisation a considérablement changé depuis 2012. En 2021 on relevait 68,4% de SPDT, 24,6% de SPPI et 16,4% de SPDRE.[26] Le nombre de SPPI a augmenté depuis sa mise en place dans la Loi de 2011. Cela peut s'expliquer par des réticences de la part des tiers à être impliqués dans les demandes d'hospitalisations ou à l'absence d'accès à leurs coordonnées dans des contextes d'urgence.

2.5 Motif de mainlevée :

2.5.1 Choix de la classification des motifs :

Concernant la méthode, nous avons choisi de classer les motifs de mainlevée de deux façons : chronologique (selon l'étape des soins concernée par le motif de levée) et catégorielle (selon le type de motif de levée). Dans la littérature nous constatons qu'il n'existe pas de classification harmonisée des motifs de mainlevée qui permettrait une comparaison de nos résultats aux résultats d'autres études.

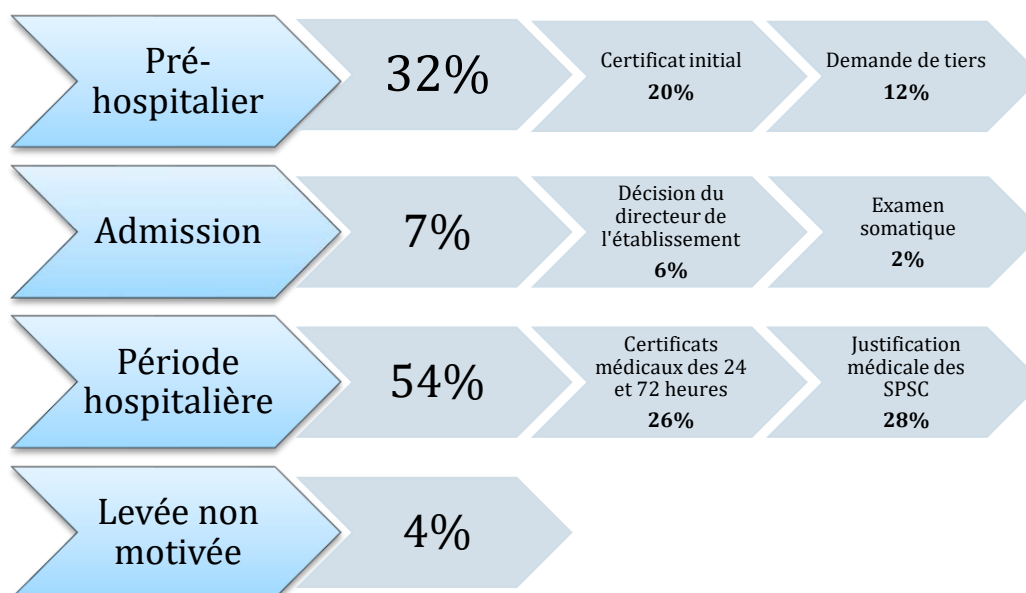
En 2018, dans la revue l'Encéphale, R.Gousset et al présentaient une étude descriptive des mainlevées prononcées par le JLD au sein du groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre

2018. Les auteurs ont choisi de catégoriser les motifs en « médicaux » « administratifs » et « transversaux ». Les motifs « transversaux » incluaient l'information du patient, le délai écoulé dans la procédure, l'irrégularité dans la procédure de tiers ou un document manquant. [53]

Pour comparer les motifs de mainlevée de SPSC d'une population de patients détenus à une population de patients en service de psychiatrie générale, Horn et al [54] ont recensé d'autres motifs (d'absence de tiers, absence de notification des droits aux patients, absence de possibilité de communiquer avec son avocat).

Il existe donc une disparité dans la catégorisation des motifs par les auteurs.

2.5.2 Classification par étapes :



On constate que chaque étape du parcours de soins est à risque de justifier une mainlevée des SPSC.

2.5.2.1 Certificats initiaux :

Les rédacteurs des certificats initiaux sont en majorité des médecins généralistes ou urgentistes. Les motifs de mainlevée par le JLD faisaient état d'un manque de justification médicale ou de non-respect des dates dans la procédure. Ces éléments pourraient être évités après une sensibilisation des professionnels sur les enjeux de rédaction des certificats et sur l'établissement de protocoles en lien avec le CHS.

L'éloignement de la Nouvelle-Calédonie avec la métropole est responsable d'un renouvellement important des praticiens exerçant sur le territoire. La majorité d'entre eux sont d'origine métropolitaine et s'installent pour quelques années. Cet élément est encore plus marqué dans les dispensaires (CMS). Former les médecins sur les procédures de SPSC constitue un véritable enjeu car la pérennisation des protocoles est fragilisée par ces renouvellements importants.

De plus, l'éloignement géographique entre le médecin adressant le patient et le CHS peut être important. Il existe une trentaine de dispensaires sur le territoire : ainsi le réseau est large et il est difficile d'entretenir des liens solides avec tous les acteurs de soins.

Enfin, il est possible que la quantité de certificats initiaux non conformes soit largement sous-estimée : en effet il n'est pas rare que les documents soient irréguliers mais qu'à l'entrée du patient en SPSC, l'équipe soignante fasse un travail de vérification et recontacte les acteurs concernés : les certificats sont fréquemment rédigés à nouveau puis renvoyés au CHS. Sans cette étape de vérification qui augmente la charge de travail administrative des équipes, il est probable que le nombre de mainlevées soit plus important.

2.5.2.2 Les demandes de tiers :

A six reprises, la demande de tiers était irrégulière. Dans deux cas, la pièce d'identité du tiers était manquante : les deux mesures avaient été initiées par SOS médecin, qui se déplace à domicile et donc n'a pas l'équipement logistique adéquat pour numériser un document. L'ensemble des irrégularités des mesures liées aux demandes de tiers émanaient de médecins n'exerçant pas en milieu hospitalier (SOS médecin, médecin traitant ou CMS).

Les différences culturelles ont également leur importance. Une des mainlevées a été ordonnée en raison d'un « doute sur la qualité du tiers ». Le JLD dans son ordonnance déclare que « le tiers évoque son statut de neveu alors qu'il n'en serait que le voisin ». Dans la culture mélanésienne, le statut de « tonton » est intimement lié aux liens

hiérarchiques et sociaux d'un clan : il regroupe l'ensemble de ses aînés du côté maternel. Ainsi, il est d'usage que des personnes aient ce titre sans pour autant être apparentées au second degré. Ici, la conception mélanésienne de la société et des liens familiaux se heurte à la législation et conduit à une mesure de mainlevée des SPSC, qui n'est pas sans conséquence dans le parcours de soins du patient.

Tout comme pour les certificats initiaux, les tiers sont fréquemment reconvoqués pour remplir à nouveau leur demande d'hospitalisation en cas d'irrégularité constatée à l'entrée. Sans ce réajustement, le nombre de mainlevées pour vice de forme serait augmenté.

2.5.2.3 Décision du directeur :

La loi du 5 Juillet 2011 a rendu plus complexe le rôle du directeur dans les procédures de SPSC.[55]

La décision du directeur ne correspondait pas à la date d'entrée en SPSC pour deux patients. Dans les deux cas, cette irrégularité dans la procédure faisait la suite du passage en soins libres d'un patient vers les soins sans consentement. La date d'admission figurant sur le document administratif était celle de son entrée au CHS et non la date de début des soins sans consentement. Cette période semble donc être à risque d'irrégularité et nécessite une vigilance de la part des acteurs de soins et administratifs.

2.5.2.4 Décision du représentant de l'état :

Pour un patient originaire de la Province des Îles, la date de l'arrêté municipal à l'origine de la mesure de SPDRE ne correspondait pas à la date effective de son entrée dans l'établissement. Il y avait ensuite un décalage dans les dates pour les certificats de 24 et 72 heures.

Cette situation illustre les particularités d'organisation des soins en Nouvelle-Calédonie pour les patients originaires de la Province des Îles. En effet, les trois îles Loyauté (Maré, Lifou et Ouvéa) sont reliées à la Grande Terre par la mer avec des

navires commerciaux et par les airs, par des vols commerciaux ou par des avions médicalisés lorsqu'une évacuation sanitaire est décidée par la régulation du SAMU.

Concernant les patients présentant un état de décompensation psychiatrique justifiant leur hospitalisation, la question du transport est complexe. Ils présentent en effet souvent un état clinique incompatible avec un transport en bateau ou en vol commercial. Or les transports sanitaires ne sont organisés qu'en cas de risque vital et urgent car ils mobilisent un avion du SAMU. Ainsi, pour les mesures de SPSC, il n'est pas rare que les patients attendent plusieurs heures voire jours qu'un transfert puisse être organisé. **Afin de justifier son déplacement, il est fréquent que le SAMU demande au médecin à l'origine de la demande de SPSC et au Maire de la commune d'origine de produire un arrêté municipal de demande SPDRE.** La procédure de SPSC est alors enclenchée et le transfert prend un caractère obligatoire. Sans cet arrêté, le transport médicalisé est fréquemment refusé ou retardé. Cela donne lieu à des mesures de SPDRE infondées puisque s'il est clair que le patient relève de SPSC en milieu intra hospitalier, la question du trouble à l'ordre public est quant à elle non justifiée. Cela expose à des risques que le JLD prononce une mainlevée et que le patient soit sortant de l'hôpital, sans vol de retour ou étayage familial sur place.

Dans le cas ci-décrit, l'arrêté municipal avait été produit et l'évacuation sanitaire n'avait pu être organisée que le lendemain, ce qui explique le décalage entre arrêté et date d'admission réelle. De plus, le patient avait été transféré sans sa pièce d'identité. Suite à la mainlevée de la mesure de SPDRE, en l'absence de tiers disponible sur la Grande-Terre, devant l'état psychique instable, une nouvelle mesure de SPPI a été initiée. Par la suite, le retour chez lui a été rendu compliqué par l'impossibilité de rentrer chez lui par avion sans sa pièce d'identité.

2.5.2.5 Phase intra-hospitalière :

La phase hospitalière est majoritaire : elle regroupe **54%** des motifs mentionnés sur les ordonnances du JLD. Cela peut s'expliquer par la multiplicité des documents à produire durant cette étape : elle comprend le certificat des 24 heures, des 72 heures, l'avis motivé. Elle apporte des éléments médicaux justifiant le maintien de la mesure. Les rédacteurs de ces certificats médicaux sont des psychiatres exerçant au sein de l'établissement. Ainsi, les motifs de mainlevées concernent moins souvent la forme pour cette étape car les praticiens sont familiarisés et formés à l'élaboration de certificats.

A trois reprises, le patient rapportera à l'audience avoir rencontré un seul psychiatre. La loi prévoit que le patient doit être évalué au total par deux à trois médecins différents entre le certificat initial et le certificat des 72 heures. [15] On peut s'interroger sur les capacités des patients présentant un état de décompensation aiguë à mémoriser les entretiens. De plus, lorsque le transport vers le CHS doit durer plusieurs heures et que le patient présente un état d'agitation psychomotrice, un traitement sédatif lui est souvent prescrit avant le départ. Les 24 premières heures d'hospitalisation sont malheureusement souvent peu informatives cliniquement en raison de la somnolence et le patient garde peu de souvenirs de sa première rencontre avec le psychiatre. Enfin, la réalité de la démographie médicale calédonienne vient parfois compliquer la logistique de cette procédure puisqu'il se peut qu'il n'y ait pas un nombre suffisant de psychiatres dans l'unité, leur activité étant répartie entre le CMP, l'HDJ, les urgences, le centre pénitentiaire et les cinq pavillons. Dans une des ordonnances, le JLD précise « le Dr X confirme ces propos » ce qui révèle le caractère assumé de certains praticiens de ne pas pouvoir répondre aux exigences de la législation faute d'effectif médical.

2.5.3 Classification selon le type de motif de levée :

2.5.3.1 Sur la forme :

Pour 27 patients, soit 63% de l'effectif, la mainlevée par le JLD est sous-tendue par des irrégularités de « forme » dans la procédure. Ce sont des données objectives.

Elles regroupent les dates hors délais, les documents manquants, les défauts d'identification du tiers. L'ensemble de ces éléments sont évitables si les acteurs participant à la procédure de SPSC sont suffisamment formés et ont accès à tous les documents nécessaires (modèles de certificat, modèles de demande de tiers, récapitulatif des pièces justificatives).

Il est intéressant de voir qu'**aucune mainlevée n'a concerné la notification de leurs droits aux patients**. L'information des patients a été jugée insuffisante en 2019 par le CGLPL [50], pourtant ni JLD, ni avocats ne se sont saisis de cet élément pour justifier une mainlevée. Ce motif était pourtant retrouvé dans la littérature : c'est le motif de mainlevée le plus représenté dans l'étude de Horn et al avec un pourcentage entre 23 et 27% selon les groupes. [54] Cela témoigne d'une variabilité dans les pratiques et décisions de mainlevée selon les juridictions.

Cette variabilité peut se retrouver au niveau inter-individuel : nous constatons qu'il est fréquent de retrouver le même motif de mainlevée pour des audiences successives menées par le même magistrat.

2.5.3.2 Sur le fond :

Le cadre légal des SPSC prévoit que les certificats fassent état d'une altération du discernement rendant impossible le consentement aux soins. Les SPSC étaient insuffisamment justifiés pour 14 patients : il peut s'agir de justifier la mesure d'hospitalisation complète ou la raison du recours à une procédure différente de la procédure de SPDT classique, qui reste la procédure de droit commun. Ainsi pour les mesures de SPPI la justification des soins doit inclure la notion d'un danger imminent et l'établissement doit apporter la preuve d'avoir engagé des démarches pour joindre les proches du patient.

A plusieurs reprises, l'ordonnance du JLD fait état d'éléments médicaux figurant sur les certificats, qui semblent contredire la demande de maintien des SPSC. Dans les données on retrouve notamment :

- « Pas de rupture de traitement » ;

- « Le patient fonctionne davantage dans un registre psychopathique que schizophrénique » ;
- « Pas de délire pas d'hallucinations » ;
- « Problème de sécurité en détention » ;
- Les constantes hémodynamiques figurent sur l'un des documents présentés à l'audience.

Ces éléments ne justifient pas le fait que le consentement aux soins est impossible et peuvent être confusiogènes pour le JLD.

Il est important de noter que le certificat médical initial peut être considéré comme un moyen de communication avec le psychiatre du CHS. Il fait partie du dossier médical. Les éléments médicaux énoncés ci-dessus sont pertinents pour la prise en charge mais pas pour la procédure judiciaire. La HAS rappelle pourtant que [56] « le certificat médical doit permettre à ses destinataires non médecins de comprendre le bien-fondé de la mesure (adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental de la personne, à sa potentielle dangerosité et à la mise en œuvre du traitement requis) ».

De plus, nous avons évoqué en introduction la difficulté pour le JLD d'émettre une décision objective, car, ne disposant pas de compétence psychiatrique, il doit apprécier rapidement lors de l'audience la capacité du patient à consentir aux soins et sa conscience des troubles. Ces éléments non nécessaires voire contradictoires rendent son exercice encore plus ardu. Ils peuvent parfois confirmer son « intime conviction » de se prononcer contre l'avis médical pour des raisons de fond. S'il ne doit pas remettre en question l'indication médicale de SPSC, il doit en revanche évaluer la capacité du patient à consentir de façon éclairée aux soins.

Enfin, à l'inverse, sur plusieurs certificats figurent le diagnostic médical. Cet élément ne constitue pas un motif de mainlevée par le JLD, en revanche il illustre l'ambivalence dans laquelle se trouve le praticien : il doit à la fois apporter suffisamment d'éléments cliniques pour justifier les soins, tout en respectant la déontologie du secret professionnel.

Une situation clinique mérite une attention particulière. Par deux fois consécutives, le même patient a vu son hospitalisation prendre fin suite à une ordonnance de mainlevée du JLD. Il s'agissait d'un patient détenu, présentant d'après les certificats initiaux une « crise suicidaire liée à des conditions de détention difficiles ». Le patient était en demande de soins mais son statut de détenu imposait la rédaction d'un certificat en SPDRE pour qu'il puisse être admis au CHS.

A deux reprises, donc, le JLD l'a jugé « apte à consentir » aux soins, la mainlevée de son hospitalisation a conduit à son retour en détention. En l'absence de structure de soins sur le territoire dédiée aux détenus, type UHSA ou SMPR, qui pourrait les accueillir en « hospitalisation libre » les patients sont à risque d'aller et retour entre CHS et détention si le JLD met fin aux soins en raison de leur aptitude à consentir.

2.6 Organisation des soins après la mainlevée :

2.6.1 Conduite tenue dans les 24 heures :

Dans les suites de la décision de mainlevée, près d'**un patient sur cinq** présentait un état psychique trop instable pour sortir définitivement de l'hôpital et refusait toujours les soins. Ils ont fait l'objet d'une **nouvelle mesure de SPSC**. Cela signifie la rédaction d'un nouveau certificat initial et la reprise de la procédure. Ils rencontreront alors à nouveau le JLD douze jours plus tard. Le renouvellement de la procédure, malgré l'ordonnance de mainlevée du juge et le refus de soins du patient, vient entraver une alliance aux soins déjà fragile, majore l'incompréhension du patient, invalide la décision du Juge et augmente le clivage avec l'équipe médicale.

Un tiers des patients ont accepté de poursuivre leur hospitalisation en soins libres. Cela vient interroger leur capacité à consentir de façon éclairée aux soins puisque les certificats médicaux justifiant la mesure de SPSC faisaient justement état d'une altération du jugement et d'un déni des troubles. Les hospitalisations en soins libres étaient souvent courtes ; le passage en hospitalisation libre pendant un temps bref peut-il être vécu par le patient comme un « compromis » pour éviter la mise en place d'une nouvelle mesure de SPSC avec la perspective d'une sortie rapide ? Il aurait été intéressant d'étayer cette hypothèse avec des données liées au déroulement de l'hospitalisation libre ayant fait suite à l'ordonnance de mainlevée.

Parmi les vingt patients sortis d'hospitalisation, **un suivi ambulatoire a été programmé pour 18 d'entre eux**. Deux d'entre eux ont maintenu leur refus de soins et refusé toute prise de rendez-vous à la sortie. Cela est révélateur de la fragilité de la conscience des troubles et de l'alliance aux soins.

On constate qu'**aucun nouveau programme de soin n'a été mis en place**. L'unique programme de soins recensé était déjà en place à l'entrée du patient.

2.6.2 Soins et suivi programmé :

A la sortie, 86% ont eu un rendez-vous programmé avec un psychiatre et 9% ont repris un suivi infirmier. 91% sont sortis avec une ordonnance.

Le type de soins programmés était influencé par la faiblesse des moyens ambulatoires disponibles sur le territoire :

- 39% des patients concernés par une mainlevée sortiront avec une ordonnance comprenant un traitement par **neuroleptique d'action prolongée**. Il aurait été intéressant de savoir si ce traitement figurait dans le traitement d'entrée des patients ou s'il a été instauré dans le court délai de douze jours avant la rencontre avec le JLD. Les traitements retard sont largement prescrits en Nouvelle Calédonie. En brousse, les patients sont ritualisés autour de ces injections mensuelles qui ont lieu le plus souvent en dispensaire, parfois à domicile. A Nouméa, les injections sont réalisées au CMP ou par un IDE libéral (plus nombreux dans cette région).
- De même, les ordonnances de sortie étaient souvent prescrites pour des durées longues (6 mois à un an).

Il existe des limites à l'interprétation de ces données : il est possible que les dossiers médicaux desquels nous tirons ces informations manquent d'exhaustivité et que nous n'ayons pas eu accès aux informations concernant les prises de rendez-vous par le patient après sa sortie.

2.6.3 Conséquences sur le parcours de soins :

Seuls **32%** des patients pour qui un rendez-vous était programmé par le CHS se sont présentés à leur rendez-vous.

Cela montre qu'une sortie d'hospitalisation dans les suites d'une mainlevée par le JLD est un moment à risque de rupture dans le parcours de soins. La conscience des troubles et l'alliance aux soins est insuffisante pour que le patient puisse adhérer de façon éclairée à un suivi ambulatoire.

Il existe des limites à ce résultat : pour calculer celui-ci nous avons utilisé les dossiers médicaux informatisés du CHS : ceux-ci nous donnent accès au CMP, à l'AUP aux urgences, à l'HDJ et à l'AMP : antenne médico-psychologique chargée des soins ambulatoires en Province Nord.

Des données manquantes pourraient nous apporter des éléments sur la poursuite des soins en ambulatoire : nous n'avons pas pu recueillir de données des dispensaires, des médecins généralistes et psychiatres libéraux, ou de passages aux urgences si l'AUP n'est pas intervenu.

Enfin, on constate que **44% des patients n'ont pas eu de contact avec le CHS dans les six mois ayant suivi la mainlevée des SPSC**. Cet élément est difficilement interprétable en raison de facteurs de confusion : pour une partie des patients cette rupture de soins peut être considérée comme un facteur de risque de rechute en raison de l'absence de suivi. Il aurait été intéressant de poursuivre l'étude sur une durée plus longue pour évaluer si les patients perdus de vue reprennent contact, ainsi que leur état de santé et les conséquences de cet arrêt des soins.

3 Du droit à la liberté individuelle au droit de qualité des soins :

Nous avons évoqué en introduction l'évolution de la législation encadrant les SPSC, ayant pour but de garantir le respect des droits des patients faisant l'objet de ces mesures. La Liberté de l'homme est en effet le premier des droits énoncés par la déclaration des droits de l'homme et du citoyen. C'est une valeur essentielle inscrite dans la Constitution [23] qui fonde notre système démocratique.

La Constitution nomme l'autorité Judiciaire comme seule garante du respect des droits individuels et définit que « nul ne peut être arbitrairement détenu ».

Dans « soins psychiatriques sans consentement et libertés individuelles » JL Gautier [57] met en lumière la complexité de garantir à chacun le respect de sa liberté :« *les objectifs de valeur constitutionnelle ont la fonction paradoxale de limiter l'exercice des droits fondamentaux pour en protéger l'existence* ».

Appliqués aux patients, les SPSC ne constituent pas un motif arbitraire : la situation justifie que pour le bien commun ou pour leur propre intégrité, leur droit de circuler, de refuser les soins leur soient temporairement retirés. [13]

Le droit de refuser les soins a été rappelé par la loi Kouchner de 2004, toutefois le patient présentant une décompensation psychiatrique aiguë justifiant des SPSC est-il à même de consentir librement ? En réalité l'essence même des symptômes psychiatriques, leur intensité, et le déni des troubles associés entravent son jugement.

Les patients souffrant de troubles psychiques sont exposés à un parcours médical potentiellement marqué de ruptures, de rejet et de stigmatisations [58] [59]. Les symptômes ont un impact social, avec un surrisque de précarité, d'être victime de violences ou d'en être auteur, d'avoir des comorbidités addictives ou somatiques. On sait notamment que l'espérance de vie des personnes suivies pour troubles psychiques est diminuée en moyenne de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes. Le risque de mort prématurée est multiplié par 4.[26]

L'accès à la santé est également un droit qui est entravé par la maladie lorsqu'elle est responsable d'une altération du jugement et d'un déni des troubles. On peut arguer que protéger la liberté d'un individu souffrant de troubles psychiatriques c'est lui rendre sa clairvoyance et la possibilité de consentir librement, en lui dispensant des soins nécessaires. On peut ainsi se demander si un patient ayant une mesure de SPSC levée sur ordonnance du JLD ne voit pas la qualité des soins dégradée, que ce soit en termes d'organisation de suivi, ou d'alliance thérapeutique.

Dans une prise en charge hospitalière, l'ordonnance de mainlevée par le JLD, par la forme que prend la procédure, est souvent une nouvelle brutale, à laquelle l'équipe soignante est insuffisamment préparée. Elle peut être vue comme une intrusion : les soins prennent alors fin pour des raisons de procédures qui semblent parfois accessoires comparé à la gravité de la situation clinique. Parfois l'appréciation du Juge concernant la conscience des troubles ou la nécessité de soins peut être opposée à celle des psychiatres.

L'exercice du JLD est pourtant complexe : il lui est demandé de se positionner dans des conditions d'audience difficiles : après un entretien court avec le patient et sur la base des éléments du dossier il doit remettre rapidement sa décision. Cette décision doit concerner la forme (respect de la procédure) mais également le fond. On peut s'interroger sur son degré de connaissance des maladies psychiatriques, sur lesquels se basent son évaluation qui a le risque d'être subjective.

Ainsi, la relation patient-médecin est complexifiée par la rencontre juge-citoyen. Cela a nécessité une adaptation à la fois de l'instance judiciaire qui est venue dans les murs de l'hôpital pour cette nouvelle mission. Pour les médecins, il s'agit de s'approprier le langage juridique et de connaître la procédure. Si l'audience et l'étude de chaque mesure de SPSC est une garantie des droits pour le patient, le bon respect de la procédure, éviter autant que faire se peut les vices de procédures « de forme » est une exigence que doivent avoir l'ensemble des acteurs de cette mesure.

4 Axes d'améliorations des pratiques :

4.1 Vécu des patients concernant l'audience :

Le courrier du patient en prologue de ce travail est, à notre sens, une criante représentation de la difficulté pour les patients de comprendre les enjeux d'une telle audience, surtout lorsqu'ils sont particulièrement décompensés sur le plan psychiatrique. La lettre, dictée par un patient à une IDE du service l'accompagnant dans sa démarche, a été adressée au JLD. On constate en premier lieu la symptomatologie délirante riche et floride, à thématique mystique, persécutive et mégalomane. Ces symptômes sous-tendent le refus de soins et sont un frein à la bonne compréhension du patient. Dans le vécu du patient, l'équipe médicale peut représenter le « mauvais objet » responsable de la privation des libertés, le JLD incarne quant à lui la possibilité d'être « libéré ». Cette triangulation, bien que nécessaire à la protection des droits, fragilise l'alliance aux soins. On voit également l'impact sur la relation avec les tiers ayant signé la demande de SPDT « ma citoyenneté m'a été retirée par ma fausse mère ».

La littérature sur le sujet souligne les obstacles à la bonne compréhension et le vécu parfois difficile de l'audience par les patients. Dans leur étude « impact psychologique de l'audition devant le JLD chez des patients hospitalisés » [60] Valmy et al décrivent le vécu de cette audience comme un « facteur de stress » souvent mal compris.

Dans « regard clinique sur une rencontre singulière : audience auprès du JLD » [61] C.Garnier décrit une amalgame avec une audience pénale où l'individu, représenté par son avocat, est inquiet de devoir répondre à une accusation. Il existerait pour les patients une confusion entre le JLD et le Juge d'Instruction. Cette confusion est majorée en Nouvelle Calédonie du fait de la taille du territoire et le possible chevauchement des affaires.

Les patients peuvent ressentir une anxiété importante liée à la procédure complexe et aux enjeux de l'audience. Les auteurs rapportent « une intrication importante entre la comparution à l'audience et l'histoire personnelle du patient ». Lorsque l'hospitalisation a été initiée à la suite d'un passage à l'acte, le JLD peut revenir sur les motifs figurant

sur les certificats initiaux. De même, cela peut faire écho à des audiences précédentes possiblement pénales. La rencontre avec le Juge peut alors majorer le sentiment de culpabilité.

Le degré de compréhension peut être limité par la capacité du patient à raisonner sur des idées abstraites telles que la Justice et le respect de ses droits. Il faudra également qu'il s'émancipe, le cas échéant, des éléments délirants qui peuvent entacher son discernement. Selon Rossini et Verdoux [62], seuls 13% des patients étaient en mesure de citer le lieu de l'audience et 21% le titre exact du Juge. Si plus de la moitié des patients de leur échantillon contestaient la décision de maintien du JLD, seul un patient sur cinq avait recours à une procédure d'appel. Cela montre la possible incompréhension des démarches. Ils rapportent des vécus contrastés et influencés à la fois par le tableau clinique actuel et l'histoire de vie des patients. Il peut s'agir d'un sentiment de protection de leur droit, un sentiment d'accusation (notamment chez les patients admis en SPDRE) ou un certain fatalisme.

Enfin, l'audience peut au contraire se montrer rassurante car elle reste l'incarnation d'une veille au respect des droits des patients faisant l'objet d'une mesure de SPSC.

4.2 Axes d'améliorations des soins :

Les douze premiers jours de SPSC chez des patients vulnérables et décompensés sur le plan psychiatrique justifient une attention particulière aux informations qui leurs sont portées. Leur statut de patient ne leur retire pas celui de citoyen.

La législation par la loi Kouchner rappelle le droit à l'information pour tous les patients concernant leur dossier médical. La loi du 5 Juillet 2011 rend obligatoire la notification de leurs droits et la non information peut être un motif de mainlevée de la mesure. La complexité de notre sujet réside dans le fait que les patients admis en SPSC ne soient pas toujours psychiquement en mesure de recevoir ou comprendre ces informations.

L'information peut être délivrée à l'occasion des entretiens médicaux et de façon plus informelle avec l'équipe paramédicale qui est en première ligne et plus au contact des patients et ont l'avantage de ne pas incarner le rôle de « décisionnaire de l'hospitalisation » que peut incarner le médecin.

Les supports doivent être multiples, écrits (affiches dans le service, fiche d'information remise au patient) et oraux.

Les personnels médicaux et paramédicaux ont dû se former pour adapter leurs pratiques dans deux buts : à la fois se conformer au mieux au respect de la procédure telle que prévue par la loi, mais aussi être en capacité de délivrer une information claire et compréhensible concernant la procédure de SPSC, et ce malgré leur état psychique instable.

Si le bienfondé d'un contrôle Judiciaire des mesures de SPSC relève des droits fondamentaux, nul ne peut nier qu'une mainlevée des SPSC constitue une rupture brutale dans les soins si elle conduit à une sortie anticipée du patient. Ainsi, il est du devoir éthique et moral des praticiens de limiter tant que possible les irrégularités de procédure. Dans notre travail comme dans la littérature, [53] [63] on constate qu'un nombre important des levées de mesure concerne des éléments hors délai, de document manquants ou l'absence de mention que l'information a été délivrée.

En Nouvelle Calédonie, la rédaction de certificat se fait en intra hospitalier sur un modèle fourni par le CHS avec des éléments pré-remplis. Les demandes extra hospitalières notamment pour les certificats initiaux se font sur des supports variables. Le CHS possède des documents types qu'il peut faxer mais ceux-ci sont parfois manquants ou mal utilisés. Notre travail souligne que les certificats initiaux motivent la mainlevée du JLD dans 20% des cas, pour des raisons de forme (date, signature) ou de justification médicale insuffisante.

Dans un souci de rigueur et d'harmonisation des pratiques de rédaction des certificats médicaux, plusieurs outils peuvent être utilisés :

- La Haute autorité de santé a rédigé une « Fiche mémo » accessible et synthétique adressée aux médecins rédacteurs. [56]

- Le conseil de l'ordre des médecins de Nouvelle Calédonie donne accès, sur son site internet, à des modèles de certificats vierges que le praticien peut remplir.
- Des outils informatiques comme la plateforme **CERT'IN©** [64] ont été créés et mis à disposition gratuitement. Ils restent à ce jour peu nombreux et ne sont pas utilisés en Nouvelle Calédonie. Cet outil serait utilisable par la plupart des praticiens rédigeant leurs certificats par support informatique : en dispensaire (CMS), en hospitalier ou en libéral. Sur le plan légal, le décret d'application de la loi du Juillet 2011 n'est pas le même qu'en métropole.

« SOS médecin » a adressé 37% des patients inclus dans notre travail. Les praticiens de cette structure interviennent en urgence à domicile. Le format informatique n'est pas adapté mais il serait utile de leur fournir un « **kit** » de documents comprenant l'ensemble des modèles de certificats, un modèle de demande de tiers et une liste des pièces à joindre impérativement.

Enfin, il pourrait être intéressant d'effectuer des retours systématiques en cas de mainlevée par le JLD, aux praticiens ayant participé à la prise en charge, pour en expliquer les motifs, limiter l'incompréhension liée à une sortie imprévue, et améliorer les pratiques.

En somme, des temps d'échanges entre praticien, un accès facilité aux modèles de certificat et une formation adaptée pourraient diminuer le taux de mainlevées et participer à l'amélioration des soins.

5 Nouvelles missions du JLD

A l'heure où nous publions ce travail, cela fait près de douze ans que la Loi du 5 Juillet 2011 est appliquée et que le JLD garantit le respect des droits dans les procédures de SPSC. En 2022, le rôle du JLD s'étend, non pas à la vérification de la mesure mais également aux soins dispensés en cours d'hospitalisation lorsqu'ils constituent une privation de liberté.

L'isolement et la contention sont des pratiques qui concernent les patients admis en SPSC. L'isolement consiste à placer la personne dans un espace séparé des autres patients et à distance de toute stimulation. La contention mécanique vise à limiter les mouvements d'une personne présentant par son comportement un risque grave d'atteinte à son intégrité ou à celle d'autrui.

Ces mesures sont initiées sur prescription médicale après évaluation clinique, et sont indiquées pour prévenir une mise en danger imminente pour le patient ou pour autrui, après l'échec de mesures alternatives. Ce sont des mesures de dernier recours. Les patients isolés ou contenus font l'objet d'une surveillance médicale rapprochée, leur prescription doit être justifiée et tracée dans le dossier médical.

Le 22 Janvier 2022, le législateur a réformé les modalités de recours à l'isolement et à la contention et introduit le contrôle de ces mesures par le JLD lorsqu'elles dépassent le cadre prévu par la loi. [65]

La durée maximale des mesures est :

- Pour l'isolement : durée initiale de 12 heures renouvelable si nécessaire de 12 heures. La durée totale d'isolement ne doit pas dépasser 48 heures au cours des 15 derniers jours.
- Pour la contention mécanique : durée initiale de 6 heures renouvelable si nécessaire de 6 heures. La durée totale de la mesure ne doit pas dépasser 24 heures au cours des 15 derniers jours.

L'isolement et la contention mécanique sont des mesures de dernier recours. Leur mise en place constitue une privation transitoire de liberté à visée de protection. Tout

comme les SPSC, selon l'article 66 de notre constitution, il est logique que le JLD exerce sur ces soins un contrôle.

Si une mesure d'isolement ou de contention dépasse la durée prévue par la loi, le JLD est saisi sans délai par le directeur d'établissement. Les modalités de saisie sont résumés dans la **figure 17** issue de la Circulaire de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 [66]. La procédure est complexe et nécessite de la part des acteurs médicaux et administratifs une adaptation importante au cadre légal, le tout dans le contexte d'urgence que représente les prescriptions d'isolement ou de contention.

Une fois saisi, le JLD peut ordonner la mainlevée de la mesure. Il statue par procédure écrite. Une audience peut être organisée à la demande du patient, de son représentant légal, ou du Juge. En cas de mainlevée, aucune nouvelle mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en place « sauf survenue d'éléments nouveaux »

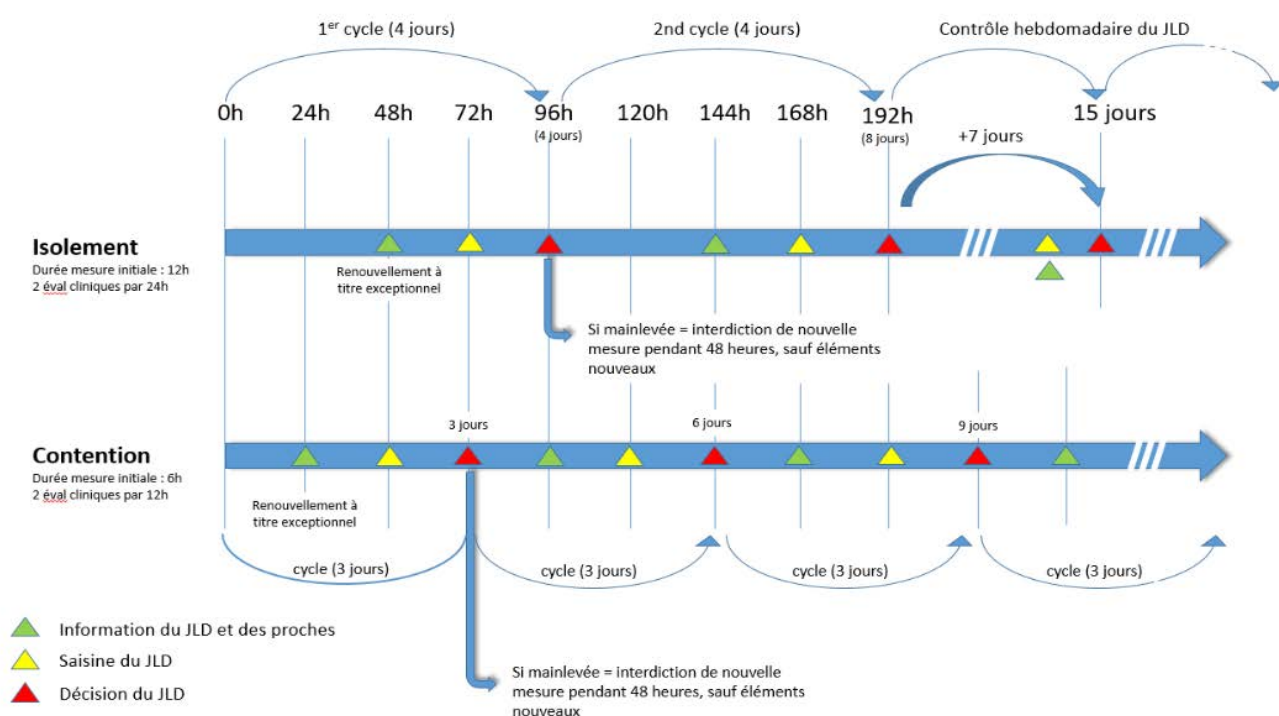


Figure 15: isolement et contention: consignes de saisine du JLD

En somme, cette nouvelle mission confiée au JLD permet le respect des droits individuels et le contrôle des mesures de privation de liberté. Tout comme pour le contrôle des SPSC la formation des acteurs de soins et administratifs est indispensable aux prérequis de la loi. Une articulation efficace avec le législateur est indispensable. Il est du devoir de tout praticien d'adapter ses pratiques avec rigueur pour éviter les mainlevées car elles ont pour conséquence de complexifier le parcours de soins de patients instables sur le plan psychiatrique et hospitalisés sans leur consentement.

A ce jour, la Loi du 22 Janvier 2022 n'est pas encore appliquée en Nouvelle-Calédonie. On constate sur le territoire un retard sur l'application légale des lois encadrant l'isolement et la contention, qui témoigne de la difficulté d'articuler Justice française, système de soins local, réalité de recrutement de personnel soignant et difficulté à adapter les locaux.

Son application est donc un des enjeux majeurs à venir pour le « Pavillon 5 ».

Conclusion

L'ordonnance de mainlevée d'une procédure de SPSC marque une rupture dans le parcours de soins. Deux principes fondamentaux de prise en charge des patients semblent entrer en opposition : la protection des droits du patient prime alors sur la protection de son état de santé.

Le respect des droits des patients faisant l'objet de mesure de SPSC reste, pour le législateur et les équipes soignantes, une priorité. Son application pratique est mise en difficulté par la complexité des procédures, les réalités matérielles, démographiques et la nécessité pour tous les acteurs de s'adapter aux exigences de la loi. Il existe un réel enjeu éthique et moral d'améliorer les pratiques pour éviter les irrégularités de procédures. A ces fins, les acteurs médicaux, administratifs et judiciaires doivent s'articuler et travailler ensemble car au centre de toute la démarche, c'est la santé du patient, au sens physique, mental et social, qui est en jeu.

La Nouvelle Calédonie est un modèle singulier en raison de ses particularités politiques, culturelles et historiques. En son sein, les SPSC sont l'interface à la fois de psychiatrie et de la Justice, mais également des institutions de l'Etat et des autorités coutumières. Il serait intéressant de mettre en place des outils standardisés pour la rédaction des certificats sur le territoire calédonien, pour réduire le nombre de mainlevées.



« Docteur, le Juge c'est la seule porte de sortie »

Patient du CHS, lors d'un entretien médical

Liste des tables

Tableau 1: description de l'échantillon	72
Tableau 2: motifs des mainlevées N (%)	79

Liste des figures

Figure 1: chronologie des SPSC	28
Figure 2 : image satellite de la Nouvelle Calédonie - Google Earth	36
Figure 3: Axes de transports et hôpitaux	39
Figure 4: aires coutumières et langues kanak en Nouvelle-Calédonie Source : académie des langues kanak	43
Figure 5: image satellite presqu'île de Nouville - Google Earth	50
Figure 6: plan de l'hôpital du Marais - Source archives du CHS	51
Figure 7: organisation de la psychiatrie en 2019 - communication du CHS	56
Figure 8: soignants du CHS - cour du pavillon 5.....	61
Figure 9: Classification des motifs par étapes chronologiques	70
Figure 10: modalités de suivi antérieur	76
Figure 11: origine du certificat initial	77
Figure 12: Mode d'hospitalisation (n,%).....	78
Figure 13: types de motifs de mainlevée (%).....	82
Figure 14: conduite tenue dans les 24 heures	83
Figure 15: isolement et contention: consignes de saisine du JLD.....	111

Bibliographie

- [1] Article 10 - Décret du 19 juillet 1791 relatif à l'organisation d'une police municipale et correctionnelle. *Légifrance*
- [2] Article 64 - Code pénal (ancien). *Légifrance*.
- [3] CASTEL Robert. L'ordre psychiatrique. *Editions de minuit*
- [4] QUETEL Claude. Un esprit de réforme. Histoire de la folie *Edition Tallandier*
- [5] RHENTER Pauline La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *Journal français de Psychiatrie*, 2010
- [6] Loi du 30 juin 1838 portant sur les aliénés. *Légifrance*
- [7] GERMAIN George Alex. L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'Ancien régime à la loi du 05 juillet 2011 *Médecine humaine et pathologie*, 2011
- [8] HAZAN Adeline et HATRY Sarah. Psychiatrie : l'hospitalisation contrainte *Editions Dalloz*
- [9] 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 - *Légifrance*
- [10] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - *Légifrance*
- [11] LAZARUS Antoine. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. *Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"*. 1995.
- [12] PIEL Eric et ROELANDT Jean-Luc. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport public. *Ministère de l'emploi et de la solidarité*. 2001.
- [13] ROME Isabelle. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. *L'information psychiatrique*. 2011, volume 87

- [14] ROSSINI Kevin, CASANOVA Pierre, VERDOUX Hélène, SENON Jean-Louis. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, Novembre 2014, Volume 172, pages 766-771
- [15] 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. *Légifrance*
- [16] Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions 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 et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. *Bulletin officiel du ministère de la Justice et des Libertés*.
- [17] Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office. *Journal officiel du 20 Mars 2011*
- [18] WALTER Lison. Les mainlevées des procédures de soins sans consentement : contexte national. Revue et analyse de la situation de Quimper en 2017 et 2018. *Sciences du Vivant*. 2019
- [19] 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. *Légifrance*
- [20] DUPONT Marc, LAGUERRE Audrey, VOLPE Audrey Les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. *Soins sans consentement en psychiatrie*. 2015, pages 243 à 272
- [21] Article L3213-1 - Code de la santé publique. *Légifrance*. 30 Septembre 2013
- [22] Juge des libertés et de la détention. *Site du Ministère de la Justice*. 11 Janvier 2017
- [23] Article 66. Constitution du 4 octobre 1958 - *Légifrance*

- [24] FAUCONNIER Justine, BENEZECH Michel, HITIER Florence, LE BIHAN Patrick. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. *Annales médico-psychologiques*. Août 2015
- [25] Références statistiques, année 2019. *Ministère de la Justice*. 2019
- [26] COLDEFY Magali. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé* n° 269. Juin 2022
- [27] Populations légales de Nouvelle-Calédonie en 2019. *Rapport de l'INSEE*. 2019
- [28] ANGLEVIEL Frédéric, PALOMBO Philippe, BOUBIN-BOYER Sylvette et BARBIE Eric. Le Paradou - de l'hôpital du Marais au centre hospitalier Albert Bousquet 1868-2014. *Editions Maritime books*. 2013
- [29] Histoire - *Site de la Maison de la Nouvelle-Calédonie*
- [30] Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998. *Légifrance*
- [31] 3e référendum d'autodétermination en Nouvelle-Calédonie. *Ministère de l'Intérieur*, Décembre 2021
- [32] Les différentes aires. *Sénat Coutumier de Nouvelle-Calédonie*
- [33] MAUME Aline. La Nouvelle-Calédonie, l'archipel où la tradition kanak a force de loi. *site <http://www.Geo.fr>* Octobre 2018.
- [34] PEROUSE DE MONTCLOS Marie-Odile, DUCAMP Marie-Emmanuelle, RIDEL Blandine. Lien social et processus d'attachement chez l'enfant adopté en milieu kanak. *La psychiatrie de l'enfant*. 2011, volume 44
- [35] GODIN Patrice. En pays kanak, des malheurs et des hommes. *Le handicap au risque des cultures*, Partie 1. *Editions Eres*, 2010
- [36] QAEZE Paul. Médecine traditionnelle. *Bulletin Médical Calédonien et Polynésien*. 2005.
- [37] SALOMON Christine. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. *Editions Presses universitaires de France*, 2010

- [38] CARTERON Benoit. La quête identitaire des Caldoches en Nouvelle-Calédonie. *Ethnologie française*. 2015, volume 45
- [39] Article 13 - Constitution du 4 octobre 1958. *Légifrance*
- [40] MOUCHENIK Yoram. La psychiatrie coloniale en Nouvelle-Calédonie. *Journal de la société des océanistes*. 2001, n° 113
- [41] Dispositions relatives à l'hôpital de l'île Nou, *Bulletin officiel de l'Administration pénitentiaire*., 6 Octobre 1871.
- [42] MERLE Isabelle. Bagne et colonisation pénale en Nouvelle-Calédonie: principes et réalités. *Conférence invitée au Musée Anne-de-Beaujeu*, Moulins, Février 2018..
- [43] Décret du 31 décembre 1927 relatif au statut du personnel de surveillance des extérieurs de l'administration pénitentiaire. *Légifrance*
- [44] Décret du 13 juillet 1937 réglementant l'admission des citoyens français, des sujets et protégés français et des étrangers en Nouvelle-Calédonie. *Légifrance*
- [45] L'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie. *Vice-Rectorat de Nouvelle Calédonie*.
- [46] Décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française 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. *Légifrance*
- [47] Article 122-1 du Code pénal - *Légifrance*.
- [48] DE CASTELBAJAC Thomas, QUINTIN Jacques. Architecture en psychiatrie et atmosphère soignante. *L'évolution psychiatrique*, Septembre 2021, Volume 86
- [49] Rapport de visite du Centre Hospitalier Albert Bousquet, *site du CGLPL*, 2011
- [50] Rapport de visite du Centre Hospitalier Albert Bousquet. *Site du CGLPL*. 2019
- [51] Centre pénitentiaire de Nouvelle-Calédonie. *Observatoire international des prisons*
- [52] Âge moyen et âge médian de la population. *INSEE*

- [53] GOUSSET Robin, Étude descriptive des mainlevées prononcées par le juge des libertés et de la détention au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre 2018. *L'Encéphale*. Décembre 2020 Volume 46;
- [54] HORN Mathilde, PLISSON Guillaume, AMAD Ali, VAIVA Guillaume, THOMAS Pierre, BUBVROSKY Maxime. Soins psychiatriques sans consentement pour les personnes détenues : une étude descriptive de 73 mainlevées consécutives en unité hospitalière spécialement aménagée. *L'Encéphale* 2021, volume48.
- [55] MARESCAUX Jacques. Place du directeur d'établissement dans l'application de la loi du 5 juillet 2011. Évaluation de la loi par le directeur. *Annales médico-psychologiques*. Décembre 2012. Volume 170
- [56] Fiche mémo : Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. *Haute autorité de Santé*. Mars 2018
- [57] STUART Heather. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*. 5 Novembre 2003
- [58] GRONHOLM Petra, HENDERSON Claire, DEB Tanya, THORNICROFT Graham. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Mars 2017, volume 52
- [59] VALMY Geoffroy, LEVY Charlotte, BARUCQ Edouard, RIFFAUD Sandra, DAVIGNON Guillaume, SENON Jean-Louis. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Annales médico-psychologiques*. *Revue Psychiatrique*. Décembre 2012, volume 170.
- [60] GARNIER Camille, GIRAVALLI Pascale, PAULET Catherine. Regard clinique sur une rencontre singulière : audience auprès du JLD. *L'information psychiatrique*. Septembre 2014. Volume 90
- [61] ROSSINI Kevin, VERDOUX, Verdoux Hélène Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. Septembre2015

- [62] HORN Mathilde, FRASCA J, AMAD Ali, VAIVA Guillaume, THOMAS Pierre, FOVET Thomas. Soins psychiatriques sans consentement: une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *L'Encéphale* 2019, volume 45
- [63] FOVET Thomas, HORN Mathilde, DUJARDIN Valériane, DANIEL Thierry, THOMAS Pierre, VAIVA Guillaume, AMAD Ali. CERT'IN© : un logiciel libre d'aide à la rédaction du certificat médical initial pour les mesures de soins psychiatriques sans consentement. *La Presse Médicale* Novembre 2019 Volume 48
- [64] Article 17 - Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique. *Légifrance*
- [65] Circulaire de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement. *Ministère de la Justice*. 25 Mars 2022

Annexe 1 : motif de mainlevée : données brutes

N°	Année	Mode SPSC	Motif	Etape concernée	Type de motif
1	2021	SPDTU	Pas de trace d'examen somatique Certificat initial mal daté	Pré hospitalier Admission	Forme
2	2021	SPPI	Absence de qualification du péril imminent	Période hospitalière	Fond
3	2021	SPDT	Qualité du tiers non renseignée	Pré hospitalier	Forme
4	2021	SPDT	Tiers non manuscrit créant une suspicion quant à la qualité de sa rédaction	Pré hospitalier	Forme
5	2021	SPDRE	Première demande de mainlevée faite au représentant de l'état, attente du second avis médical	Période hospitalière	Fond
6	2021	SPDT	Absence d'éléments factuels dans le CM 24h	Période hospitalière	Fond
7	2021	SPDT	Qualité du tiers non renseignée	Pré hospitalier	Forme
8	2021	SPDT	Absence datation CM initial	Pré hospitalier	Forme
9	2021	SPDT	Absence CNI tiers	Pré hospitalier	Forme
10	2021	SPDT	Domicile et téléphone du tiers non mentionnés	Pré hospitalier	Forme

11	2020	SPDT	Non motivé	Non motivé	Non motivé
12	2020	SPPI	« le certificat initial rapporte simplement l'existence de troubles du comportement de type maniaque sans développer en quoi ce comportement pourrait justifier d'un risque »	Pré hospitalier Justification médicale	Fond
13	2020	SPDT	« le patient à l'audience affirme ne jamais avoir rencontré le Dr X signataire des certificats initiaux(...) ce que le docteur confirme	Période hospitalière	Forme
14	2020	SPPI	CM initial « pas de rupture de traitement » CM 24h « héboïdophrénie qui fonctionne davantage dans un registre psychopathique que schizophrénique » Audience :« propos cohérents, a reçu traitement » non contredit par éléments médicaux récents	Pré hospitalier Période hospitalière	Fond
15	2020	SPPI	CM 72h : Absence de motivation médicale	Période hospitalière	Fond
16	2019	SPDRE D398	« conditions de santé incompatibles avec la détention » N'apparaît pas en quoi le consentement n'est pas recevable	Période hospitalière	Fond

17	2019	SPDRE	CM 24h hors délai	Période hospitalière	Forme
18	2019	SPDT	CM initial non daté	Pré-hospitalier	Forme
19	2019	SPDT	CM initial « pas de délire pas d'hallucinations » Pas indiqué en quoi les troubles mentaux rendent impossible le consentement.	Pré-hospitalier	Fond
20	2019	SPDRE	Irrégularité délai de la saisine du JLD à 6 mois	Période hospitalière	Forme
21	2019	SPDT	- CM de situation hors délai - « Ne motive pas l'absence de capacité d'un consentement éclairé »	Période hospitalière	Fond et forme
22	2019	SPDT	CM initial : défaut d'éléments médicaux circonstanciés	Pré-hospitalier	Fond
23	2018	SPDT	CM initial et 72h signés par le même médecin	Période hospitalière	Forme
24	2018	SPDT	« la patiente soutient que le CM a été signé pour ordre par Dr X » « n'a pas vu trois médecins différents »	Période hospitalière	Forme
25	2018	SPDT	« le patient soutient que le CM d'admission a été signé pour ordre par Dr X »	Période hospitalière	Forme
26	2018	SPDRE 122-1	Mesure de SPPI initiée en intra-hospitalier	Période hospitalière	Forme
27	2018	SPDT	Qualité du tiers non vérifiée : « neveu »	Pré-hospitalier	Forme

28	2018	SPDT	CM 24h hors délai	Période hospitalière	Forme
29	2018	SPDT	CM 24h hors délai	Période hospitalière	Forme
30	2018	SPDT	CM initial « ne se prononce pas sur les motifs empêchant de consentir aux soins »	Pré-hospitalier	Fond
31	2018	SPDRE	CM initial « mise en avant d'un problème de sécurité en détention »	Pré hospitalier	Fond
32	2018	SPDRE	CM initial « flou »	Pré hospitalier	Fond
33	2022	SPDT	CM initial non daté Tiers non conforme	Pré hospitalier	Forme
34	2022	SPDT	CM initial : date hors délai	Pré hospitalier	Forme
35	2022	SPDT	CM initial : nom mal orthographié	Pré-hospitalier	Forme
36	2022	SPDRE	Arrêté municipal hors délai	Admission	Forme
37	2022	SPDT	CM initial non daté	Pré-hospitalier	Forme
38	2022	SPDT	CM initial non daté	Pré hospitalier	Forme
39	2022	SPPI	Absence de justification qu'un tiers a été informé dans les 24h	Admission	Forme
40	2022	SPDT	Décision d'admission du directeur : date hors délai	Admission	Forme
41	2022	SPDT	Absence de convocation du curateur à l'audience car JLD non informé de la mesure de protection	Période hospitalière	Forme

42	2022	SPPI	Absence de convocation du curateur à l'audience car JLD non informé de la mesure de protection Figurait pourtant sur la saisine	Période hospitalière	Forme
43	2022	SPDTU	Décision d'admission du directeur : date hors délai	Admission	Forme

Annexe 2 : modèle saisine JLD



CHS Albert Bousquet

Service de Psychiatrie générale

Nouméa, le

CERTIFICAT de SITUATION

n vue d'être présenté devant le Juge des Libertés et de la Détention

Je soussigné Docteur (médecin psychiatre) certifie que

M. X

Né(e) le 06/02/2004 à NOUMEA

Domicilié(e) au X

sans (ou avec) mesure de protection (préciser)

est hospitalisé dans l'Unité Fermée / Unité de Postcure et réhabilitation sans consentement du service de psychiatrie depuis le

sous le régime des **soins psychiatriques sans consentement**

à la demande de tiers

à la demande du représentant de l'Etat

à la demande du représentant de l'Etat en application de l'article D.398 CPP

pour une

(historique des troubles et déroulement de l'hospitalisation)

Je préconise la poursuite de l'hospitalisation complète en unité fermée dans le cadre d'une mesure de soins psychiatrique sans consentement à la demande de tiers / à la demande du représentant de l'Etat.

Certificat fait ce jour et adressé au Juge des Libertés et de la Détention pour valoir ce que de droit.

Dr

AUTEUR : Nom : HIMDI **Prénom :** Sophia

Date de Soutenance : 21/03/2023

Titre de la Thèse : Mainlevée des Soins Psychiatriques Sans Consentement par le Juge des Libertés et de la Détention : motifs et modalités de poursuite des soins. L'exemple de la Nouvelle-Calédonie

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Spécialité

DES + FST ou option : Psychiatrie FST Addictologie

Mots-clés : Soins Psychiatriques Sans Consentement, Juge des Libertés et de la Détention, Nouvelle-Calédonie

Contexte : La loi du 5 juillet 2011 prévoit l'intervention systématique du JLD pour contrôler les procédures de SPSC. Il ordonne, dans un délai de 12 jours, le maintien ou la mainlevée de la mesure. La Nouvelle-Calédonie est un territoire au statut particulier, sous la compétence de la France en matière de Justice.

Matériel et Méthodes : Notre travail consiste en une étude descriptive rétrospective des motifs de mainlevée par le JLD au CHS Albert Bousquet, en Nouvelle Calédonie. La période d'inclusion s'étend du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Septembre 2022.

Résultats : Nous avons recensé 43 ordonnances de mainlevées ce qui correspond à 4,6% des audiences. 49% des patients étaient en rupture de suivi à leur entrée, pour 16% d'entre eux l'admission en SPSC était leur premier contact avec la psychiatrie. Nous avons relevé 63% des mainlevées sur des motifs de « forme » et 32% sur des motifs de « fond ». Les irrégularités se retrouvent dans l'ensemble du parcours de soins : en phase préhospitalière (33%), à l'admission (9%) et une fois l'hospitalisation prononcée (54%). Dans les suites de la décision, 48% des patients sont sortis d'hospitalisation complète, 31% ont poursuivi les soins en hospitalisation libre et 21% ont fait l'objet d'une nouvelle mesure de SPSC. Seuls 32% des patients ont honoré leur rendez-vous programmé. 44% d'entre eux étaient perdus de vue six mois après l'ordonnance de mainlevée.

Conclusion : Former les professionnels à la rédaction des certificats et améliorer la compréhension mutuelle entre psychiatrie et justice est nécessaire pour la qualité des soins. Cela doit concerner l'ensemble des acteurs du processus de SPSC et s'adapter aux particularités culturelles, institutionnelles et démographiques du territoire calédonien.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Monsieur le Docteur Henri SCHMITT

Directeur : Madame le Docteur Maéva MAGNAT