La loi du 5 juillet 2011, après un large débat, a réformé les conditions des soins psychiatriques sans consentement. Le praticien non psychiatre est souvent celui qui initie la procédure. En établissant les certificats médicaux prévus par la loi, il engage sa responsabilité. Cet article vise à apporter le plus clairement possible quelques repères dans les nouvelles modalités légales et à répondre aux questions les plus couramment soulevées lors de la rédaction des certificats.

Abstract: Psychiatric care without consent: new legislation, new practices

The Law of July 5th 2011 reformed the law of June 27th 1990 concerning psychiatric hospitalization without consent. It provides the possibility of outpatient care without consent and judicial support in case of hospitalization without consent.

The periodicity of medical certificates remains the same regardless of the way of constraint (SDT, SDRE), but the law now requires six types of certificates for which detailed form and substance must be respected.

The former "HDT imminent peril" becomes "SDT emergency", not to be confused with the "care in case of imminent peril" (without third parties).

Key words: Commitment of Mentally Ill

Céline Balzani
Jean-Arthur Micoulaud-Franchi
Pôle de Psychiatrie Universitaire « Solaris », Unité de Neurophysiologie, Psychophysiologie et Neurophénoménologie (UNPN), CHU Sainte-Marguerite, Marseille ; Laboratoire de Neurosciences Cognitives (LNC), UMR-CNRS 7291, Pôle 3C, Aix-Marseille Université

Mots clés : internement d'un malade mental

Soins psychiatriques sans consentement

Nouvelle loi, nouvelles pratiques

La loi 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, a réformé la loi du 27 juin 1990 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement [1]. Les mesures phares de cette réforme sont le développement des soins ambulatoires sans consentement, ainsi qu'un contrôle judiciaire de la prise en charge, *via* l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) en cas d'hospitalisation sans consentement, puisque celle-ci représente une entrave à la liberté fondamentale d'aller et venir. La réforme introduit également une période initiale de 72 heures d'observation en milieu hospitalier, permettant d'orienter la suite de la prise en charge psychiatrique vers une hospitalisation complète ou une poursuite des soins en ambulatoire.

Même si les soins libres restent la règle, les hospitalisations sans consentement représentent 11 à 13 % des hospitalisations en psychiatrie, et concernent chaque année un nombre important de patients (environ 69 000 patients en 2008) [2]. Les facteurs qui semblent intervenir dans la décision de contrainte, plus que le diagnostic de trouble psychotique ou thymique aigu ou chronique ou les antécédents d'hospitalisation sans consentement, sont principalement représentés par ce que les anglophones appellent le niveau d'*insight* [3] (conscience de la maladie, capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, adhésion au traitement), mais aussi par le fonctionnement quotidien global du patient, et son état d'agitation et/ou d'hétéro-agressivité à l'admission, témoin de l'impulsivité sous-jacente pouvant nuire à la stabilité du consentement [4].

Cet article ne reprend pas la totalité des nouvelles modalités apportées par la réforme, dont la littérature récente propose une mise au point exhaustive [5, 6], ni de l'intégralité du déroulement d'une mesure de soins contraints, qui concerne le spécialiste. Nous ne discutons pas non plus de leurs conséquences en pratique psychiatrique (pour plus d'informations voir [7]). Nous proposons plutôt d'apporter au praticien non spécialisé en psychiatrie un éclairage pratique, applicable au quotidien dans la mise en œuvre de cette procédure, ainsi que de faire le point sur les nouveautés qu'elle comprend vis-à-vis des certificats médicaux (CM) que tout médecin peut être amené à rédiger.

DOI : 10.1684/med.2013.0945

La loi du 5 juillet 2011 et ses trois formes de soins sans consentement

La loi du 27 juin 1990 prévoyait deux mesures d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). À ces deux modalités, qui ont été en partie réformées (et renommées), vient s'ajouter une troisième : les soins ambulatoires sans consentement.
La loi insiste également sur le fait qu'à chaque étape de la procédure, le patient doit être tenu informé des mesures mises en œuvre, ainsi que des possibilités de recours dont il dispose.

Soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

L'ancienne HDT est transformée en *Soins à la Demande d'un Tiers* (SDT). De par l'article L. 3212-1 du *Code de la Santé Publique* sont définies les conditions cumulatives de mise en œuvre des SDT : les troubles mentaux de la personne doivent rendre impossible son consentement ; son état mental doit imposer des soins immédiats, assortis soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète. Hormis l'alternative à l'hospitalisation complète représentée par les soins ambulatoires, les critères de mise en œuvre restent donc identiques à ceux définis par la loi du 27 juin 1990. C'est le directeur de l'établissement qui, au vu des documents fournis (certificats médicaux, demande de tiers), prononce alors l'admission du patient, et en informe les autorités compétentes.

SDT « classique » : article L. 3212-1, II, 1°

La procédure de SDT de droit commun requiert l'établissement de deux CM concordants et circonstanciés, pouvant être établis par tout médecin, dont l'un ne doit pas exercer dans l'établissement d'accueil. Cette mesure ne diffère pas sur ce point de l'ancienne HDT.

Comme pour celle-ci, une demande du tiers doit être jointe aux CM. Elle doit être manuscrite. Le tiers est le plus souvent un membre de la famille du patient. Il peut aussi s'agir de toute personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins (la nouvelle loi faisant clairement mention de l'importance de l'antériorité des relations entre patient et tiers). Le tuteur ou le curateur du patient peut être tiers, mais il ne peut jamais s'agir d'un membre du personnel soignant de l'établissement d'accueil.

SDT en cas d'urgence : article L. 3212-3

L'ancienne « HDT pour péril imminent » permettait, en cas d'urgence et d'existence d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne, d'instaurer la mesure de contrainte avec un seul CM, associé à la demande de tiers. Cette mesure est désormais remplacée par la mesure dite de SDT d'urgence. Elle doit cependant rester exceptionnelle.

Soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent : article L. 3212-1, II, 2°

Cette procédure ne doit pas être confondue avec l'ancienne « HDT pour péril imminent » envisagée ci-dessus. La mise en œuvre de soins pour péril imminent nécessite plusieurs conditions cumulatives : le patient doit présenter des troubles mentaux rendant impossible son consentement et nécessitant des soins immédiats, mais il doit également exister un péril imminent pour la santé de la personne à la date d'admission et l'impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers. Dans ce cas, le certificat médical doit être rédigé par un médecin exerçant en dehors de l'établissement d'accueil. C'est le directeur d'établissement qui prend la décision d'admission du patient au vu du certificat médical et qui doit mettre en œuvre les moyens nécessaires afin d'informer au plus vite la famille ou toute autre personne pouvant remplir les conditions de tiers.

Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État

L'ancienne « Hospitalisation d'Office » (HO) est reformée au profit des *Soins à la Demande d'un Représentant de l'État* (SDRE). Ils sont régis par l'article L. 3213-1 du *Code de la Santé Publique*, et indiqués en cas de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.
Le certificat médical est rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. C'est l'arrêté préfectoral établi au vu du certificat médical qui est ensuite à l'origine de la mesure, prononçant l'admission du patient en SDRE.
Cependant, en cas d'urgence et de danger immédiat, il peut s'agir d'un arrêté municipal (article L. 3213-2), mais celui-ci, provisoire, devra être confirmé par arrêté préfectoral. À noter également que le Conseil Constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution la notion de « notoriété publique » présente dans la loi du 5 juillet 2011. Cette mention, qui permettait aux autorités de prononcer la mesure d'urgence en cas de « troubles mentaux manifestes » et sans avis médical, a été supprimée depuis octobre 2011 [8].

Soins ambulatoires sans consentement

La loi du 27 juin 1990 prévoyait des « sorties d'essai » d'HDT ou d'HO. Ces mesures permettaient au patient, une fois son

état clinique stabilisé, de prendre des permissions afin de se réadapter progressivement au milieu extrahospitalier et favoriser les soins de réhabilitation ; leur bon déroulement permettait ensuite au psychiatre d'envisager une levée de la mesure de contrainte.
La nouvelle loi introduit la possibilité de soins ambulatoires sans consentement, sur proposition du psychiatre traitant. Celui-ci doit établir un programme de soins comportant les modalités de soins, leur rythme, les lieux de leur réalisation, et les modalités de traitement. Le programme de soins doit être expliqué et accepté par le patient. Ce programme de soins doit être joint à un certificat médical, possiblement à partir de celui des 72 h. Il faut noter que, lors d'une hospitalisation complète, la loi n'autorise à présent les permissions que de durée inférieure à 12 h ; toute sortie extrahospitalière de plus de 12 h doit donc s'intégrer dans un programme de soins ambulatoires.

Les certificats médicaux

Leur périodicité est identique quel que soit le mode de contrainte (SDT, SDRE), mais la loi exige désormais six types de certificats circonstanciés.

Les certificats médicaux initiaux

Les modalités principales sont exposées ci-dessus. L'attention du clinicien doit cependant être attirée sur la précision requise, lors la rédaction, pour la mention des alinéas : il faut préciser dorénavant l'article L. 3212-1-II-1 pour les SDT classiques (et non plus seulement L. 3212-1) ; L. 3212-3 pour les SDT d'urgence ; L. 3212-1-II-2 pour les soins en péril imminent.
Les SDRE restent définis par l'article L. 3213-1. Il faut cependant préciser qu'un CM de SDRE doit être dactylographié pour être valide.

Le certificat de 24 h

Dans la période initiale de 24 h et quelle que soit la mesure, la loi mentionne à présent l'obligation d'un examen somatique complet du patient, dont le compte rendu doit figurer dans le dossier médical. Le CM de 24 h est ensuite rédigé par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil.

Le certificat de 72 h

Nouveauté de la loi du 5 juillet, qui prévoit une période d'observation de 72 h avant de décider de la suite de la prise en charge, hospitalière ou ambulatoire, sans consentement ou libre, ce certificat médical est également rédigé par un médecin psychiatre. Il y est joint le programme de soins en cas de décision de soins ambulatoires sans consentement.

Le certificat du 6e-8e jour et l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention

L'ancien certificat médical « de quinzaine » disparaît au profit d'un certificat plus précoce, rédigé par le psychiatre traitant uniquement en cas d'hospitalisation complète, ce qui entraîne la saisine du JLD. Ce dernier doit recevoir le patient en audience au plus tard au 15e jour. Celle-ci a lieu le plus souvent au tribunal de grande instance, mais peut également être réalisée à l'hôpital ou par visioconférence. Le patient est assisté d'un avocat et accompagné par un soignant ; l'audience publique est la règle, hors décision exceptionnelle de huis clos. Le patient peut être représenté par l'avocat s'il ne peut s'y présenter pour des raisons médicales. À l'issue de cette audience, le JLD rend une ordonnance qui valide ou invalide la mesure.

Les certificats mensuels

Ils doivent être établis jusqu'à la levée de la mesure. Le JLD reçoit alors le patient en audience tous les 6 mois tant que celui-ci fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète.

Conclusion : de l'importance de la bonne rédaction du certificat…

Comme signalé précédemment, il est important de faire clairement mention désormais de « soins » et non plus « d'hospitalisation » sans consentement sur le certificat médical initial, puisque c'est à l'issue des 72 h que sera décidée, par le psychiatre traitant, la modalité des soins apportés au patient (ambulatoire ou hospitalisation).
Il faut être vigilant quant aux « bons » numéros des alinéas, au risque de rendre caduque le certificat, mais également à la bonne rédaction de la demande émanant du tiers, qui devra suivre les mêmes modifications.
Le certificat médical doit être largement circonstancié : rédiger de manière claire et détaillée la symptomatologie psychiatrique, mais aussi son retentissement sur le fonctionnement global quotidien, la gravité éventuelle des troubles, notamment en cas de procédure d'urgence (geste ou projet suicidaire, comportement auto- ou hétéro-agressif, détail des conduites à risques, etc.). Le niveau *d'insight* et d'adhésion aux soins peut également être décrit, mais **aucun diagnostic de maladie psychiatrique** ne doit figurer dans le certificat médical initial, qui doit rester fidèle à la description du tableau clinique à la date de rédaction. On parlera donc par exemple d'un patient présentant un syndrome maniaque mais pas de trouble bipolaire (et encore moins de patient « bipolaire »), ou encore de la présence d'un syndrome délirant à thématique de persécution mais pas de schizophrénie (et encore moins de « schizophrène »). À titre de (mauvais) exemple, il n'y a donc pas lieu de produire un certificat mentionnant pour toute constatation clinique « patient schizophrène en rupture de traitement » ! La rigueur dans cette rédaction doit être renforcée par le fait que la lecture du certificat médical est souvent faite lors de l'audience publique devant le JLD au 15e jour, donc devant le patient.
Garder ces éléments à l'esprit permet ainsi non seulement de respecter la loi, mais aussi de favoriser l'alliance thérapeutique et la compliance future aux soins, pour agir toujours au mieux de l'intérêt du patient.

Liens d'intérêts : aucun.

Références :

1. Loi n° 2011-803 du 5 juillet relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel de la république française ; 6 juillet 2011.
2. IGAS. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Rapport RM 2011-071 P. Mai 2011.
3. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. Br J Psychiatry. 1992;161:599-602.
4. Braitman A, Guedj MJ, Masson VDL, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. Annales Médico-psychologiques. 2011;169(10):664-7.
5. Senon JL, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Annales Médico-psychologiques. 2012;170(3):211-5.
6. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. L'Encéphale. 2012;38(2):179-84.
7. Bénézech M, Sage S, Degeilh B, Le Bihan P, Ferré M. À propos de la loi 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 : réflexions psychologiques et médicolégales critiques. Annales Médico-psychologiques. 2012;170(3):216-9.
8. Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011. Journal Officiel de la République Française ; 8 octobre 2011.

Soins psychiatriques sans consentement : nouvelle loi, nouvelles pratiques

- La loi du 5 juillet 2011 a réformé la loi du 27 juin 1990 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement. Elle prévoit la possibilité de soins ambulatoires sans consentement et le contrôle judiciaire de la prise en charge en cas d'hospitalisation sans consentement.

- La périodicité des certificats médicaux est identique quel que soit le mode de contrainte (SDT, SDRE), mais la loi exige désormais six types de certificats circonstanciés dont la forme et le fond doivent être respectés.