



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement

Date de validation par le collège : mars 2015

L'équipe

Ce document a été réalisé par M. Cédric PAINDAVOINE, chef de projet au Service Bonnes pratiques professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M. Philippe CANET documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Laëtitia GOURBAIL.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 51

Fax : 01 55 93 74 37

Courriel : contact.sbpp@has-sante.fr

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture
orthographique et typographique

Sommaire

1. Présentation du thème	4
1.1 Saisine	4
1.2 Contexte du thème	4
1.3 Épidémiologie	6
1.4 Enjeux.....	7
2. Cadrage du thème de travail	10
2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)	10
2.2 Synthèse des premières données analysées	12
2.3 Délimitation du thème.....	13
2.4 Patients ou usagers concernés par le thème.....	14
2.5 Professionnels concernés par le thème	14
3. Modalités de réalisation	15
3.1 Modalités de mise en œuvre	15
3.2 Méthode de travail envisagée	15
3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes.....	15
3.4 Productions prévues et outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés	17
3.5 Communication et diffusion	17
3.6 Calendrier prévisionnel.....	17

1. Présentation du thème

Cette note de cadrage vise à présenter le projet de « protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement ».

1.1 Saisine

La Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi la HAS quant à la réalisation d'un travail relatif aux certificats médicaux dans le cadre de soins sans consentement.

Le projet de « protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement » a été inscrit au programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale¹ (programme psychiatrie et santé mentale, thème 3 « Droits et sécurité en psychiatrie », objectif n°2 « Améliorer la prise en charge des patients en soins sans consentement », livrable n°3 « Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement »).

Il s'agit de mettre à la disposition des professionnels des protocoles concernant le contenu des certificats, voire des modèles de documents, qui tiennent compte du stade de la procédure, de leurs destinataires et de leurs finalités.

Lors d'une rencontre entre la HAS et la DGS, cette dernière a précisé ses attentes :

- Contenu et motivation des certificats ou avis médicaux dans les situations suivantes :
 - maintien d'une personne en hospitalisation complète,
 - passage de l'hospitalisation complète en programme de soins²,
 - retour en hospitalisation complète d'une personne en programme de soins,
 - levée de l'hospitalisation complète.
- Les situations d'admission et la période d'observation de 72 heures ne sont pas concernées.

1.2 Contexte du thème

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 (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013) a réformé la 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.

La terminologie introduite par la loi de 2011 diffère de celle employée dans la précédente législation. En effet, la notion d'hospitalisation est remplacée par celle de « soins sans consentement » :

- la mesure de soins psychiatriques sous la forme de soins sans consentement à la demande d'un tiers se substitue à celle « d'hospitalisation à la demande d'un tiers »,
- la mesure de soins psychiatriques sous la forme de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat se substitue à celle « d'hospitalisation d'office ».

¹ Une note d'orientation relative à ce programme a été présentée et validée par le Collège le 17 octobre 2013.

² Programme de soins : modalités de soins sans consentement alternatives à l'hospitalisation complète continue (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques, hospitalisation de courte durée à temps complet).

En remplaçant la notion d'« hospitalisation » par celle de « soins sans consentement », cette loi a donc entériné la diversité des formes de prise en charge, incluant des soins ambulatoires.

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- -soit sur décision du directeur de l'établissement (consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non, ou sans demande de tiers en cas de péril imminent),
- -soit sur décision du représentant de l'Etat (en l'occurrence le préfet).

Quel qu'en soit le décisionnaire, une telle admission implique une période d'observation de 72 heures, sous forme d'hospitalisation complète, permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins ainsi que son état pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires. Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission, un autre certificat dans les 72 heures.

A l'issue de cette période d'observation et en fonction des conclusions de ces deux certificats, confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, il est décidé du maintien ou de la levée des soins et, dans le premier cas, de la forme de la prise en charge :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète,
- soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Un programme de soins est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement, ce dernier a compétence pour prononcer le maintien des soins sans consentement, retenir la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre et le cas échéant le programme de soins proposé par le psychiatre³. Dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, le préfet est compétent pour décider du maintien des soins sans consentement et de la forme de la prise en charge de la personne sur proposition du psychiatre⁴.

La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats ou avis médicaux au cours de la prise en charge. Dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien des soins, le directeur de l'établissement d'accueil (dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement) doit prononcer la levée de la mesure. En revanche, dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, le préfet peut décider de lever ou non cette mesure de soins.

A tout moment, la forme de la prise en charge peut être modifiée pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne (passage en programme de soins ou retour en hospitalisation complète), sur la base d'un certificat établi par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne (ou d'un avis établi sur la base du dossier médical de la personne lorsqu'il ne peut être procédé à son examen).

La loi de 2013 prévoit par ailleurs, dans le cadre d'une hospitalisation complète, la possibilité de sorties de courte durée non accompagnées qui avait été supprimée par la loi de 2011 (sorties accompagnées d'une durée maximale de 12 heures et sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures). Ces sorties sont accordées après avis favorable du psychiatre. Si une sortie de plus longue durée, non accompagnée, doit intervenir, elle prendra la forme d'un

³ Article L.3212-1 et suivants du code de la santé publique

⁴ Article L.3213-1 et suivants du code de la santé publique

programme de soins et impliquera, pour que la personne soit réintégrée en hospitalisation complète, l'intervention d'une nouvelle décision d'admission en soins sans consentement.

La loi a également prévu un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) des mesures d'hospitalisation complète de manière à répondre aux exigences posées par les décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011. Le JLD doit se rendre en principe dans l'établissement de santé pour statuer sur ces mesures (loi de 2013). L'article L3211-12-1 du code de la santé publique prévoit les situations pour lesquelles le JLD doit être saisi et doit statuer. Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue, ainsi qu'aux décisions les renouvelant, avant l'expiration du 12^{ème} jour⁵ d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision modifiant la forme de prise en charge de la personne et procédant à son hospitalisation complète, puis avant l'expiration d'un délai de 6 mois continus à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le JLD, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les 6 mois.

Hormis ces échéances, le JLD peut, à tout moment, se saisir d'office ou répondre à une requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques formulée par l'une des personnes énumérées à l'article L. 3211-12, parmi lesquelles : la personne faisant l'objet des soins, son conjoint, son concubin, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle, le procureur de la République, etc.

Le JLD ordonne ou constate, selon les cas, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète sur la base de certificats ou avis médicaux.

1.3 Épidémiologie

Selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé⁶ en 2010, plus de 71 000 personnes différentes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie dans les établissements de santé français. L'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers a concerné près de 57 000 personnes (soit 80 % des personnes hospitalisées sans consentement en psychiatrie), et l'hospitalisation d'office environ 15 000 personnes. Au-delà des mesures d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office, d'autres modes d'hospitalisation sans consentement concernaient un faible nombre de personnes : 1 300 détenus ayant fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique, moins de 400 personnes jugés pénalement irresponsables, et 100 mineurs ayant fait l'objet d'une ordonnance provisoire de placement. Les durées annuelles d'hospitalisation sans consentement variaient fortement selon les modes légaux de séjour. Cette durée était de 46 jours en moyenne dans l'année pour les patients hospitalisés en hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers, 74 jours pour les hospitalisations d'office et 171 jours pour les patients jugés pénalement irresponsables.

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)⁷ en 2013, plus de 79 000 personnes ont fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète,

⁵ La loi du 27 septembre 2013 a réduit ces délais. Le JLD doit être obligatoirement saisi avant le 8^{ème} jour (12 jours étaient prévus par la loi de 2011). Il doit statuer avant l'expiration du 12^e jour (15 jours étaient prévus par la loi de 2011).

⁶ Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. Questions économie santé 2013;(193).

⁷ ATIH – Statistiques PMSI - Mode légal de soins en hospitalisation complète 2013 (Public+PSPH) - Date de mise à jour : 19/07/2014 <http://stats.atih.sante.fr/psy/mahos/dgf/2013/tab8a.html>

dont 51 621 à la demande d'un tiers et 13 303 sur décision du représentant de l'Etat. D'autres modes d'hospitalisation concernaient là encore un faible nombre de personnes : 2 031 détenus, 678 personnes jugées pénalement irresponsables et 430 dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement.

Selon les statistiques en matière de soins sous contrainte portant sur les saisines du JLD en 2012 et 2013, publiées par le ministère de la Justice (Direction des affaires civiles et du Sceau (DACs) - Pôle d'évaluation de la justice civile (PEJC) - mars 2014), 54 382 saisines du JLD ont été recensées en 2012 (dont 51 612 demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète, 2 325 demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt, 402 demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt, et 43 demandes de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet) et 64 713 en 2013 (dont 61 659 demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète, 2 404 demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt, 569 demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt, et 81 demandes de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet). Parmi les décisions statuant sur la demande, 4 310 mesures d'hospitalisation sous contrainte (soit 8,27 %) ont fait l'objet d'une mainlevée et 42 233 mesures (soit 81,02 %) ont été confirmées en 2012 ; puis 5 433 mesures (soit 8,59 %) ont fait l'objet d'une mainlevée et 51 962 mesures (soit 82,14 %) ont été confirmées en 2013⁸. Lorsque le patient ou toute personne agissant dans son intérêt était à l'origine des demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, des mesures ont fait l'objet d'une mainlevée dans 20,33 % des cas en 2012 et 16,32 % en 2013. Lorsque le patient ou toute personne agissant dans son intérêt était à l'origine des demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète des mesures ont fait l'objet d'une mainlevée dans 15,99 % des cas en 2012 et 13,48 % en 2013. Dans le cadre des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète, des mesures ont fait l'objet d'une mainlevée dans 7,69 % des cas en 2012 et 8,24 % en 2013. Dans le cadre des demandes de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet, des mesures ont fait l'objet d'une mainlevée dans 30,77 % des cas en 2012 et 24,05 % en 2013.

1.4 Enjeux

Comme le souligne la DGS dans sa saisine : « [...] les mesures de soins psychiatriques prises par les représentants de l'Etat sont fondées, qu'il s'agisse des mesures initiales, de leur maintien, de leurs aménagements ou de leur levée, sur des certificats ou des avis médicaux qui permettent de motiver ces décisions. Les enjeux liés à la qualité de ces certificats ou de ces avis sont donc très importants [pour le représentant de l'Etat], mais ils le sont plus encore en raison des innovations de la loi du 5 juillet 2011 concernant le contrôle du juge des libertés et de la détention. En effet, le rôle dévolu au juge [des libertés et de la détention] par la loi ne peut s'exercer pleinement qu'à la condition qu'il dispose d'éléments d'appréciation sur le caractère adéquat de l'hospitalisation complète, que seuls les documents élaborés par les professionnels de santé peuvent lui fournir. ». La législation prévoit que les décisions du représentant de l'Etat ou du JLD soient fondées sur des certificats ou avis médicaux car les délais imposés ne permettent pas de recourir à des expertises

⁸ Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des décisions (décisions statuant sur la demande et décisions ne statuant pas sur la demande). Les décisions ne statuant pas sur la demande (dont désistement, caducité et dessaisissement au titre de l'article 384 du code de procédure civile) ont représenté 10,71 % de l'ensemble des décisions en 2012 et 9,27 % de l'ensemble des décisions en 2013.

psychiatriques. La législation ne précise pas pour autant le contenu de ces certificats et avis médicaux.

L'absence de production d'un certificat ou avis médical implique l'irrégularité de la mesure et entraîne la mainlevée de celle-ci au titre du contrôle de la régularité. Souvent ces certificats ou avis médicaux sont effectivement produits mais ne fournissent pas les éléments nécessaires au JLD pour étayer ses décisions, et des mainlevées d'hospitalisation complète sont prononcées en raison d'une justification insuffisante du maintien de l'hospitalisation complète. Pour les représentants de l'Etat, lorsqu'ils sont à l'origine de la décision de soins sans consentements, le caractère sommaire de certains certificats ou avis médicaux aboutit au résultat inverse, les conduisant à refuser ou différer la levée de mesures de soins ou la mise en place de programmes de soins.

Du côté des psychiatres les enjeux sont multiples : souci de ne pas porter atteinte à la confidentialité, attenter au secret médical, « stigmatiser » la personne, défaut de temps et de ressources face à une multitude de certificats ou avis médicaux perçus comme une contrainte administrative supplémentaire. Ainsi dans une enquête⁹ qualitative sur la loi du 5 juillet 2011, réalisée en Isère et en Savoie auprès de vingt-quatre acteurs de proximité concernés par la loi, l'ensemble des psychiatres de la cohorte s'accorde pour dénoncer l'augmentation du nombre de certificats qui représente une surcharge de travail importante, le temps de réalisation de ces certificats étant perdu pour la prise en charge des patients. D'autre part, plusieurs d'entre-eux se sont interrogés sur les termes à utiliser dans les certificats (favoriser la rédaction en termes médicaux ou la compréhension par les juges), la loi entraînant selon eux une confrontation des cultures médicale et judiciaire avec des préoccupations prévalentes : le soin pour le psychiatre et la liberté pour le juge. Pour d'autres¹⁰, la production de manière successive et rapprochée de certificats ne peut souvent décrire qu'un même tableau pathologique, sans évolution rapide dans la majorité des observations. Un rapport¹¹ indique d'ailleurs que « la charge administrative supplémentaire que représente pour les professionnels de santé la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 est revenue comme un leitmotiv dans les auditions [...]. La lourdeur des procédures mises en place par la loi et notamment le nombre de certificats médicaux à produire constituent pour les psychiatres un mal d'autant plus aigu qu'il ne leur apparaît pas justifié. La plupart considèrent même qu'en s'imputant ainsi sur le temps médical, la rédaction de ces certificats nuit aux soins plus qu'elle ne constitue une garantie pour le patient. Ils doutent que ces formalités contribuent réellement à remplir l'office qui leur a été assigné par le Conseil constitutionnel : s'assurer que la mesure de soins est bien « nécessaire, adaptée et proportionnée » à l'état du patient. Pour beaucoup, la rédaction de ces certificats est donc vécue comme une formalité pénible ne remplissant pas son office. ». Ce même rapport évoque les propos de l'Union syndicale des magistrats qui a indiqué à la mission, par la voix de sa présidente, que « À force de répéter des certificats médicaux très nombreux dans un délai très restreint, les médecins, [...] commencent à être atteints par un phénomène d'usure : on utilise de plus en plus le copier-coller, ce qui peut entraîner des erreurs de dates purement formelles dans les certificats médicaux. Il y a une perte de substance dans les certificats médicaux, car quand vous devez rédiger une multitude de certificats, au bout d'un moment, vous entrez peut-être un peu moins dans le détail des symptômes, des difficultés et des conséquences que pourrait avoir une levée de l'hospitalisation, ce qui empêche en fin de compte le juge de disposer d'une réelle vision de l'ensemble de la problématique ».

⁹ Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. Santé Publique 2013;25(6):793-802.

¹⁰ Bénézéch 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 médico-légales critiques. Ann Med Psychol 2012;170:216-9

¹¹ Robiliard D. Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r1284.pdf>

Enfin, le code de la santé publique, dans ses articles L. 3215-1 et suivants, prévoit l'application de sanctions pénales (peines d'emprisonnement et amendes) envers le médecin ou le directeur d'un établissement accueillant des personnes en soins sans consentement en cas de manquement à certaines obligations, parmi lesquelles toute erreur formelle ou tout manquement aux délais prescrits par la loi.

Il semble donc utile d'élaborer des protocoles conciliant les opinions et besoins des différents intervenants (Santé, Justice, Intérieur, etc.) permettant aux psychiatres de répondre à l'exigence de produire des certificats ou avis médicaux suffisamment circonstanciés pour fonder la légalité des décisions administratives ou judiciaires.

2. Cadrage du thème de travail

2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)

2.1.1 Recherche préliminaire

➤ Sites consultés

- APHP - Direction des Affaires Juridiques (DAJ)
- Ascodocpsy
- Assemblée nationale
- Bibliothèque médicale Lemanissier (BML)
- BMJ Clinical Evidence
- Cairn
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
- CISMeF
- Cochrane Library
- Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)
- Guidelines International Network (GIN)
- Legifrance
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- NHS Evidence
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

➤ Bases de données interrogées (période 2013-2015):

Medline, SantéPsy, Banque de Données en Santé Publique (BDSP)

Nombre références identifiées : 145

Nombres de références analysées : 40

2.1.2 Liste des références analysées

- Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Rev Prescrire 2014;34(368):456-61.
- Décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Journal Officiel 2011;19 juillet:12371.
- Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2011;19 juillet:12375.
- Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. Journal Officiel 2014;17 août:13667.
- 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. Journal Officiel 2011;6 juillet:11705.
- 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. Journal Officiel 2013;29 septembre:16230.
- Bourelle JM, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ? [article en ligne]. Santé Mentale 2013.

- Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale* 2014;40(3):247-54.
- Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique* 2013;25(6):793-802.
- Centre hospitalier Sainte-Anne, Association des établissements participant au service public de santé mentale, Société hospitalière d'assurances mutuelles. *Psychiatrie : guide des soins sans consentement*. Paris: ADESM; 2013.
<http://www.unafam.org/IMG/pdf/Guide-Psychiatrique-des-soins-sans-consentement-ADESM-SHAM-CH-STE-ANNE-decembre-2013.pdf>
- Conseil constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012. *Journal Officiel* 2012;21 avril:7194.
- Conseil d'Etat. Arrêt du Conseil d'Etat n° 352667. *Recueil Lebon* 2013.
- Couturier M. Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie. *Rhizome* 2014;(53):5-6.
- Direction générale de la santé. Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier 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. *Bulletin Officiel* 2014;2014-10.
- Direction générale de l'offre de soins. Circulaire N°DGOS/R4/2011/312 du 29 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. *Bulletin Officiel* 2011.
- Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale des Pays de la Loire, Agence régionale de santé Pays de la Loire. *L'accompagnement des majeurs protégés atteints de troubles psychiques. Guide de bonnes pratiques destiné aux professionnels des services de psychiatrie et aux mandataires judiciaires de la région des Pays de la Loire*. Nantes: DRJSCS Pays de la Loire; 2014.
http://www.pays-de-la-loire.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_bonnes_pratiques_PDL_VD.pdf
- Ecole nationale de la magistrature. *Soins psychiatriques sans consentement*. Bordeaux: ENM; 2013.
http://documentationcravs.chu-rennes.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=447
- Eyraud B, Laval C, Ravon B, Couturier M, Guibet Lafaye C, Garnier C, et al. *Santé mentale : se servir du droit comme d'un outil*. *Rhizome* 2014;(53).
- Friouret L. Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne. *Rev Droits Homme [revue en ligne]* 2014.
- Garnier C, Giravalli P, Paulet C. Réflexion autour de la rencontre singulière entre le patient hospitalisé sans consentement et le juge des libertés et de la détention. *Rhizome* 2014;(53):9-11.
- Geyer S. Le programme de soin : de la dépendance à l'autonomie ? *Cliniques* 2014;2(8):106-21.
- Gourevitch R, Brichant-Petitjean C, Crocq MA, Petitjean F. Law & psychiatry: the evolution of laws regulating psychiatric commitment in France. *Psychiatr Serv* 2013;64(7):609-12.
- Guibet Lafaye C. Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? *Rhizome* 2014;(53):7-8.
- Hurstel O. Des précisions sur la proposition de loi sur les soins sans consentement. *Soins Psychiatr* 2013;(288):5.
- Hurstel O. Un guide des soins sans consentement. *Soins Psychiatr* 2014;(292):5.
- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Coldefy M, Nestrigue C. *L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011*. *Questions économie santé* 2013;(193).

- Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2014;37-901-A-15.
- Maillard-Déchenans N. Soins sans consentement : une pseudo-judiciarisation ? *Santé Mentale* 2014;(190):6-8.
- Ministère de la justice. Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. *Bulletin Officiel* 2014;2014-08.
- Ministère de la justice et des libertés. 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* 2011;2011-07.
- Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire interministerielle n°2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Bulletin Officiel* 2011;2011-9:106-13.
- Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron MN. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale* 2014;40(6):468-73.
- Panfili JM. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? *Objectif Soins Management* 2013;(213):18-22.
- Panfili JM. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011. *Droit Déontologie Soins* 2014;14(3):370-83.
- Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
- Robiliard D. Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r1284.pdf>
- Senon JL, Jonas C, Davignon G, Voyer M. Soins psychiatriques sans consentement. *Rev Prat* 2013;63(7):1005-8.
- Senon JL, Jonas C, Voyer M, Gravier B, Millaud F. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
- Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, le Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encéphale* 2014;40(4):295-300.
- Vacheron MN. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? *L'Encéphale* 2014;40(2):97-9.

2.2 Synthèse des premières données analysées

A ce jour, il existe un nombre limité de publications sur le sujet. Ce constat mérite toutefois d'être nuancé compte tenu de la spécificité de ce dernier portant sur une législation récente. Pour la majorité d'entre elles, ces publications établissent l'état des lieux de la législation en vigueur en exposant les principes de la loi du 5 juillet 2011 et celle du 27 septembre 2013.

Des modèles types de certificats entrant dans le champ des soins psychiatriques sans consentement sont proposés et publiés sur Internet, notamment par le Conseil national de l'ordre des médecins, l'ARS Lorraine et certains établissements impliqués dans la prise en charge de

personnes en soins sans consentement. Mais ces modèles concernent, pour la plupart, les situations d'admission en soins sans consentement qui sont exclues de ce projet de protocoles.

La Direction des affaires juridiques de l'AP-HP, quant à elle, propose sur son site Internet plusieurs modèles types de décisions et certificats médicaux, de manière à mettre en œuvre la récente législation en matière de soins psychiatriques sans consentement, au-delà des situations d'admission. Parmi ces modèles types, nous pouvons retenir les suivants :

- Certificat médical dit de 72 heures
- Certificat médical mensuel de maintien des soins
- Certificat médical aux fins de levée des soins psychiatriques sans consentement
- Certificat médical dans le cadre d'une demande de mainlevée de soins sans consentement à la demande d'un tiers
- Certificat médical de demande de sortie accompagnée de moins de 12 heures
- Certificat médical de demande de transformation de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
- Avis médical en cas d'impossibilité d'examiner le patient de demande de transformation de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
- Certificat médical de proposition de modification de la forme de prise en charge
- Avis motivé

Enfin, il faut noter qu'une instruction interministérielle¹² datée du 15 septembre 2014 rappelle les éléments suivants : « [...] les décisions relatives aux mesures de soins psychiatriques sont fondées sur des certificats ou des avis médicaux qui seuls permettent de les motiver, qu'il s'agisse des mesures initiales, de leur maintien, de leurs aménagements ou de leur levée. [...] La loi exige, dans la plupart des cas, que les certificats et avis adressés aux préfets ou aux juges soient circonstanciés. ». Cette même instruction interministérielle renvoie à cet effet aux modèles de certificats médicaux publiés par la HAS en 2005 : « À toutes fins utiles, nous vous rappelons que la Haute Autorité de santé a diffusé en annexe à ses «Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux» d'avril 2005 des modèles de certificats médicaux où sont notamment spécifiés les types de précisions à apporter. Ces modèles de certificats sont consultables sur le lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf ».

Ces modèles prévoient, en particulier, de décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; il n'est pas obligatoire de mentionner le diagnostic.

2.3 Délimitation du thème

► Objectifs

L'objectif de ce travail est de répondre aux enjeux exposés au chapitre 1.4, et donc d'élaborer des protocoles destinés aux psychiatres pour la rédaction des certificats ou avis médicaux dans le cadre des soins sans consentement. Des modèles de documents pourront éventuellement être proposés.

¹² l'instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ no2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi no2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi no2011-803 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

Il s'agira de définir le contenu et la motivation des certificats ou avis médicaux à produire en fonction des situations. Les situations envisagées sont celles qui découlent chronologiquement de la période d'observation de 72 heures consécutive à l'admission en soins sans consentement, pour lesquelles la loi prévoit que des certificats ou avis médicaux soient produits, et notamment :

- Le maintien d'une personne en hospitalisation complète à l'issue de la période d'observation ou de chacune des périodes prévues par la loi,
- Le passage de l'hospitalisation complète en programme de soins,
- Le retour en hospitalisation complète d'une personne en programme de soins,
- La levée de l'hospitalisation complète.

Les certificats ou avis médicaux en vue de l'admission et le certificat dit « des 24 heures » ne seront pas abordés.

Il ne s'agira pas de préciser les indications d'une hospitalisation complète, d'un programme de soins ou d'une levée d'hospitalisation complète, un corpus sur de telles indications n'étant pas envisageable.

2.4 Patients ou usagers concernés par le thème

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

2.5 Professionnels concernés par le thème

Les professionnels concernés sont ceux intervenant dans les soins psychiatriques sans consentement, à savoir :

- Psychiatres
- Directeurs d'établissement
- Préfets
- Juges des libertés et de la détention
- Avocats

Il convient d'associer également les représentants d'associations de patients et d'usagers en psychiatrie.

3. Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

Le projet de « protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement » fait partie du programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Un comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS représentant les parties prenantes (regroupant à la fois les institutions, les organisations professionnelles, les fédérations d'établissements et les associations d'usagers) a été mis en place. Ce comité, présidé par le Docteur Yvan Halimi (CH de La Roche-sur-Yon) a été informé de ce cadrage et sera consulté quant aux productions du groupe de travail, notamment au cours de la phase de consultation des parties prenantes.

3.2 Méthode de travail envisagée

La rédaction des certificats médicaux renvoie à la difficulté de communication entre cultures différentes (médicale, administrative et judiciaire). Ce contexte peut justifier un travail de réflexion partagée, d'échanges avec les intervenants issus de ces différentes cultures afin de définir un langage commun, compris par tous.

La HAS, à l'occasion de ce projet, va travailler avec les professionnels concernés ainsi que les représentants des usagers et des familles pour mettre à la disposition des psychiatres des protocoles pour la rédaction des certificats ou avis médicaux dans le cadre des soins sans consentement.

Par ce faire, la méthode de travail envisagée est celle de la « Fiche mémo », celle-ci étant une méthode de production de recommandations ou messages-clés dans un temps court et dans un format court, et s'inscrivant dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle inclut :

- La recherche documentaire et l'analyse critique des données sélectionnées
- Les réunions d'un groupe de travail
- La consultation des parties prenantes

3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes

► Groupe de travail

Le groupe de travail comprendra une dizaine de professionnels et de représentants de patients et d'usagers du système de santé, représentatifs des différents intervenants de cette thématique et ayant une bonne connaissance de celle-ci.

- 1 Représentant des Agences régionales de santé
- 2 Directeurs établissement
- 1 Représentant de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement
- 1 Préfet
- 1 Juge des libertés et de la détention
- 1 Avocat
- 1 représentant du Conseil national de l'ordre des médecins

- 4 Psychiatres
- 2 Représentant de patients et d’usagers en psychiatrie

► Parties prenantes

Les parties prenantes (organisations professionnelles et associations de patients ou d’usagers, institutionnels, etc.) concernées par le thème seront consultées sur la première version des protocoles élaborés par le groupe de travail. Les avis des parties prenantes seront analysés par le groupe de travail qui élaborera ensuite la version finale des protocoles.

Les membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS seront également consultés.

Parties prenantes à consulter

Institutionnels et autres agences :

- Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*
- Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)*
- Agences régionales de santé (ARS)
- Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*
- Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie(CNSA)*
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté*
- Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES)*
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*
- Direction générale de la santé (DGS)*
- Direction générale de l’offre de soins (DGOS)*
- ministère de l’Intérieur
- ministère de la Justice
- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales*

Sociétés savantes et organismes professionnels :

- Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)*
- Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ANRQ Psy)*
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)*
- Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)*
- Comité d’étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)*
- Conférences des présidents de commission médicale d’établissement (CH, CHU, CHS, ESPIC, hospitalisation privée)*
- Conseil national de l’ordre des médecins (CNOM)
- Conseil national des barreaux des avocats
- Fédération française de psychiatrie (FFP)*
- Fédération hospitalière de France (FHF)* / Fédération de l’hospitalisation privée (FHP)* / Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne (FEHAP)*¹³

¹³ L’organisation territoriale de ces soins est précisée par la loi de 2011 :

-les établissements chargés d’assurer la mission de service public « soins psychiatriques » sont désignés par le directeur général de l’Agence Régionale de Santé (ARS) pour chaque territoire de santé, après avis du préfet.

-Lorsqu’un patient est accueilli en urgence dans un établissement non habilité à traiter des patients sous contrainte, il est transféré vers un établissement habilité selon des modalités prévues par convention, au plus tard sous 48 heures.

- Syndicat national des psychologues (SNP)*

Associations patients et usagers en psychiatrie

- Fédération d'associations françaises de patients ou d'ex-patients « psy » (FNA-psy)*
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)*

*Ces institutionnels, agences, sociétés savantes, organismes professionnels et associations de patients et d'usagers sont membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS.

3.4 Productions prévues et outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés

► Productions prévues

- Protocoles
- Rapport d'élaboration (analyses, avis des parties prenantes, références, etc.)

Ce travail s'appuiera sur la littérature et sur les expériences réalisées ou en cours.

3.5 Communication et diffusion

Communiqué de presse.

Des formations des professionnels pourraient suivre la diffusion, pour sensibilisation et mise en œuvre de ces protocoles.

3.6 Calendrier prévisionnel

- Présentation de la note de cadrage au Collège de la HAS pour validation : mars 2015
- Première (et éventuellement deuxième) réunion du groupe de travail : mai 2015
- Consultation des parties prenantes et du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS : juin 2015
- Dernière réunion du groupe de travail : juillet 2015
- Présentation des documents à la commission ad-hoc de la HAS : septembre 2015
- Validation des documents par le Collège de la HAS : octobre 2015

-L'ARS définit sur chaque territoire de santé, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et organise les modalités de transport.

-Afin d'assurer le suivi et la réinsertion des personnes sous programme de soins, des conventions précisent les modalités de collaboration entre le directeur de l'établissement, le préfet, le directeur général de l'ARS et les collectivités territoriales.