

2018-2019

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**Qualification en PSYCHIATRIE**

**Évaluation du recours au  
programme de soins  
prévu par la loi du 5 juillet  
2011**

Étude sur 559 programmes de soins mis en place en  
Sarthe

**JAMET Laëtitia**

Née le 02 février 1990 à Vitry Le François (51)

**Sous la direction de M. ORSAT Manuel**

**Membres du jury**

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Monsieur le Docteur ORSAT Manuel | Directeur

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde | Membre

Monsieur le Professeur DRAPIER Dominique | Membre

Madame le Maître de Conférences DUPARC Caroline | Membre

Soutenue publiquement le :  
08 novembre 2019



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée, Laëtitia JAMET,  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **08/10/2019**

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Médecine Générale	Médecine
	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

## **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

## **ATER**

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

## **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

## **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

# REMERCIEMENTS

## **A Madame le Professeur Bénédicte Gohier,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail de thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre enseignement, votre accompagnement et votre écoute durant mes années d'internat. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect et de ma profonde reconnaissance.

## **A Monsieur le Docteur Manuel Orsat,**

Tu as accepté de diriger cette thèse ; ta patience, ta rigueur et ta précision ont été des outils précieux pour mener à bien ce travail. Je te remercie également pour ton accompagnement durant mon internat, ton désir de transmission et tes réponses précises à mes questions (souvent naïves) de jeune interne. Et surtout, un grand merci pour avoir ouvert mon regard sur cette discipline passionnante qu'est la psychiatrie criminelle et médico-légale.

## **A Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart,**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Votre présence vient souligner l'importance que j'accorde aux liens entre nos disciplines respectives. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

## **A Monsieur le Professeur Dominique Drapier,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'apporter votre regard expérimenté à l'évaluation de cette thèse. Veuillez accepter l'expression de toute ma gratitude.

## **A Madame Catherine Duparc,**

Vous avez accepté de siéger au sein du jury de cette thèse de psychiatrie et d'évaluer ce travail, soyez assurée de mes sincères remerciements.

# REMERCIEMENTS

A Paul, merci pour ton aide précieuse pour ce travail, ta disponibilité et ta gentillesse.

**Je remercie également celles et ceux qui m'ont accompagnée et fait partager leurs savoirs et leur expérience tout au long de mon internat.**

A l'ensemble des équipes de l'EPSM de la Sarthe, du SPAL, du CHU d'Angers, du Césame et du CMP pédo-psychiatrique de Saumur.

Au Dr Nabhan-Abou, merci de m'avoir entraînée dans ton tourbillon de passionnée de l'expertise psychiatrique et pour ton soutien dans mes projets professionnels.

Une pensée particulière pour « la team » du Service de Médecine Légale du CHU d'Angers, pour votre bonne humeur, pour m'avoir fait découvrir votre univers et permis d'enrichir mon bagage clinique.

A tous les membres du pôle 1-6 de l'EPSM de la Sarthe et aux équipes de l'UCSA, merci pour votre accueil chaleureux et votre bienveillance depuis plusieurs mois déjà.

Aux patients rencontrés, qui m'apprennent tant chaque jour.

**A ma famille,**

A mes parents, je vous ai embarqués dans une sacrée aventure en poursuivant ces études de médecine. Merci pour votre amour et votre soutien indéfectibles, à chaque instant.

A Estelle, pour ton affection, pour nos fous rires, pour notre sororité.

A mes grands-parents, merci pour votre amour et votre soutien de toujours.

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines adorés, merci d'être là pour moi.

To Fiona, for your kindness. Thank you so much.

A Oscar et Aloe, pour votre présence réconfortante durant les longues heures de travail et de révision.

**A mes amis,**

A Chloé et Émilie, merci pour votre amitié fidèle depuis tellement d'années, vous avoir à mes côtés m'est si précieux.

A Alexandra, « ma copine du bus », mon binôme de P1, et tellement plus que ça.

Aux Scrab, sans qui mes études de médecine n'auraient pas eu cette douce saveur finale, à nos soirées passées et nos rassemblements à venir. BCPS !

A tous mes co-internes pour tous les moments partagés, en particulier au sein du bureau de l'AIPA.

Et enfin, à James, merci pour ton soutien sans faille, ta patience et ton amour. Je mesure la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés depuis tant d'années. A notre avenir commun.

## Liste des abréviations

# Plan

## RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

## RÉSULTATS

### 1. **Données générales**

- 1.1. Échantillon
- 1.2. Taux de PS

### 2. **Population concernée**

- 2.1. Caractéristiques sociodémographiques
- 2.2. Caractéristiques psychiatriques
- 2.3. Critères évocateurs de dangerosité

### 3. **Caractéristiques des PS**

- 3.1. Données générales
- 3.2. Justification des PS (Tableau IV)
- 3.3. Contenu des PS (Tableau V)
- 3.4. Déroulé des PS
- 3.5. Caractéristiques des réintégrations en hospitalisation complète
- 3.6. Levée des PS (Tableau VIII)

## DISCUSSION

### 1. **Principaux résultats**

### 2. **Contenu, respect des PS et réintégrations**

### 3. **Population ciblée par le PS et objectifs visés**

### 4. **PS et dangerosité**

### 5. **Biais et limites**

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## LISTE DES TABLEAUX

## TABLE DES MATIERES

# **Évaluation du recours au programme de soins prévu par la loi du 5 juillet 2011**

**Laëtitia Jamet<sup>1</sup>, Paul Neveux<sup>2</sup>, Bénédicte Gohier<sup>1</sup>, Manuel Orsat<sup>3,4</sup>**

1. Service de psychiatrie et d'addictologie, CHU Angers, Angers, France

2. HealthEcon AG, Bâle, Suisse

3. Clinique du Pôle Santé Sud, Le Mans, France

4. Section psychiatrie légale de l'AFPBN

# RÉSUMÉ

**Objectifs :** Bien que controversés et peu étudiés, les Programmes de Soins (PS) prévus par la loi du 05/07/2011 sont fréquemment utilisés. L'objectif principal était de s'intéresser à leur contenu, au profil clinique des patients concernés et au déroulement de ces PS.

**Méthodes :** Cette étude s'intéressait à l'ensemble des PS mis en place entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018 à l'EPSM de la Sarthe. Les données organisationnelles des PS et les variables sociodémographiques et psychiatriques des patients en PS ont été étudiées.

**Résultats :** Nous avons inclus 559 PS dont 70% (n=391) en soins sur décision du directeur d'établissement, avec une grande disparité selon les secteurs. Un tiers des hospitalisations sans consentement aboutissait à un PS. Ils concernaient 68,5% d'hommes, atteints d'un trouble psychotique (77,8%), avec des antécédents d'hospitalisations et de mauvaise observance des soins. Les certificats initiant les PS ne comportaient pas de justification précise (34,6%) ou mettaient en avant un objectif d'observance du traitement (16,5%). Le contenu des PS était homogène : 65,6% de consultations médicales et 47,6% avec une infirmière, 100% de traitement. Même si 69,9% des PS étaient respectés, 52,8% se concluaient par une réintégration, justifiée majoritairement par une rechute symptomatique (34,8%). Sur la période étudiée, une levée de la mesure était décidée pour 174 PS, sur des critères de stabilité clinique et de compliance.

**Conclusions :** Les PS concernent des hommes présentant un trouble psychotique grave. Bien qu'il s'agisse d'une mesure restrictive de liberté, leur contenu est uniformisé et les certificats les justifiant peu argumentés.

## INTRODUCTION

La loi du 5 juillet 2011 [1] a introduit la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de Programmes de Soins (PS). L'objectif de ce dispositif était initialement de donner un cadre juridique aux « sorties d'essai » qui permettaient aux patients hospitalisés en Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC) d'être à l'extérieur de l'hôpital, à titre probatoire, sur des durées parfois longues [2-4].

Les PS participent à sortir du modèle asilaire (avec d'un côté le patient malade ne pouvant être soigné qu'à l'hôpital pour le protéger et protéger la société, et de l'autre le patient guéri pouvant retourner à la vie civile) mais soulèvent de nouvelles problématiques.

En France, en 2015, 37 000 patients étaient concernés par un PS, soit environ 40% des personnes ayant été soignées en SPSC [5]. Le recours aux PS est très variable selon les départements (de 10 à 60% des patients hospitalisés en SPSC) [3] ; et sur un même territoire, il existe, selon les secteurs de psychiatrie, une hétérogénéité des pratiques, souvent dépendantes de la "culture de service" [6].

Sur le plan juridique, le statut du patient en PS est ambigu pour les soignants en pratique, notamment en cas de non-respect de ses modalités ou de réintégration [7-9], car aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient en PS [10,11].

Au plan éthique, les PS passent par une limitation de l'autonomie du sujet induite par la contrainte aux soins qui est destinée à un surcroît de liberté à venir. Les PS font primer le principe de bienfaisance en visant secondairement un recouvrement de l'autonomie, avec pour moyens l'amélioration de la compliance et de l'observance aux soins, la limitation des rechutes et des hospitalisations, la diminution de la stigmatisation et le maintien de l'insertion socio-

professionnelle et des liens affectifs [12-16]. Ce dispositif aide à la prévention de la dangerosité psychiatrique, qui ne peut être garantie que par des soins longitudinaux et un travail de réhabilitation pour envisager une alternative à une hospitalisation contrainte à vie (notamment pour les sujets jugés pénallement irresponsables) [17].

Toutefois, cet objectif de bienfaisance peut entrer en tension avec le respect des libertés fondamentales du patient, telles que la préservation de l'intégrité du domicile (lors de visites à domicile) ou de l'intégrité corporelle (en cas de traitement imposé) [12,15,16,18]. De même, qu'en est-il de l'alliance thérapeutique, lorsque pour un même patient, l'ensemble des soins est réalisé sans son consentement [7,16] ? Enfin, l'avis éclairé du patient (qui doit être recueilli préalablement à la mise en place du PS) est formulé face à une alternative de choix contraignants : soit il décide de collaborer en acceptant les soins, soit il les refuse et il est alors privé de sa liberté d'aller et venir [15].

En France, une seule étude, observationnelle, menée en Ile de France (148 secteurs), s'est intéressée au PS [6]. Elle retrouvait une amélioration significative des scores de sévérité clinique, d'observance et de dangerosité pour soi ou pour autrui chez les patients en PS.

A l'étranger, de nombreux pays utilisent des dispositifs semblables de soins ambulatoires obligatoires avec des objectifs similaires. Quelques études sur leur efficacité concluent à des résultats mitigés : aucune différence significative à 12 et 18 mois entre les patients en PS et les groupes contrôle en ce qui concerne les réadmissions à l'hôpital, les durées d'hospitalisation, la compliance au traitement, le fonctionnement social, la qualité de vie, la commission d'actes violents. En revanche, les PS semblent réduire significativement le risque d'être victime d'une agression [19-23].

Les multiples enjeux des PS et leur fréquence d'utilisation justifient un état des lieux des pratiques. Cette étude observationnelle porte sur une large cohorte réunissant l'ensemble des PS mis en place dans le département de la Sarthe sur une période de trois ans. Elle a pour objectifs d'évaluer les profils des sujets concernés, le contenu et les conséquences des PS dans la prise en charge du patient et les pratiques selon les secteurs.

## MÉTHODES

Tous les PS mis en place entre le 1 janvier 2016 et le 31 décembre 2018 au sein de l’Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe (seul établissement de ce département à accueillir des SPSC) ont été inclus ; 72 « entrées » correspondant à des erreurs de saisie (transfert de patients hospitalisés en SPSC vers un autre établissement, absence de mise en place de PS à l’issue de SPSC) ont été exclues.

On analysait pour chaque PS :

- les caractéristiques sociodémographiques du patient : âge, sexe, statut marital, activité professionnelle, mesure de protection, type d’hébergement ;
- les caractéristiques cliniques : diagnostics principaux et secondaires selon la CIM 10 ; antécédents psychiatriques d’hospitalisation, de suivi ou traitement, antécédents judiciaires, consommation de toxiques ;
- les données relatives à l’hospitalisation précédent le PS : type de mesure de SPSC (Soins sur décision du représentant de l’Etat (SDRE) ou Soins sur décision du directeur d’établissement (SDDE)) , durée ;
- les données relatives au PS : durée, justification (certificats), contenu (type de soins préconisés), respect ou non du PS, conduite tenue en cas de non-respect, ré-hospitalisation au cours du PS, éventuelle mainlevée et sa justification.

Les cinq PS concernant des individus jugés pénalement irresponsables ont été considérés comme SDRE.

La durée des PS a uniquement été déterminée pour ceux aboutissant à une réintégration et ceux s’étant conclus par une mainlevée.

Les données ont été analysées avec le logiciel statistique STATA 13. Les variables catégorielles étaient décrites par leur fréquence et les variables continues par leur moyenne et écart type. La recherche d'association entre variables catégorielles était effectuée par le test du Chi-2. La comparaison de moyennes entre variables continues était effectuée par le test t de Student. Il était fait l'hypothèse d'une distribution normale des variables en raison d'un effectif supérieur à 30. Le seuil de significativité p était fixé à 0,05.

# RÉSULTATS

## 1. Données générales

### 1.1. Échantillon

Dans les 6 secteurs de psychiatrie adulte de ce département (secteurs 1 à 7, sans secteur portant le numéro 2), 559 PS ont été inclus (Tableau I). Ils concernaient 375 patients différents (Tableau II) ; 70% d'entre eux étaient en SDDE (n=391) contre 30% en SDRE (n= 168).

Tableau I : Répartition des PS par secteur et par année

<b>Secteur</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	20	38	41	99
<b>3</b>	34	40	69	143
<b>4</b>	17	21	22	60
<b>5</b>	24	66	85	175
<b>6</b>	7	28	15	50
<b>7</b>	6	17	9	32
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>210</b>	<b>241</b>	<b>559</b>

Tableau II : Patients différents par secteur et par année

<b>Secteur</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	15	28	26	<b>69</b>
<b>3</b>	27	30	38	<b>95</b>
<b>4</b>	10	14	15	<b>39</b>
<b>5</b>	19	42	53	<b>114</b>
<b>6</b>	5	19	11	<b>35</b>
<b>7</b>	6	8	9	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>141</b>	<b>152</b>	<b>375</b>

## **1.2. Taux de PS**

Entre 2016 et 2018, 1742 hospitalisations en SPSC ont été mises en œuvre à l'EPSM de la Sarthe : 1403 en SDDE et 339 en SDRE. Ainsi, 32,1% des hospitalisations en SPSC se concluaient par un PS.

Les PS concernaient significativement plus de SDRE que de SDDE ( $p<0,001$ ) : près de la moitié des hospitalisations en SDRE se concluait par un PS (49,6% ;  $n=168$ ) contre 27,9% des hospitalisations en SDDE ( $n=391$ ).

## **2. Population concernée**

### **2.1. Caractéristiques sociodémographiques**

Les patients pris en charge en PS étaient des hommes dans 68,5% des cas ( $n=383$ ), de 41 ans en moyenne ( $\sigma=12,7$ ), célibataires (71,9% ;  $n=469$ ) et sans enfant (75,6% ;  $n=340$ ). La plupart des sujets (93,1% ;  $n=487$ ) était sans activité.

Une mesure de protection concernait 40,6% des personnes en PS ( $n=226$ ), avec une majorité de curatelles renforcées ( $n=187$ ).

Concernant le lieu de vie, 68,2% vivaient dans un logement personnel ( $n=381$ ), 5,9% dans un logement accompagné (ou associatif) ( $n=33$ ) et 25,4% des sujets ( $n=142$ ) étaient sans domicile fixe.

### **2.2. Caractéristiques psychiatriques**

La majorité des sujets (77,8%,  $n=435$ ) présentait un trouble psychotique chronique (Tableau III) ; et 90% des patients ( $n=503$ ) avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie, dont 68% en SDDE ( $n=380$ ) et 27,2% en SDRE ( $n=152$ ).

Des antécédents de rupture des soins existaient pour 79,6% d'entre eux ( $n=445$ ) et de mauvaise observance des traitements pour 83,2% d'entre eux ( $n=465$ ).

Tableau III : Diagnostics psychiatriques (selon la CIM 10)

	Effectif n (%)
Schizophrénie, trouble schizotypique et autres troubles délirants (F20-29)	435 (77,8)
Trouble affectif bipolaire (F31)	50 (8,9)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10)	29 (5,2)
Épisodes dépressifs (F32-33)	15 (2,7)
Personnalité émotionnellement labile (F60.3)	11 (2,0)
Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central (G10-13)	4 (0,7)
Personnalité dyssociale (F60.2)	4 (0,7)
Retard mental (F70-79)	3 (0,5)
Dysthymie (F34)	3 (0,5)
Personnalité paranoïaque (F60.5)	2 (0,4)
Personnalité dépendante (F60.7)	1 (0,2)
Troubles du comportement dus à une affection, lésion, dysfonctionnement cérébral (F07)	1 (0,2)
Troubles envahissants du développement (F84)	1 (0,2)

### 2.3. Critères évocateurs de dangerosité

En sus des critères cliniques, de personnalité et sociaux pouvant participer à une dangerosité (au sens de la HCR-20), des antécédents judiciaires (délictuels ou criminels) étaient retrouvés pour 30,8% des sujets (n=172). Des consommations de cannabis existaient chez 41,3% des sujets (n=231), 29,5% consommaient de l'alcool (n=165) et 7,9% de la cocaïne (ou dérivés) (n=44).

### **3. Caractéristiques des PS**

#### **3.1. Données générales**

Les PS étudiés étaient pour moitié mis en place après une hospitalisation en SPSC (n=280) et pour l'autre moitié suite à une réintégration d'un précédent PS (n=279). La majorité des patients était en SDDE (70,1% ; n=391).

La durée moyenne d'hospitalisation avant la mise en place du PS était significativement plus élevée pour les primo-PS que pour ceux faisant suite à une réintégration (95 jours vs 34 jours ; p=0,0001).

La durée moyenne de l'ensemble des PS (SDDE et SDRE) était de 3,4 mois ( $\sigma=4,1$ ). Elle était significativement plus élevée pour les patients en SDRE que pour ceux en SDDE (4,5 mois vs 3,1 mois ; p=0,0003). Les PS se concluant par une levée duraient en moyenne 4,1 mois ( $\sigma=4,1$ ) et ceux se concluant par une réintégration 3,0 mois ( $\sigma=4,1$ ).

#### **3.2. Justification des PS (Tableau IV)**

Le certificat médical initiant le PS ne comportait qu'une description de l'état clinique du patient sans justification précise pour 34,6% des PS étudiés (n=251). La principale justification était une mauvaise observance du traitement pour 16,5% des PS (n=120) (ou la recherche d'une bonne observance thérapeutique).

Tableau IV : Justification des PS

	Effectif n (%)
Absence de justification	251 (34,6)
Permettre l'observance thérapeutique	120 (16,5)
Reprise d'un PS après réintégration	112 (15,5)
Faible compliance aux soins	92 (12,7)
Prévention de la rechute	78 (10,8)
Développer la conscience des troubles	37 (5,1)
Réinsertion en logement accompagné	15 (2,1)
Prévention de la dangerosité	10 (1,4)
Sortie d'essai / Permission supérieure à 72h	6 (0,8)
Développer un projet de réhabilitation	3 (0,4)
Palier la levée d'une HSC par le JLD	1 (0,1)

*HSC : Hospitalisation sans consentement ; JLD : Juge des Libertés et de la Détenion*

### 3.3. Contenu des PS (Tableau V)

Le contenu des PS était globalement similaire pour tous les patients : un traitement médicamenteux était systématiquement mentionné (n=559), dont 70,5% d'injection d'antipsychotique retard (n=394), et des consultations avec un psychiatre (65,6% ; n=443).

Tableau V : Contenu des PS

	Effectif n (%)
Entretiens avec un psychiatre	443 (65,6)
Entretiens infirmiers	266 (47,6)
Entretiens avec un psychologue	10 (1,8)
<u>Suivi social</u>	2 (0,4)
Visites à domicile	83 (14,8)
Délivrance du traitement à domicile	31 (5,6)
Traitement médicamenteux	559 (100)
<u>Injection APAP</u>	394 (70,5)
HDJ	172 (30,8)
Activités thérapeutiques	39 (7,0)
HDN	1 (0,1)

*APAP : Antipsychotique atypique à Action Prolongée ; HDJ : Hospitalisation de Jour ; HDN : Hospitalisation de nuit*

### **3.4. Déroulé des PS**

Sur les 559 PS étudiés, 413 ont duré plus d'un mois et ont fait l'objet de rédaction de certificats ou d'avis mensuels : 97,8% de certificats (n=404), 1,2% d'avis motivés (n=5) et 1% où les deux étaient utilisés (n=4). Pour 33,6% des PS, le contenu des certificats justificatifs mensuels était similaire chaque mois. Ils étaient en règle générale rédigés par le psychiatre traitant du patient (pour 80,6% des PS).

Les modalités du PS étaient respectées pour 69,9% des cas (n=391), sans différence significative selon le mode de SPSC.

En cas de non-respect du PS, une demande de réintégration en hospitalisation complète était effectuée dans 68,1% des cas (n=113), 7,2% des PS étaient modifiés (n=12) et une levée était demandée dans 5,4% des cas (n=9). Et dans 19,3% des PS non respectés, aucune mesure n'était prise par le psychiatre.

### **3.5. Caractéristiques des réintégrations en hospitalisation complète**

Plus de la moitié des PS aboutissait à une réintégration (52,8% ; n=295) : 48,7% des PS en SDDE (n=191) et 62,2% de ceux en SDRE (n=104). Il existait une association significative entre le mode de SPSC et la survenue d'une réintégration ( $p=0,003$ ).

Elle s'effectuait dans un délai moyen de 2,9 jours ( $\sigma=17,7$ ), le patient se rendant généralement à l'EPSM par lui-même (ou accompagné d'un proche) sur sollicitation de son psychiatre traitant ou en se présentant spontanément (tableau VI).

Tableau VI : Moyens de réintégration

	Effectif n (%)
Par ses propres moyens (ou accompagné d'un proche)	114 (38,6)
IDE CMP +/- ambulance	64 (21,7)
Via un SAU ou le SAMU	60 (20,3)
IDE CMP + forces de l'ordre	11 (3,7)
Police seule	8 (2,7)
IDE CMP + sapeurs-pompiers	7 (2,4)
Via un autre établissement psychiatrique	3 (1,0)
Non connu	28 (9,5)

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat ; CMP : Centre Médico-Psychologique ; SAU : Service d'Accueil des Urgences

Les rechutes cliniques (34,8%, n=147) et le non-respect des modalités du PS (22,5% ; n=95) étaient les principales justifications d'une réintégration (tableau VII).

Tableau VII : Justification des réintégrations

	Effectif n (%)
Rechute clinique	147 (34,8)
Non-respect du PS	95 (22,5)
Hétéro-agressivité	45 (10,7)
Demande du patient	43 (10,2)
Arrêt du traitement	43 (10,2)
Réintégration prévue par le PS	20 (4,7)
Fin d'une période d'évaluation ambulatoire	10 (2,4)
Protection contre la consommation de toxique	7 (1,6)
Effets secondaires post-injection APAP	3 (0,7)
Échec d'un projet de réinsertion avec perte du logement	2 (0,5)
Voyage pathologique	2 (0,5)
Réévaluation du traitement en milieu hospitalier	2 (0,5)
Suite à une infraction commise durant le PS	2 (0,5)
Aucune justification	1 (0,2)

APAP : Antipsychotique atypique à Action Prolongée

La réintégration durait en moyenne 26 jours ( $\sigma=46,5$ ) et se concluait par la remise en place d'un PS dans 90,6% (n=260) des cas ou par une levée des SPSC à l'issue de la réintégration.

### 3.6. Levée des PS (Tableau VIII)

Dans notre échantillon, 31,1% des PS (n=174) aboutissaient à une levée, justifiée par la stabilité des troubles psychiatriques dans 35,7% des cas (n=120), et la compliance au PS dans 27,6% des cas (n=93).

Tableau VIII : Justification des levées

	Effectif n (%)
Stabilisation clinique / Amendement des troubles	120 (35,7)
Compliance au PS	93 (27,6)
Consentement éclairé aux soins ambulatoires	43 (12,8)
Bonne observance du traitement	41 (12,2)
Demande du tiers	6 (1,8)
Incarcération du patient	5 (1,5)
Disparition de la dangerosité	5 (1,5)
Déménagement du patient	5 (1,5)
Obtention d'un emploi / Projet professionnel	5 (1,5)
Décès du patient	4 (1,2)
Irrégularité du suivi / Mauvaise observance du PS	4 (1,2)
Refus du patient du projet social motivant le PS	1 (0,3)
Préserver l'alliance thérapeutique obtenue	1 (0,3)
Accueil dans un service de psycho-gériatrie	1 (0,3)
Hospitalisation longue dans un service de soins somatiques	1 (0,3)
Suivi psychiatrique libéral	1 (0,3)

# DISCUSSION

## 1. Principaux résultats

Entre 2016 et 2018, 559 PS ont été mis en place à l'EPSM de la Sarthe ; 32,1% des hospitalisations en SPSC se concluaient par un PS. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (40%) [5], mais supérieur à la moyenne francilienne (27%) [6]. Tous les secteurs de psychiatrie de notre échantillon recourent au PS mais avec une grande disparité (entre 32 et 175 PS sur les trois ans), ce qui concorde avec les données de la littérature française [5,6]. Cette différence de pratique semble être corrélée à la culture de chaque service, à la connaissance du dispositif et au regard des psychiatres sur les PS [6,24,25].

Le recours au PS se fait électivement pour des patients aux profils cliniques sévères : 77,8% de troubles psychotiques, 90% d'antécédents de SPSC et 79,6% de ruptures des soins, comorbidités addictives associées (49,3% de cannabis). Les sujets présentent également des critères sociodémographiques associés à une moindre stabilité des troubles mentaux : 68,5% d'hommes, jeunes (41 ans en moyenne), 71,9% célibataires, 36,3% sans logement personnel.

Plus de la moitié des PS aboutit à une réintégration, qui donne lieu à de quasi-systématiques reprises des PS (90,6%) avec la possible sélection d'une sous-population clinique maintenue en SPSC au long cours, soit sous forme d'hospitalisation soit de PS. Pour celle-là, l'objectif de resocialisation et de désinstitutionnalisation sous-tendu par le PS n'est sans doute pas atteint.

## 2. Contenu, respect des PS et réintégrations

Le contenu des PS de notre échantillon est uniformisé, tandis que dans la littérature, il semble plus varié avec des taux plus importants de consultations psychiatriques (81-98%), d'entretiens soignants (61%), de suivi social (50% vs 0,4% dans notre étude), de soins à domicile (22-25% vs 14,8%) et d'activités thérapeutiques (23,1% vs 7%) [3,6].

Les modalités des PS sont majoritairement respectées par les patients ; toutefois, la moitié des PS de notre échantillon aboutissait à une réintégration justifiée principalement par une recrudescence symptomatique. Comme le soulignent deux récentes études françaises [6,26], l'aide de l'entourage est primordiale dans le retour en hospitalisation : pour 38,6% des réintégrations le patient venait de lui-même ou était accompagné d'un de ses proches. Ceci suggère une bonne alliance thérapeutique et une efficacité des PS pour éviter les ruptures de suivi, mais un faible effet des PS sur la stabilité de la maladie.

En moyenne trois mois s'écoulaient entre la mise en place du PS et la réintégration, correspondant à la période charnière des six premiers mois suivant la sortie d'hospitalisation [6,26]. La durée d'hospitalisation en cas de réintégration était plus courte que pour les primo-hospitalisations ; les PS pourraient permettre une intervention aux prémices d'une rechute et donc une limitation de la durée d'hospitalisation. En ce sens, ils semblent représenter un dispositif « sur mesure », permettant de limiter le dépassement du consentement du patient aux seuls moments où la maladie s'acutise.

### 3. Population ciblée par le PS et objectifs visés

Les PS semblent réservés aux patients réunissant des critères de sévérité clinique et pronostique de leur trouble mental. Ils concernent en outre des majeurs vulnérables (plus de 40% de mesures de protection dans notre échantillon). Ces caractéristiques concordent avec les données de la littérature, qu'il s'agisse des patients en PS ou plus globalement des patients pris en charge en SPSC [3,5,6,27].

En somme, les PS concernent avant tout une population fragile à tous points de vue ; une attention spécifique devrait donc être portée sur la préservation des droits et la protection des libertés. Pourtant, les PS sont la modalité de SPSC la moins contrôlée par le Juge des Libertés et de la Détenion (JLD), alors qu'elle comporte une contrainte réelle comme le prouve le contenu des PS étudiés. Quant à la liberté d'aller et venir, même si elle est préservée par le PS, elle est fragilisée par le spectre d'une réintégration en cas de non-respect du PS [18].

La loi du 5 juillet 2011 prévoit une justification circonstanciée par les certificats et avis médicaux des SPSC [28] et des recommandations de bonnes pratiques pour leur rédaction ont été publiées en 2018 [29]. Or, 34,6% des certificats motivant l'initiation de PS n'argumentaient pas la nécessité de soins ambulatoires et l'impossibilité pour le patient de poursuivre ces soins librement. De plus, au cours du PS, certains certificats sont rédigés sans examen du patient le jour-même (il s'agit donc d'un faux alors qu'un avis médical pouvait être rédigé dans cette configuration [30]) et un tiers de ces certificats avait un contenu identique d'un mois sur l'autre. Enfin, six PS ont été mis en place afin de réaliser une permission prolongée, ce qui ne correspond pas au cadre légal des PS.

Les psychiatres devraient être mieux sensibilisés au cadre légal de leur pratique des SPSC et aux enjeux de la liberté d'aller et venir dans un état de droit. A cet égard, des groupes de

travail locaux impliquant psychiatres et JLD permettent une acculturation réciproque des champs sanitaires et judiciaires [31]. La qualité de l'argumentaire médico-légal est une garantie de l'application rigoureuse de la loi et par conséquent, d'une privation minimum et strictement nécessaire des libertés du patient.

## 4. PS et dangerosité

L'objectif des PS est double concernant la dangerosité ; d'une part prévenir la dangerosité psychiatrique en limitant les ruptures de soins et en garantissant un suivi des sujets à risque de violence (SDRE ou sujets pénallement irresponsables) [12,17,32], d'autre part, garantir la liberté de circulation et une réinsertion dans la société une fois les sujets rétablis.

Or, dans cette étude, les PS initiés avec la justification directe de prévention d'une dangerosité psychiatrique étaient rares (1,4%). Pourtant les caractéristiques des patients placés en PS sont évocatrices des critères connus de dangerosité : près de la moitié des SPSC en SDRE aboutit à un PS, les sujets concernés présentaient des facteurs de risque reconnus de violence (sexe masculin, jeune âge, faible niveau socio-économique, abus de substances, antécédents d'infractions, trouble psychotique avec une faible adhésion aux soins et des ruptures de traitement) [33-36]. Les PS étaient également justifiés par la mauvaise observance médicamenteuse et la faible alliance thérapeutique, facteurs connus de déstabilisation et donc d'augmentation du risque de violence [33-36].

Bien que censés permettre un surcroit de liberté et d'autonomie, les sujets en PS (et particulièrement en SDRE) restent très surveillés. Les taux de PS en SDRE de notre échantillon sont supérieurs à ceux mis en évidence en région parisienne (7% des SDDE et 20% des SDRE)

[6] mais toutefois inférieurs à la moyenne nationale (40% des SDDE et 53% des SDRE) [5].

Les PS en SDRE étaient plus longs et se concluaient par un plus grand nombre de réintégations. Toutefois, il n'existe pas de différence significative de respect du PS selon le mode de SPSC. La sortie d'hospitalisation et le PS se font donc avec précaution vis-à-vis de la crainte d'un geste médico-légal (qui pourrait engager la responsabilité du médecin) [12]. De même, les forces de l'ordre interviennent plus aisément pour les SDRE, facilitant ainsi les réintégations [6], qui donnent systématiquement lieu à un nouveau PS.

L'accompagnement étroit par des soins adaptés des sujets les plus à risque de violence de par leur profil clinique est primordial. Toutefois, le risque d'un recours au PS dans un objectif sécuritaire et de précaution existe ; c'est alors le risque probabiliste de passage à l'acte qui motiverait le PS sans que l'évolution clinique du patient ne soit prise en compte et que la possibilité d'une levée ne soit questionnée. Les PS pourraient alors devenir un lien entre justice, délinquance et psychiatrie [32], qu'aucun clinicien ne souhaite, quand ils peuvent être un dispositif de soins finement adapté à la clinique évolutive du malade et moteur d'une réflexion éthique sur la contrainte.

## 5. Biais et limites

Cette étude épidémiologique peut comporter des biais liés au recueil de données (qualité et précision variables des informations renseignées dans les dossiers médicaux, erreurs d'extraction informatique) et à son design rétrospectif. La durée des PS a pu être sous-estimée car les PS en cours (et donc possiblement sur de longues périodes) n'ont pas été pris en compte dans le calcul statistique.

Les résultats de cette étude monocentrique doivent être extrapolés avec prudence compte-tenu de la disparité de recours aux SPSC selon les territoires [3,5], mais ils permettent d'alimenter une littérature pauvre sur ce sujet. Des études plus approfondies, prospectives ou incluant un groupe témoin, restent nécessaires afin de déterminer l'efficacité réelle des PS.

## CONCLUSION

Les PS sont un dispositif de SPSC controversé, sans contrôle systématique du JLD et à l'efficacité incertaine d'après la littérature internationale.

Cette étude confirme un usage courant des PS en Sarthe, préférentiellement pour des patients présentant des critères de gravité d'un trouble schizophrénique. Les PS sont respectés mais les réintégrations sont fréquentes et surviennent lors de décompensations symptomatiques, ce qui questionne l'efficacité du PS sur la stabilisation de la maladie psychique.

Si les PS restreignent la liberté des patients et imposent des discussions éthiques, ils permettent aussi d'ajuster au mieux des prises en charge souvent complexes de patients aux profils cliniques sévères.

## BIBLIOGRAPHIE

1. 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. 2011-803 juillet, 2011.
2. Massé G, Zwingenberger M. Les sorties d'essai : évolution et perspectives, Trial discharges: evolution and prospects. *Inf Psychiatr.* 2006;me 82(6):481-93.
3. Coldefy M, Tartour T. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *Quest Déconomie Santé.* janv 2015.
4. Marques A, Saetta S, Tartour T. Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire, *Involuntary outpatient treatment -administrative boundaries.* *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2016;(2):57-74.
5. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest Déconomie Santé.* Février 2017.
6. Vidon G, Hardy-Baylé M-C, Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *Inf Psychiatr.* 15 sept 2015;me 91(7):602-7.
7. Guibet-Lafaye C. Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? *Rhizome.* 2014;(53):5-6.
8. Pechillon E. Programme de soins: quel statut juridique pour le patient? *Santé Ment.* Mai 2015;(198):12-3.
9. Panfili J-M. Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique. *VST - Vie Soc Trait.* 21 juin 2013;(118):104-9.
10. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012. avr 20, 2012.
11. 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. 2013-869 sept 27, 2013.
12. Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *Inf Psychiatr.* 2 oct 2014;me 90(7):575-82.
13. Bourelle J-M, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement: finalité du programme de soins ambulatoires ? *Santé Ment.*
14. Niveau G. Intérêts et inconvénients des soins ambulatoires forcés. *Rev Med Suisse.* 2012;8:1739-42.

15. Couturier M. Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie. *Rhizome*. 2014;53:5-6.
16. Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. *Inf Psychiatr*. 2 juin 2017;me 93(5):381-6.
17. Senon J-L. Soins ambulatoires sous contrainte: une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Inf Psychiatr*. 2005;81(7):627-634.
18. Hazif-Thomas C, Péchillon É. La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2018;176(4):381-6.
19. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013;381(9878):1627-1633.
20. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 mars 2017.
21. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 1 déc 2018;5(12):1013-22.
22. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, et al. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. *Psychiatr Serv*. 1 mars 2001;52(3):330-6.
23. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders, and Assisted Outpatient Treatment: What's in the Data? *Can J Psychiatry*. 1 sept 2004;49(9):585-91.
24. Guibet Lafaye C. L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs. *Rev Fr Aff Soc*. 2016/2:35-55.
25. Guibet Lafaye C. Quelle éthique pour quels psychiatres ? *Sociologie*. 2016;7(2):169.
26. Kourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2018;176(4):410-5.
27. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré J-B, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2 août 2017.
28. 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. sept 15, 2014.

29. HAS. 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. 2018
30. Code de la santé publique - Article L3211-2-1. Code de la santé publique.
31. Aïdan G, Béliard A, Bellanger P, Cobbaut J-P, Doron C-O, Eyraud B, et al. La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale: perspectives pour une approche interdisciplinaire. 2015.
32. Theron. De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement. *Rev Droit Sanit Soc.* 2010;6:1088-101.
33. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2001;159(7):475-86.
34. HAS. Audition publique- Textes des experts-Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. 2010.
35. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 85(8):745-52.
36. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1992;49(6):476-83.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I .....	8
Tableau II .....	8
Tableau III .....	10
Tableau IV .....	12
Tableau V .....	12
Tableau VI .....	14
Tableau VII .....	14
Tableau VIII .....	15

# TABLE DES MATIERES

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES.....</b>	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.     Données générales .....</b>	<b>8</b>
1.1.    Échantillon .....	8
1.2.    Taux de PS .....	9
<b>2.     Population concernée.....</b>	<b>9</b>
2.1.    Caractéristiques sociodémographiques.....	9
2.2.    Caractéristiques psychiatriques .....	9
2.3.    Critères évocateurs de dangerosité.....	10
<b>3.     Caractéristiques des PS.....</b>	<b>11</b>
3.1.    Données générales .....	11
3.2.    Justification des PS (Tableau IV) .....	11
3.3.    Contenu des PS (Tableau V) .....	12
3.4.    Déroulé des PS.....	13
3.5.    Caractéristiques des réintégrations en hospitalisation complète.....	13
3.6.    Levée des PS (Tableau VIII) .....	15
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>16</b>
<b>1.     Principaux résultats .....</b>	<b>16</b>
<b>2.     Contenu, respect des PS et réintégrations .....</b>	<b>17</b>
<b>3.     Population ciblée par le PS et objectifs visés .....</b>	<b>18</b>
<b>4.     PS et dangerosité .....</b>	<b>19</b>
<b>5.     Biais et limites.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>23</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>26</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>27</b>



## RÉSUMÉ

**Objectifs :** Bien que controversés et peu étudiés, les Programmes de Soins (PS) prévus par la loi du 05/07/2011 sont fréquemment utilisés. L'objectif principal était de s'intéresser à leur contenu, au profil clinique des patients concernés et au déroulement de ces PS.

**Méthodes :** Cette étude s'intéressait à l'ensemble des PS mis en place entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018 à l'EPSM de la Sarthe. Les données organisationnelles des PS et les variables sociodémographiques et psychiatriques des patients en PS ont été étudiées.

**Résultats :** Nous avons inclus 559 PS dont 70% (n=391) en soins sur décision du directeur d'établissement, avec une grande disparité selon les secteurs. Un tiers des hospitalisations sans consentement aboutissait à un PS. Ils concernaient 68,5% d'hommes, atteints d'un trouble psychotique (77,8%), avec des antécédents d'hospitalisations et de mauvaise observance des soins. Les certificats initiant les PS ne comportaient pas de justification précise (34,6%) ou mettaient en avant un objectif d'observance du traitement (16,5%). Le contenu des PS était homogène : 65,6% de consultations médicales et 47,6% avec une infirmière, 100% de traitement. Même si 69,9% des PS étaient respectés, 52,8% se concluaient par une réintroduction, justifiée majoritairement par une rechute symptomatique (34,8%). Sur la période étudiée, une levée de la mesure était décidée pour 174 PS, sur des critères de stabilité clinique et de compliance.

**Conclusions :** Les PS concernent des hommes présentant un trouble psychotique grave. Bien qu'il s'agisse d'une mesure restrictive de liberté, leur contenu est uniformisé et les certificats les justifiant peu argumentés.

**Mots-clés :** Programme de soins, Soin ambulatoire, Loi du 5 juillet 2011, Soin sans consentement, Psychiatrie

## ABSTRACT

**Objectives:** The law of 5 July 2011 introduced the possibility of outpatient care without consent in the context of care programs (CP). Despite major ethical and legal issues, few studies are available on the use of this mechanism. An in-depth review of practices involving a large sample of CP was essential.

**Methods:** We carried out a retrospective, observational study, including all the CP set up between January 1st, 2016 and December 31st, 2018 in the Sarthe department. Data strictly related to the CP (content, justification, duration, patient compliance, re-hospitalizations, etc.) and patient-related variables (socio-demographic characteristics, diagnosis, antecedents, etc.) were studied.

**Results:** We studied 559 CP (involving 375 different patients), 70% of whom (n=391) in the context of "care by decision of the hospital director", with a wide disparity by sector. One third of the hospitalizations without consent ended with a CP. They concerned men (68.5%, n = 383), with a psychotic disorder (77.8%, n=435) with a history of hospitalization and poor adherence to care. Certificates initiating CP did not have a clear justification (34.6%, n=251) or state a goal of adherence to treatment (16.5%, n=120). The content of the different CP was homogeneous: 65.6% of medical consultations and 47.6% with a nurse, 100% of treatment. Their average duration was 3.4 months. Even though the CP were followed (69.9%, n=391), 52.8% (n=295) ended with reintegration, mainly justified by a symptomatic relapse (34.8%, n = 147). When a decision was lifted (n=174), it was based on the criteria of clinical stability and compliance with the CP.

**Conclusions:** Our study allows a precise vision of patients concerned by CP: men with risk factors for psychiatric dangerousness. It also finds a high rate of re-hospitalization despite good adherence to the CP, poorly personalized content and measures not justified by psychiatrists although it is a restrictive measure of freedom.

**Keywords:** Care programs, Compulsory community treatment, Outpatient care, Care without consent, Psychiatry