HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Programme de soins psychiatriques sans consentement

Mise en œuvre

Validé par le Collège le 25 mars 2021

Descriptif de la publication

Titre	**Programme de soins psychiatriques sans consentement** Mise en œuvre
Méthode de travail	Groupe de travail d'experts
Objectif(s)	Améliorer la mise en œuvre des programmes de soins psychiatriques
Cibles concernées	Équipes de secteur psychiatrique, directeurs d'établissement assurant une activité de psychiatrie, professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, social et médicosocial intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale (Samsah, SAVS, foyers postcure) Professionnels libéraux : médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, autres.
Demandeur	DGS
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Laurence Chazalette
Auteurs	Dr Charles Alezrah, psychiatre président du groupe de travail, Laurence Chazalette, Dr Marielle Lafont, membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Mars 2021
Actualisation	
Autres formats	Synthèse

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2021 ISBN :–

Sommaire

Préambule **5**

Synthèse **6**

1. Objectifs, principes, cibles du guide **12**

1.1. Objectifs du guide 12

1.2. Principes 12

1.3. Cible du guide 13

1.4. Un guide dans la continuité des travaux de la HAS 13

2. Contexte et constat **15**

2.1. Contexte législatif français 15

2.2. Contexte international 15

2.3. Données épidémiologiques 16

2.4. Problématiques identifiées à partir d'enquêtes « terrain » et de l'analyse bibliographique 16

2.4.1. Diversité des pratiques professionnelles 17

2.4.2. Problématiques juridiques et éthiques 18

2.4.3. Parcours de santé au sens large et articulation des secteurs sanitaire, médicosocial et social. 19

3. Définition et objectifs du programme de soins psychiatriques **20**

3.1. Définition 20

3.2. Objectifs et finalité du programme de soins 20

4. Étapes de mise en œuvre d'un PDS **22**

4.1. Avant le PDS 22

4.2. Indications et contre-indications relatives au PDS 23

4.2.1. Indications 23

4.2.2. Contre-indications, précautions d'usage, points de vigilance 24

4.3. Préparation de la sortie d'hospitalisation et du PDS 24

4.4. Mise en œuvre d'un PDS 25

4.5. Contenu, rédaction et modifications du PDS 28

4.6. Suivi du patient lors du PDS 30

4.7. Levée d'un programme de soins et des soins sans consentement 31

4.8. Évaluations des programmes de soins sans consentement 31

5. Prévention des rechutes et des ruptures de parcours, conduite à tenir en cas d'alertes **33**

5.1. En cas de non-venue du patient à un rendez-vous 33

5.2. En cas d'alerte émanant du patient 34

5.3. Cas particulier de l'hospitalisation à temps plein à la demande du patient au décours du PDS (soins non programmés initialement dans le PDS) 34
5.4. La réintégration du patient en hospitalisation sans consentement : étapes à suivre 36
5.5. Mise en place de dispositifs spécifiques de réponse aux urgences psychiatriques 38
5.6. Cas particulier du transfert des patients (changement d'adresse, déplacement du patient, etc.) 38

6. Parcours de santé et programme de soins 39
6.1. Le PDS, une étape du parcours de santé 39
6.2. Le rôle des acteurs dans le parcours 39

7. Accompagnement du patient : information et alliance thérapeutique 43
7.1. Information du patient 43
7.2. Alliance thérapeutique 45
7.2.1. Instaurer l'alliance thérapeutique : équipe référente, co-construction du projet de soins 46
7.2.2. Le rôle du plan de prévention partagé construit en associant le patient (outil n° 2) 47
7.2.3. Le rôle de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation 47

Table des annexes 48
Annexe 1 OUTIL N° 1 : grille patient-traceur : auto-évaluation en équipe du parcours du patient 49
Annexe 2. OUTIL N° 2 : plan de prévention partagé 56
Annexe 3. OUTIL N° 3 : livret d'information patient 62
Annexe 4. Enquêtes réalisées par Ascodocpsy, Anrqpsy, Fnapsy et Unafam 71
Annexe 5. Exemple de protocole de réintégration 73
Annexe 6. Recherche et analyse internationale de la littérature 75

Organisation des différents rendez-vous (à remplir par l'équipe) 64

Références bibliographiques 94

Participants 99

Abréviations et acronymes 102

Préambule

En France, l'organisation des soins psychiatriques sectorisés a beaucoup évolué depuis soixante ans, passant d'une offre essentiellement hospitalière à une offre diversifiée, largement extrahospitalière (près de 80 % des adultes et 97 % des enfants sont suivis en ambulatoire). Elle est structurée en secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, assurant une responsabilité populationnelle sur un mode géo démographique (1).

Le consentement aux soins est le principe général. Il est aujourd'hui largement majoritaire dans la prise en charge psychiatrique.

Les soins sans consentement doivent être l'exception et sont minoritaires mais en hausse depuis 2012. Ces modalités de prise en charge représentent une des particularités de la discipline psychiatrique. Le recours aux soins sans consentement en psychiatrie peut être indiqué lorsque la conscience des troubles ou la reconnaissance du besoin de soins sont altérées.

Le dispositif de soins sans consentement issu de la loi du 5 juillet 2011 (2) , a introduit la possibilité de soins psychiatriques sans consentement, dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète, dans le cadre de programmes de soins psychiatriques sans consentement (PDS)[1.]

Il importe de préciser les termes utilisés pour évoquer cette nouvelle modalité de soins sans consentement. Souvent le sujet est abordé dans la littérature sous l'appellation « soins sans consentement ambulatoires », alors que la caractéristique ambulatoire n'englobe pas l'ensemble des dispositions qui peuvent figurer dans un programme de soins. En effet, ceux-ci peuvent, en pratique, associer, en plus d'un suivi ambulatoire, diverses mesures d'accompagnement extrahospitalier, qui seront abordées dans ce guide.

Des interrogations existent concernant ces PDS, questionnant plus largement les soins sans consentement en psychiatrie. Partant de ce constat, le groupe de travail a mis l'accent sur la nécessité d'initier des évaluations avec les professionnels concernés et les usagers pour apporter un éclairage aux décideurs et aboutir à une évolution éventuelle du cadre juridique.

Ces programmes donnent lieu à des pratiques diverses, en l'absence de références cliniques et de déclinaisons pragmatiques.

Ce guide d'amélioration des pratiques professionnelles propose des préconisations relatives à la mise en œuvre des PDS. Il rassemble des repères et des propositions pour que ces PDS soient exclusivement utilisés comme un outil thérapeutique dans le cadre du parcours de soins du patient.

Le fil rouge est de permettre, dès que possible, le retour pour la personne à des soins librement consentis, en visant, tout le long du parcours, l'alliance thérapeutique. Les PDS n'ont pas pour objet le contrôle social.

Les travaux scientifiques sur les PDS restent, aujourd'hui encore, peu nombreux pour soutenir leur principe ou au contraire les remettre en question.

Cela doit inciter, d'une part, à multiplier les travaux de recherches sur le sujet, d'autre part à limiter strictement le nombre et la durée des PDS à partir d'une référence exclusive à la clinique et au respect des droits du patient.

1 Le sigle PDS sera utilisé dans ce document pour programme de soins psychiatriques sans consentement

Synthèse

En France, les **programmes de soins psychiatriques sans consentement (PDS)** ont été établis par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Ils suscitent de nombreux questionnements en France comme à l'étranger. Au plan international, ces modalités de prises en charge existent notamment dans les pays anglosaxons et les pays d'Europe du Nord.

Les travaux de recherche sont peu nombreux en France mais plus développés à l'international (études de hauts niveaux de preuves). Ces derniers n'ont pas permis de démontrer de réelles preuves d'efficacité de ces programmes ambulatoires ou assimilés sur le plan de la qualité de vie, du taux de ré hospitalisations ou de la durée moyenne de séjour.

En France, en 2018, près de 96 000 personnes ont été concernées par des soins sans consentement et plus de 42 000 ont été suivies dans le cadre d'un programme de soins.

Les patients en PDS souffrent de troubles psychiatriques sévères. Ils sont majoritairement masculins. Ils sont dans l'impossibilité de consentir aux soins et nécessitent des soins et une surveillance régulière.

Les enquêtes et l'analyse bibliographique ont permis d'identifier une diversité des pratiques professionnelles, une nécessaire articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, et des problématiques juridiques et éthiques. (chapitre 2.4).

Définition et objectif du PDS (chapitre 3)

Le PDS est une modalité thérapeutique de soins sans consentement alternative à l'hospitalisation complète. Le PDS est un document écrit, formalisé après un entretien avec le patient et le recueil de son avis. Il est établi par le psychiatre de l'établissement de santé d'accueil.

L'objectif d'un PDS est de proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortant d'hospitalisation complète sans consentement et nécessitant une surveillance médicale régulière (et non plus constante).

Un programme de soins psychiatriques sans consentement (PDSP) est précédé d'une hospitalisation complète en soins sans consentement après une période initiale d'observation d'au maximum 72 heures. Plusieurs modalités différentes d'admission en hospitalisation sont possibles : soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) ou sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Le PDS ne peut constituer une fin en soi. Il est limité dans le temps et est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'évolution de l'état clinique de la personne.

L'ensemble des préconisations et messages clés du guide sont numérotées

Patients pouvant bénéficier d'un PDS (chapitre 4)

N° 1 Le PDS peut s'adresser à des patients présentant des pathologies psychiatriques à évolution chronique ou des troubles psychiatriques sévères comme des épisodes psychotiques, des troubles schizophréniques, troubles délirants, troubles bipolaires, troubles graves de l'humeur, troubles graves de la personnalité.

N° 2 Le PDS fait l'objet d'indications et de contre-indications précisées (chapitre 4.2).

Importance de la préparation de la sortie d'hospitalisation (chapitre 4.3)

N° 3 La préparation de la sortie d'hospitalisation implique :

- le patient et l'équipe pluriprofessionnelle référente intra et extrahospitalière,

- la personne de confiance, l'entourage proche, ou la personne chargée de la protection juridique du patient, (après accord du patient),

- le médecin généraliste traitant véritable partenaire de la prise en charge, ainsi que l'ensemble des acteurs impliqués dans son parcours de santé (après information du patient et non opposition de sa part).

N° 4 Le bilan social et familial est pris en compte pour préparer cette sortie. Il permet de prendre en considération les conditions de vie de la personne.

N° 5 Selon l'état clinique du patient, des sorties de courte durée accompagnées et/ou non accompagnées, peuvent précéder la mise en place du PDS.

N° 6 Le temps d'hospitalisation et la stabilisation de son état de santé permettent d'instaurer un climat de confiance avec le patient (amorce d'alliance thérapeutique)

N° 7 Le psychiatre hospitalier s'assure de la continuité des soins avec l'équipe référente extrahospitalière qui prendra le relais. Une rencontre avec un membre de l'équipe référente du suivi extrahospitalier est préconisée.

Initiation d'un PDS (chapitre 4.4)

N° 8 Le projet de soins personnalisé est pris en compte dans l'élaboration du PDS. Les besoins spécifiques du patient sont pris en compte.

N° 9 Le patient doit être impliqué dans l'élaboration de son PDS dans un objectif de co construction progressive. Des échéances de réévaluation de la pertinence du PDS ont été réfléchies avec le patient.

L'élaboration du PDS nécessite une information par le psychiatre et le recueil formalisé de l'avis et des observations du patient tracés dans le dossier patient. (cf. préconisations 32 à 36).

N° 10 La pertinence et le contenu du PDS sont discutés en réunion d'équipe pluriprofessionnelle

N° 11 L'équipe référente informe le patient que, sauf opposition de sa part, les informations strictement utiles et nécessaires aux professionnels impliqués dans sa prise en charge seront partagées dans le respect du secret professionnel partagé (art. L. 1110-4 et R. 1110-1 et suivants du CSP). Le dossier patient comprend la liste des personnes à qui l'information pourra être délivrée.

N° 12 Après accord du patient, son entourage proche et/ou la personne de confiance reçoivent une information, par l'équipe référente, de la mise en place du PDS et de ses conséquences.

N° 13 Une copie du PDS et la décision du directeur ou l'arrêté préfectoral sont remis au patient. Il est préconisé que le patient signe une notification attestant cette remise de documents (récépissé).

Contenu, rédaction et modifications d'un PDS (chapitre 4.5)

N° 14 Le PDS définit le type de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature, ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée (art. R.3211-1 du CSP).

N° 15 Selon l'état clinique du patient, le PDS peut contenir des consultations en milieu ambulatoire en CMP, un traitement médicamenteux, des rendez-vous en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des séjours hospitaliers en hôpital de jour ou de nuit, des soins/hospitalisations à domicile, et/ou des soins de groupes, des consultations en addictologie, des entretiens soignants, des épisodes d'hospitalisations courtes, des séjours en appartements thérapeutiques ou associatifs, ou encore en établissements de post cure avec aussi la possibilité d'un suivi social etc.

Le PDS peut s'articuler avec d'autres interventions complémentaires.

N° 16 Seules les modifications substantielles donnent lieu à la rédaction d'un nouveau PDS.

Suivi du patient (chapitre 4.6)

N° 17 Au cours des premiers mois il est préconisé de proposer un suivi rapproché du patient, coordonné au plan sanitaire, social et médico-social.

Il s'agit du suivi de l'état clinique du patient sur le plan psychiatrique et somatique et de prise en charge médicamenteuse (observance, tolérance, iatrogénie), tracés dans le dossier patient.

N° 18 Des réévaluations en équipe pluriprofessionnelle sont instaurées régulièrement pour ce suivi de l'état clinique du patient. La pertinence du maintien du PDS est interrogée.

A l'issue d'une période de 6 mois, il est préconisé une réévaluation globale et plus approfondie du programme de soins.

Si la mesure de soins sans consentement dure plus d'un an, le dossier est analysé en collège des soignants pour les patients en SDDE et en commission départementale des soins psychiatriques CDSP pour l'ensemble des patients.

N° 19 Le PDS est évolutif tout au long de ce parcours et son élaboration doit favoriser l'émergence progressive du consentement du patient.

Levée du PDS (chapitre 4.7)

N° 20 Plusieurs critères sont pris en considération pour la levée : l'état clinique du patient, l'alliance thérapeutique établie, son adhésion aux traitements et suivis adaptés en fonction de sa demande.

N° 21 La demande de levée du programme est discutée collégialement en réunion d'équipe.

N° 22 Les acteurs impliqués dans le parcours du patient, dont le médecin traitant, sont informés de la levée.

N° 23 Evaluations des PDS (chapitre 4.8)

Il est préconisé des évaluations qualitatives et quantitatives des PDS :

- une évaluation institutionnelle chaque année à partir d'indicateurs. Ces évaluations peuvent faire l'objet d'un retour d'information aux conseils locaux de santé mentale ;
- des rencontres au niveau local entre l'établissement de santé, le préfet, le JLD, le président de la CDSP et les avocats, pour fluidifier les démarches et les pratiques professionnelles ;

– des auto-évaluations des pratiques professionnelles relatives aux PDS, notamment pour les patients en situation complexe (à l'initiative de l'équipe référente).

Prévention des ruptures de prise en charge (chapitre 5)

N° 24 Des dispositifs sont mis en place pour prévenir les éventuels oublis de rendez-vous (rappel des RDV).

En cas de non venue du patient, l'équipe met tout en œuvre pour le joindre afin d'identifier les raisons. Cette non-venue est tracée dans le dossier patient.

L'entourage et l'équipe impliquée dans sa prise en charge sont sollicitées et disposent d'un numéro à joindre en cas de signes d'aggravation du patient.

En cas de démarches infructueuses pour recontacter le patient, il est préconisé une réflexion en équipe pour évaluer sa situation.

Il est préconisé de remettre au patient un document comportant un ou plusieurs numéros de téléphone à joindre en cas de problèmes rencontrés, ou de dégradation de son état (ex : outil n° 3 livret patient en annexe).

Hospitalisation à la demande du patient (chapitre 5.3)

N° 25 Les hospitalisations à la demande du patient doivent être formalisées dans le dossier patient. Elles sont de courte durée, en lieu ouvert, et impliquent une modification substantielle du PDS si elles n'y sont pas prévues. Si leur durée est de plus de 8 jours, elles sont considérées comme une réintégration en hospitalisation complète sans consentement.

Dans tous les cas, un certificat de situation est rédigé à la date d'entrée en hospitalisation indiquant la demande du patient et les éléments cliniques justifiant cette hospitalisation.

Des demandes réitérées de soins hospitaliers, de la part d'un patient en PDS, doivent rapidement conduire l'équipe référente à s'interroger sur l'intérêt de la poursuite des soins sans consentement.

Réintégration du patient en hospitalisation complète sans consentement (chapitre 5.4)

En cas de dégradation importante de l'état de santé du patient, le patient peut être réintégré en hospitalisation complète sans consentement. Il s'agit de la poursuite de la mesure initiale de soins sans consentement dont seule la forme est modifiée.

N° 26 L'établissement dispose d'une procédure/d'un protocole décrivant les différentes étapes à suivre :

En première intention l'équipe référente tente de raccompagner le patient à l'hôpital.

Le recours aux forces de l'ordre n'intervient qu'en dernier recours ou en fonction de l'état clinique du patient et en coordination avec l'équipe référente.

Après son arrivée au sein de son établissement de santé, le patient bénéficie d'une évaluation psychiatrique et somatique dans les meilleurs délais. Cet examen clinique donne lieu à la rédaction d'un certificat de situation actant la ré-hospitalisation et la date de son arrivée.

Dès lors que la durée prévisionnelle de l'hospitalisation est susceptible de dépasser 12 jours, le JLD est saisi, au plus tard le 8e jour de la réintégration, aux fins de contrôle de la régularité de la mesure.

Si la durée de l'hospitalisation est inférieure à 12 jours, en fonction de l'état clinique du patient, il peut être procédé à la levée des soins sans consentement ou à la mise en place d'un nouveau PDS.

Quelle que soit la durée de l'hospitalisation, il est nécessaire de prévenir la personne de confiance et/ou le proche, la personne en charge de la protection juridique du patient, et les différents acteurs qui participent à sa prise en charge, dans le respect du secret professionnel.

Dispositifs spécifiques de réponse aux urgences psychiatriques (chapitre 5.5)

N° 27 Il convient de mettre en place :

- sous l'égide de l'ARS, une convention multipartite avec les différents acteurs du territoire pour répondre aux urgences psychiatriques ;
- au niveau local, une convention entre l'établissement de santé, les forces de police, la justice, pour prévoir l'intervention des forces de l'ordre en soutien des soignants dans une situation d'urgence.

Parcours de santé de la personne en PDS (chapitre 6)

N° 28 Le PDS est une étape du parcours de santé du patient, l'objectif étant un retour vers des soins librement consentis, puis un rétablissement du patient.

N° 29 La continuité des soins doit être assurée entre l'équipe intra-hospitalière et extra-hospitalière.

N° 30 Une coordination entre les acteurs sanitaires (équipe référente de secteur psychiatrique responsable du suivi du PDS, médecin traitant, infirmier libéral etc.) est préconisée ainsi qu'avec les acteurs du secteur social et médicosocial (Samsah/foyers postcure, établissement social et médicosocial). Le parcours fait intervenir différents acteurs complémentaires (lien schéma des acteurs).

Les informations échangées et partagées sont strictement nécessaires à la prise en charge, dans le respect du secret professionnel. L'échange et le partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social sont réalisés selon le cadre établi par les textes (art. L.1110-4 du CSP et art. R.1110-1 et suivants du CSP).

N° 31 La coordination avec le médecin généraliste est centrale pour le suivi somatique du patient.

N° 32 Les informations partagées avec la personne de confiance ou le proche entourage doivent être autorisées par le patient.

N° 33 Il est préconisé :

- la recherche de l'implication du patient tout en visant une co-construction progressive avec lui des étapes de son parcours de santé ;
- l'échange ou le partage d'informations est, dans la mesure du possible aussi, réalisé par l'intermédiaire du patient L'objectif est qu'il soit acteur de ses soins ;
- la recherche systématique avec le patient des partenaires impliqués dans son suivi ;
- la mise en place de pratiques partenariales entre l'Etablissement psychiatrique et ou assurant une activité de psychiatrie et les ESMS/Samsah/SAVS/CPTS/maisons et centres de santé/équipes de soins primaires ;
- la mise en place de formations croisées rassemblant des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux participant aux soins et à l'accompagnement social et médico-social des patients, en associant également des associations d'usagers et de familles.

Accompagnement et information du patient (chapitre 7)

N° 34 Un soutien et un accompagnement sont proposés au patient par l'équipe référente pluriprofessionnelle tout au long du PDS. Il se traduit par une information claire à lui délivrer, un dispositif d'appui en cas de difficultés, permettant l'instauration progressive d'une alliance thérapeutique.

N° 35 Le psychiatre informe le patient, présente et discute avec lui des soins proposés.

L'information donnée au patient par l'équipe référente porte sur les objectifs du programme, les modalités de soins choisies, les droits du patient et les voies de recours, les conséquences de l'évolution de son état de santé et du non-respect du PDS, les rôles des différents intervenants, la conduite à tenir en cas de difficultés, le planning des RDV. L'information donnée est adaptée aux besoins spécifiques du patient.

N° 36 Un document écrit est remis au patient (ex. : livret patient outil n° 1).

N° 37 L'équipe s'assure de la bonne compréhension par le patient du programme et de ses implications.

N° 38 Son avis et ses observations sont recueillis et tracés dans le dossier du patient, ainsi qu'à chaque étape de mise en œuvre ou d'évolution du PDS : initiation, maintien, modifications et levée du PDS.

Importance de l'alliance thérapeutique (chapitre 7)

N° 39 Le patient est considéré comme un acteur de ses soins. Tous les moyens de recherche de son adhésion sont utilisés et une amorce d'alliance thérapeutique est recherchée avant la mise en œuvre du PDS.

N° 40 L'alliance thérapeutique se construit dès l'hospitalisation et doit se renforcer progressivement. Elle se base sur la recherche de l'implication progressive du patient dans son PDS.

N° 41 Des référents sont identifiés pour le patient (psychiatre référent et infirmiers référents).

N° 42 Des repères temporels relatifs à la réévaluation du PDS sont indiqués au patient.

N° 43 Lorsque l'état du patient est stabilisé, une démarche préventive visant à prévenir les rechutes est proposée et discutée avec le patient : le plan de prévention partagé (ex : outil 2) (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie).

N° 44 Les séances d'éducation thérapeutique et de psychoéducation peuvent contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique.

1. Objectifs, principes, cibles du guide

1.1. Objectifs du guide

Ce guide se situe dans un contexte de diversité des pratiques professionnelles. Il soulève des problématiques juridiques et éthiques. Il aborde la place du PDS dans le parcours de santé et vise à répondre aux questionnements des professionnels et des usagers quant à la finalité et la mise en œuvre du PDS.

Il concerne la psychiatrie adulte, et ne traite pas des soins pénalement ordonnés ni du cas des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (art. L. 3214-1 II du Code de la santé publique (CSP)).

Le guide s'appuie sur les pratiques cliniques existantes des professionnels engagés dans ce domaine.

Les objectifs du guide sont de :

- permettre la meilleure prise en charge possible des personnes bénéficiant de soins psychiatriques sans consentement ouverts sur l'extérieur (ambulatoires, temps partiels, alternatives au temps plein…) ;
- mettre à la disposition des professionnels des repères et des outils pour la mise en œuvre et le suivi des patients en PDS ;
- renforcer l'information et l'implication des acteurs ambulatoires des secteurs sanitaire, médico-social et social associés.

1.2. Principes

Les principes retenus pour la mise en place du PDS sont les suivants :

- une approche clinique centrée sur les objectifs de soins ;
- le programme n'est qu'une étape, la plus courte possible selon la clinique, du parcours de santé s'inscrivant dans un parcours de vie de la personne ;
- une préoccupation constante du respect de la dignité de la personne, de son implication et de la recherche de son adhésion visant l'alliance thérapeutique[2] et le maintien de la continuité des soins ;
- une approche « préventive » pouvant aller progressivement jusqu'à l'élaboration avec le patient d'un « plan de prévention partagé » (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie) ;
- la coordination étroite avec l'ensemble des acteurs ambulatoires concernés par la prise en charge et/ou l'accompagnement du patient visant au maintien de la continuité des soins.

En pratique, le guide contient :

- des repères pour les professionnels pour le recours et la mise en œuvre d'un PDS et son suivi ;
- des outils (pratiques, d'autoévaluation…) ;
- l'analyse de l'état des lieux existant, aux plan national et international, en s'appuyant sur les bonnes pratiques identifiées sur le terrain et en pointant les leviers et les obstacles.

[2] L'alliance thérapeutique peut se définir comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (3).

1.3. Cible du guide

Il s'adresse aux équipes de psychiatrie assurant des soins sans consentement, aux directeurs d'établissement assurant une activité de psychiatrie, aux professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médicosocial et social (Samsah/SAVS, foyers post cure, etc.) intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, aux représentants des patients, aux représentants des familles. Il s'adresse aux professionnels libéraux participant à la prise en charge de ces patients en PDS comme les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens d'officine, etc.

Les outils de ce guide s'adressent également aux patients.

Le guide intéresse pour information les juges des libertés et de la détention (JLD), les préfets et les maires, les conseils locaux de santé mentale (CLSM). etc.

1.4. Un guide dans la continuité des travaux de la HAS

Le guide proposé s'intègre aux travaux déjà engagés par la HAS, dans le cadre du « Programme psychiatrie et santé mentale », qui a débuté en 2013, et dont la continuité est assurée pour la période 2018-2023. Le guide trouve sa place dans le premier thème « Droits et sécurité du patient en psychiatrie » (4).

De fait, ce guide se situe dans la continuité des différents travaux de la HAS :

- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Conférence de consensus (5),
- Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique (6),
- Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique (7),
- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique (8),
- Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique (9),
- 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. Fiche mémo (10),
- Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide (11).

Pour la HAS, il existe un fil rouge commun à l'ensemble de ces travaux :

- en termes d'objectifs, il s'agit d'améliorer la continuité des prises en charge, de fluidifier le parcours du patient, de prévenir les ruptures de soins, de faciliter la réinsertion à travers la réhabilitation psychosociale et d'éviter la stigmatisation des personnes, tout en visant tout le long du parcours l'alliance thérapeutique et l'implication active du patient ;
- en termes de valeurs partagées, dans la continuité des travaux autour de l'éthique et de la bientraitance, il s'agit de respecter le patient et reconnaître sa maladie, de respecter ses libertés individuelles, de viser une relation de confiance avec lui, favorisant l'alliance thérapeutique,

d’assurer une sécurité et une continuité des soins. Il s’agit aussi d’établir une relation de confiance avec les familles et les proches, de viser l’esprit d’équipe et une coordination intra et extra hospitalière, de chercher un soutien institutionnel et un investissement de la gouvernance au soutien des équipes.

2. Contexte et constat

2.1. Contexte législatif français

En France, une première loi adoptée le 30 juin 1838 a institué la notion de soins sous contrainte en psychiatrie. Il s'agit de la loi Esquirol sur les « Aliénés » qui introduit une reconnaissance légale de la prise en charge des troubles psychiatriques.

Cette loi précisait deux modalités de soins avec les placements volontaires, admissions demandées par un membre de la famille, et les placements d'office ordonnés par l'autorité publique. Ces modes de prises en charge prévoyaient uniquement des possibilités de sorties définitives, jusqu'à la parution de la circulaire du 4 juin 1957. Ce texte a ouvert la possibilité de sorties d'essai permettant, de fait, les premières prises en charge extrahospitalières sans consentement, limitant ainsi la durée des hospitalisations complètes, et de faire sortir progressivement de l'hôpital nombre de malades mentaux au début de la désinstitutionnalisation.

Puis 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, a prévu deux modes d'hospitalisations sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) , et l'hospitalisation d'office (HO), tout en légalisant les sorties d'essai et l'hospitalisation libre (12).

Enfin, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 (2), révisée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (13), a modifié les dispositions relatives aux soins sans consentement. Elle a introduit au côté de l'hospitalisation complète une nouvelle forme de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement : les programmes de soins psychiatriques. Elle a reformulé également un autre mode d'admission : les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) pour la santé ou la vie de la personne, s'il est impossible de recueillir la demande d'un tiers. Elle a mis en place un contrôle systématique des hospitalisations complètes sans consentement d'une durée susceptible de dépasser douze jours, par le juge des libertés et de la détention (JLD), lequel contribue de la sorte à garantir les droits fondamentaux des personnes en soins sans consentement.

Ces évolutions légales dessinent aujourd'hui un paysage institutionnel et juridique particulièrement complexe vis-à-vis duquel les membres du groupe d'experts ont relevé des difficultés dont il conviendrait que le Conseil national de santé mentale soit saisi dans le cadre des attributions qui sont les siennes.

2.2. Contexte international

Au plan international, les soins psychiatriques extra hospitaliers sans consentement sont utilisés dans de nombreux pays (75 juridictions) (14). Ce sont les pays de l'Europe du nord qui les ont initiés, puis les pays anglo-saxons. Ils ne sont pas mis en place de la même façon selon les pays et ne sont pas superposables au contexte français. Ils ont suscité de nombreux questionnements lors de leur instauration, sur le plan de leur efficacité, sur le plan éthique, juridique et sociétal. Les travaux de recherche sont, à ce jour, peu développés en France. Des travaux de recherche de hauts niveaux de preuve existent au plan international (essais contrôlés randomisés, revues systématiques, revues *Cochrane*, méta-analyses), notamment dans les pays anglo-saxons. Ces travaux ne permettent pas de démontrer de réelles preuves d'efficacité de ces programmes ambulatoires ou assimilés, sur le plan de la qualité de vie, du fonctionnement social, ou sur le plan de la durée de séjour et du taux de ré hospitalisions. Une étude souligne une diminution, pour le patient, du risque d'être victime de violence (15). Enfin, il

existe de nombreuses études relatives aux programmes de traitement de proximité et de suivi intensif (en anglais *Assertive Community Treatment* (ACT) et *Program of Assertive Community Treatment* (PACT)). Ils n'ont pas été développés dans l'analyse bibliographique de ce travail, car ils sont trop éloignés du dispositif d'accompagnement actuel français (cf. annexe recherche et analyse bibliographique).

2.3. Données épidémiologiques

D'après une enquête réalisée par l'IRDES (16), il a été estimé qu'en 2015, sur une population de 1,7 million de personnes suivies en établissements psychiatriques publics et privés autorisés en psychiatrie, 92 000 personnes ont été prises en charge en soins sans consentement en psychiatrie (soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie) dont 37 000 personnes dans le cadre de ces programmes de soins psychiatriques (2,1 % de l'ensemble des patients suivis). La même enquête précise que les hospitalisations à temps plein en soins sans consentement représentent 24 % des admissions et qu'environ 40 % de ces patients hospitalisés sans consentement, ont bénéficié d'un PDS à l'issue de leur séjour.

Il est constaté une augmentation du nombre de personnes bénéficiant de ces prises en charge.

D'après l'Atlas de la santé mentale en France en 2018, près de 96 000 personnes ont été concernées par des soins sans consentement et plus de 42 000 ont été suivies dans le cadre d'un programme de soins (17)**.**

Cette hausse s'explique par plusieurs facteurs dont l'extension de la durée de soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre de ces programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Ce dispositif de soins pour péril imminent peut être utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'isolement social et d'urgence. Il impose d'expliquer précisément l'existence d'un péril imminent pour la santé du patient et la recherche du tiers. Cependant il est déployé de façon disparate selon les territoires.

D'après les études (14, 16, 18-21), les patients en PDS souffrent de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques dont la schizophrénie ou troubles schizophréniques, psychose paranoïaque délirante, troubles délirants, et troubles graves de l'humeur…). Ils sont majoritairement masculins. Ils sont dans l'impossibilité de consentir aux soins (ex : discernement altéré et non conscience de leurs troubles) et nécessitent des soins et une surveillance régulière.

Enfin, il est important de noter que la diminution de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques est de 16 ans en moyenne chez les hommes et de 13 ans chez les femmes (22).

2.4. Problématiques identifiées à partir d'enquêtes « terrain » et de l'analyse bibliographique

Plusieurs problématiques relatives au PDS ont pu être identifiées à partir :

- de la réalisation d'enquêtes préalables sur le terrain auprès des patients, de leurs proches et des professionnels ;

- d'une analyse bibliographique au plan français et au plan international (cf. analyse bibliographique).

L'objectif des enquêtes était de cerner les besoins et attentes des personnes, de leurs familles, des professionnels, et de prendre connaissance de l'état de lieux des pratiques. Ces enquêtes ont été

réalisées par 4 organisations : Ascodocpsy (Réseau documentaire en santé mentale), l'Anrqpsy (Association nationale des responsables qualité en psychiatrie), la Fnapsy (Fédération nationale des patients en psychiatrie), et l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques).

Ces enquêtes ont permis de prendre en compte le point de vue des patients, des familles et des professionnels exerçant en établissement psychiatrique et de santé mentale (cf. annexe n°4 pour le résultat des enquêtes).

Le résultat de ces enquêtes et son croisement avec l'analyse bibliographique ont permis d'identifier une diversité des pratiques professionnelles, une nécessaire articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, et des problématiques juridiques et éthiques.

2.4.1. Diversité des pratiques professionnelles

Certaines équipes mettent en place ces programmes, d'autres les utilisent peu, voire refusent cette modalité thérapeutique. Leur mise en place varie selon les praticiens et selon les secteurs, d'où la nécessité d'informer les équipes sur ce choix. Une étude (23) relève également un problème de consensus sur les **indications** de tels programmes.

La durée et les modalités de ces programmes soulèvent aussi de nombreuses questions :

- pour certaines pathologies (ex : trouble délirant persistant paranoïaque), une durée prolongée peut être parfois nécessaire. La durée des programmes pose aussi la question de la rédaction des certificats justifiant ce maintien en PDS (certificats parfois sensiblement identiques d'un mois à l'autre) ;
- il est aussi constaté des programmes de soins tellement contraignants qu'ils se rapprochent d'une hospitalisation complète sans consentement qui échapperait au contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (cf Cour de Cassation du 4 mars 2015, req. n°14-17824).

Le constat de cette variabilité des pratiques conduit ce guide à faire différentes préconisations. Des préconisations relatives aux modalités **de fin d'un PDS** sont nécessaires (à quel moment mettre fin à un PDS ? comment ? quels critères pour mettre un terme à ces programmes ? l'alliance thérapeutique est-elle bien instaurée ? rédaction/contenu du certificat médical ? nécessité de voir le patient etc.).

Le rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux » du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (24) pointe également certaines difficultés, pour le patient, de sortir d'un programme de soins, en évoquant le risque qu'il puisse être pérennisé dans son statut de malade mental et souvent « oublié ».

La question de **l'alliance thérapeutique**[3] (cf chap 7) sera centrale dans ce travail, dans un objectif d'accompagnement, de soins et non de contrôle de la personne. Elle conditionne le suivi du programme, et l'observance du traitement.

[3] L'alliance thérapeutique peut se définir comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (3).

2.4.2. Problématiques juridiques et éthiques

Il existe un paradoxe : aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins (art. L. 3211-2-1 III du CSP). Le patient en PDS peut ne pas respecter les modalités de suivi prévues dans le programme de soins qui lui a été proposé (ne pas honorer ses rendez-vous, ne pas venir à l'hôpital de jour, refuser son injection retard...).

Le programme de soins peut être imposé au patient, mais il est illégal de le faire exécuter par la contrainte, ce qui signifie que la mise en œuvre des programmes de soins exige implicitement une forme d'adhésion de la part du malade[4] .

Le praticien s'efforce de rechercher l'adhésion aux soins du patient, de l'informer régulièrement sur la nécessité du suivi et les risques encourus en cas de rupture de soins, notamment sur la possibilité de rechute et de réintégration en hospitalisation complète sans consentement, en fonction de son état clinique.

En cas de rupture de prise en charge, la question de la **réintégration des patients** dans les soins peut soulever de nombreuses difficultés. Lorsqu'une ré hospitalisation est décidée, il existe des modalités de réintégration qui peuvent la faciliter (sollicitation du Samu, équipe mobile en psychiatrie, déplacement de l'équipe du CMP ou de l'hôpital à domicile, dispositifs régionaux de réponses aux urgences, …), or elles sont encore mal connues des professionnels.

Les programmes de soins soulèvent des problématiques en termes de libertés individuelles pour les patients. La notion de contrainte en situation extrahospitalière ou ambulatoire peut rester difficile à appréhender pour le patient.

La responsabilité des établissements, des directeurs et des psychiatres peut être engagée en cas de mise en place d'un PDS (décision de mettre fin à une hospitalisation complète), et lors de la levée d'un PDS (retour à des soins librement consentis).

Contrairement à l'hospitalisation complète sans consentement, le juge des libertés et de la détention (JLD) n'intervient pas systématiquement dans le contrôle des programmes de soins. Cependant, il peut intervenir sur saisine (du patient, du représentant légal, du conjoint, de la personne qui a sollicité les soins sans consentement, de la CDSP…) dans le cadre d'une demande de levée de la mesure (art. L 3211-12 CSP. V en ce sens par ex. Cass. Civ. 30 septembre 2020 n° 19-20.597).

Dans certains cas, les logiques juridiques (respect des libertés individuelles), de protection de l'ordre public (poursuivies par le préfet, le maire) et médicales (respect du bon suivi du traitement, arguments cliniques) peuvent être en contradiction. Il peut parfois être constaté une absence de communication ou de compréhension entre ces parties.

Il est important de rappeler que la psychiatrie est une discipline médicale qui soigne les troubles psychiques et mentaux. Elle ne peut être utilisée à des fins de contrôle social. Les mesures privatives de

[4] La loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge rappelle qu'« aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard du patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins » (13) (article L.3211-11 du CSP et article R.3211-1 du CSP)

liberté, qui peuvent s'avérer nécessaires à un certain moment du parcours de soins, doivent être exclusivement justifiées par la symptomatologie clinique, et rester limitées dans le temps pour privilégier des soins librement consentis, dès que possible.

2.4.3. Parcours de santé au sens large et articulation des secteurs sanitaire, médicosocial et social.

Un programme de soins ne doit s'envisager que comme un moment particulier d'une prise en charge, avec la perspective d'un retour dès que possible à des soins librement consentis.

La coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne est nécessaire pour améliorer le suivi du patient : coordination entre l'équipe de psychiatrie, les différents acteurs ambulatoires, les acteurs de l'addictologie, le médecin traitant, et les professionnels des secteurs médicosocial et social (25). Il existe des risques de rupture de prises en charge (non-venue du patient à une consultation, non-prise des traitements médicamenteux, suivi plus difficile). La prise en charge en PDS est initiée par le psychiatre de l'établissement de santé à la sortie d'une hospitalisation sans consentement.

La sortie d'hospitalisation est une étape déterminante dans la mise en place du programme de soins sans consentement. Elle nécessitera une préparation particulière comme la garantie d'un domicile, l'information des professionnels, la prise en compte des aidants, la coordination avec le médecin généraliste et son implication.

Le programme de soins fait intervenir de **multiples acteurs** dont les rôles sont parfois mal connus par les professionnels et les patients : les professionnels de santé, les directeurs d'établissements assurant une activité de psychiatrie, les juges des libertés, les représentants de l'Etat, les associations de patients en psychiatrie, les établissements et services des secteurs médicosocial et social, les aidants familiaux, la commission départementale des soins psychiatriques…

Enfin, il est parfois constaté **une information insuffisante des patients** (26) soignés dans le cadre de PDS.

3. Définition et objectifs du programme de soins psychiatriques

3.1. Définition

Le programme de soins psychiatriques (PDS) est une modalité thérapeutique permettant une alternative à l'hospitalisation complète. Il s'inscrit dans le parcours du patient comme une étape possible entre une hospitalisation sans consentement et des soins librement consentis.

Le PDS est matérialisé par un document écrit, formalisé après un entretien avec le patient et le recueil de son avis. Il est établi par le psychiatre de l'établissement de santé d'accueil, à l'égard de patients admis en soins psychiatriques sans consentement, à l'issue d'une période d'hospitalisation complète. Il est ainsi destiné à des patients, nécessitant, hors hospitalisation complète, des soins et un suivi clinique réguliers, temporairement impossibles à réaliser dans le cadre de soins librement consentis, en raison d'une insuffisante adhésion à ces soins, du fait même de la pathologie psychiatrique présentée (art. L. 3211-2-1 et R. 3211-1 du CSP).

La capacité du patient à consentir peut être évaluée à partir des cinq dimensions suivantes (6) : capacité à recevoir une information adaptée ; capacité à comprendre et à écouter ; capacité à raisonner ; capacité à exprimer librement sa décision ; capacité à maintenir sa décision dans le temps.

Le programme précise les types de soins, leurs lieux de réalisation et leur périodicité (art. R. 3211-1 du CSP).

Selon l'état clinique du patient, il peut contenir des consultations en milieu ambulatoire en centre médico-psychologique (CMP), des rendez-vous en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des séjours hospitaliers en hôpital de jour ou de nuit (avec cependant une proportion majoritaire du nombre de nuits et de jours en dehors de l'hôpital), des soins/hospitalisations à domicile, et/ou des soins de groupes, des consultations en addictologie, des entretiens soignants, des épisodes d'hospitalisations courtes, des séjours en appartements thérapeutiques ou associatifs, ou encore en établissements de post cure, avec aussi la possibilité d'un suivi social. etc.

3.2. Objectifs et finalité du programme de soins

L'objectif général d'un PDS est de proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortant d'hospitalisation complète sans consentement, et nécessitant une surveillance médicale régulière (et non plus constante). Le PDS permet à la personne de réintégrer la vie en société avec un suivi rapproché par l'équipe psychiatrique référente. Ce suivi peut être renforcé par les différents professionnels dans le cadre d'une coordination ville-hôpital.

Le PDS nécessite une préparation importante pour sécuriser la sortie d'hospitalisation du patient et l'observance médicamenteuse. Il nécessite un accompagnement du patient et un suivi régulier. A travers ce suivi, le programme vise à établir une alliance thérapeutique forte avec le patient en évitant toute stigmatisation de ce dernier.

Ses finalités sont de limiter autant que possible, et en fonction de l'état clinique du patient, la durée des hospitalisations sans consentement et de favoriser les soins dans la cité, d'améliorer le suivi et la continuité des soins et des services, pour prévenir les ruptures de prise en charge et les rechutes du patient.

Le PDS est évolutif et s'envisage comme un moment particulier de la prise en charge de ces patients dans une perspective de stabilisation, de réhabilitation psychosociale, et de rétablissement. Il s'appuie sur une articulation entre les secteurs sanitaire (intra/extra hospitalier, acteurs ambulatoires), médico-social et social.

Ce programme s'inscrit donc, dans une logique de parcours de santé, l'objectif étant qu'il soit transitoire, permettant à terme un retour progressif à des soins consentis, « libres », dans une optique de rétablissement et de guérison du patient.

Le PDS ne peut constituer une fin en soi. Il est limité dans le temps et s'inscrit dans un projet de soins personnalisés[5]. Il est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'évolution de l'état clinique du patient.

[5] Haute Autorité de santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi (27)

4. Étapes de mise en œuvre d'un PDS

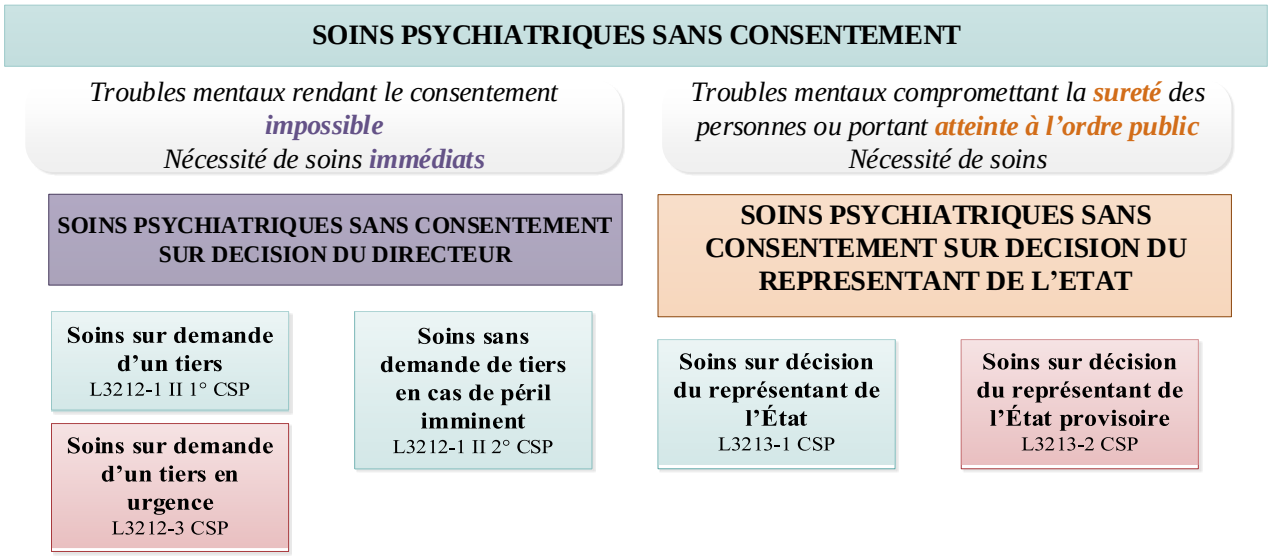
4.1. Avant le PDS

Un PDS est précédé nécessairement d'une hospitalisation complète en soins sans consentement. Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement, quel que soit le mode d'admission, elle fait préalablement l'objet d'une période initiale d'observation et de soins d'au maximum 72 heures (sa durée pouvant donc être moindre). Cette période d'observation donne lieu à la production de deux certificats rédigés par un psychiatre : un certificat de 24 h et un certificat dit de 72 h[6].

Dans les 72 heures après l'admission en hospitalisation, le psychiatre hospitalier va se prononcer soit sur la levée des soins sans consentement, soit sur la poursuite de la mesure avec la possible mise en place d'un PDS. Si les soins sans consentement sont levés, le patient peut quitter l'hôpital ou accepter une hospitalisation libre.

En cas de soins à la demande d'un tiers (SDT) ou de péril imminent pour la santé de la personne, alors qu'il est impossible de trouver un tiers (SPI), pour des situations particulières comme les patients en situation de précarité, c'est le directeur de l'établissement qui prononce l'admission en soins sans consentement. Dans le cadre d'une admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), le maire (ou le commissaire de police à Paris) peut engager une mesure provisoire, mais c'est le préfet qui prononce la mesure (art. L.3213-2 du CSP).

Cette admission en soins sans consentement donne lieu à une notification de décision remise au patient (soit une décision d'admission du directeur d'établissement, soit un arrêté préfectoral, soit un arrêté municipal confirmé par un arrêté préfectoral), et à une information à intervalles réguliers quant au maintien de la mesure (cf chapitre 7).



[6] Article L3211-2-2 du CSP : « Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article ».
« Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-2 du CSP et, le cas échéant, le programme de soins. »

4.2. Indications et contre-indications relatives au PDS

Certaines indications cliniques ou contre-indications peuvent guider le psychiatre dans son choix de recourir ou non au PDS.

4.2.1. Indications

Lorsque le patient nécessite une surveillance médicale régulière (et non plus constante), et en fonction de certaines indications listées ci-dessous, un PDS peut être prescrit par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Le recours aux soins sans consentement en psychiatrie peut être indiqué, à partir d'éléments cliniques, lorsque la conscience du trouble ou du besoin imminent de soins est altérée et que le patient présente des **troubles psychiatriques sévères**.

Le PDS peut s'adresser à des patients hospitalisés sans consentement présentant des pathologies psychiatriques à évolution chronique ou des troubles psychiatriques sévères comme : des épisodes psychotiques, troubles schizophréniques, troubles délirants, troubles bipolaires, troubles graves de l'humeur, troubles graves de la personnalité.

Un PDS peut être proposé à des patients présentant des situations cliniques à risque telles que :

- les moments féconds (réactivation d'une pathologie) ;
- les ruptures de soins à répétition[7] ;
- une mauvaise observance thérapeutique, source de rechutes à la sortie d'hospitalisation ;
- une répétition d'hospitalisations ou de conduites à risque (dont les conduites addictives associées à des troubles psychiatriques…).

Selon la situation clinique, les éléments suivants sont à prendre en compte pour la mise en place d'un PDS. Il s'appuie sur l'ensemble des compétences de l'équipe pluriprofessionnelle psychiatrique référente dans ses composantes sanitaire, sociale et médico-sociale.

Les facteurs à prendre en compte sont :

- une amorce d'alliance thérapeutique et d'adhésion aux soins proposés ;
- le parcours de soins antérieurs du patient (ré hospitalisations à répétition, syndrome de la porte tournante, problèmes d'observance médicamenteuse, plusieurs séjours en hospitalisation sans consentement, …) ;
- le niveau d'autonomie du patient ;
- le niveau de compréhension du patient, sa capacité à adhérer (6) ;
- le bilan social/familial du patient. Il comprend les conditions de vie du patient telles que : l'entourage rapproché du patient, sa situation familiale (vie en couple, célibat, isolement, présence de mineurs au foyer, etc), ses ressources, son logement, sa situation de protection juridique tutelle/curatelle, autres éléments éventuels. Ce bilan inclut l'accompagnement social et médicosocial dont il bénéficie éventuellement.

En fonction de ces différentes caractéristiques cliniques, sociales et environnementales, une analyse régulière de la balance bénéfices/risques est effectuée par le psychiatre prescripteur tout au long du parcours de soins.

---

[7] **Recommandation n° 57. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique** « Certains patients sont connus pour s'inscrire en rupture de soins à répétition. Plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence, il peut-être nécessaire de poursuivre des soins sans consentement en ambulatoire. » (7)

4.2.2. Contre-indications, précautions d'usage, points de vigilance

Un PDS n'est pas indiqué :

- si le patient consent aux soins et est engagé activement dans un suivi clinique, auquel cas il y a lieu de lever la décision de soins sans consentement ;
- ou si le patient a encore besoin de soins (au vu d'un état clinique instable) et d'une surveillance médicale constante, auquel cas il y a lieu de poursuivre l'hospitalisation à temps complet.

De plus, certaines caractéristiques de la situation clinique ou sociale du patient s'avèrent incompatibles avec la mise en place du PDS :

- pour des pathologies ou troubles non psychiatriques notamment, des patients ayant des troubles cognitifs ou neurodégénératifs majeurs entravant leur capacité à consentir (état démentiel, etc.) ;
- en cas de désaccord sur le traitement médicamenteux et d'un risque élevé de non-observance. Il conviendra alors de rechercher au préalable avec le patient le traitement qu'il pourrait le mieux accepter ;
- pour les patients en soins pénalement ordonnés ou les personnes détenues atteintes de troubles mentaux (art. L. 3214-1 II du CSP) ;
- lorsque le patient ne dispose pas d'un hébergement pérenne ou semi-pérenne (ex. : sans domicile fixe, migrant, autres). Si sa situation clinique nécessite un PDS, il convient d'évaluer sa situation sociale et de rechercher, au préalable, un hébergement qui permettra le suivi extra-hospitalier, en lien avec des partenaires du champ social ou médico-social.

4.3. Préparation de la sortie d'hospitalisation et du PDS

La préparation de la sortie d'hospitalisation est une étape très importante et s'envisage dès l'admission du patient. Cette préparation **implique le patient et l'équipe pluriprofessionnelle référente du secteur (intra et extrahospitalière)** sous la responsabilité du psychiatre référent.

Il convient d'identifier systématiquement et d'associer à cette préparation :

- la personne de confiance, l'entourage proche, ou la personne chargée de la protection juridique du patient (après accord du patient) ;
- et le médecin généraliste traitant, véritable partenaire de la prise en charge, ainsi que l'ensemble des acteurs impliqués dans son parcours de santé (après information du patient et non-opposition de sa part).

Le bilan social et familial (cf. 4.2.1) est pris en compte pour préparer cette sortie. Il permet de prendre en considération les conditions de vie de la personne.

Le PDS est une étape pour accompagner et soutenir la poursuite des soins à la sortie d'hospitalisation.

Le temps de l'hospitalisation du patient et de la stabilisation de son état de santé, permet d'instaurer un **climat de confiance avec le patient** (amorce d'alliance thérapeutique).

Selon l'état clinique du patient, **des sorties de courte durée**[8] **(ou autorisations de sortie), accompagnées et/ou non accompagnées, peuvent précéder la mise en place du PDS.** Le psychiatre peut prescrire ces autorisations de sortie à l'extérieur de l'établissement, pour évaluer les capacités

[8] Art.L3211-11-1 du CSP

d'autonomie du patient et le respect des consignes. Cette étape préalable possible, mais non indispensable, permet alors un passage progressif entre l'hospitalisation complète et le programme de soins.

Lorsque le patient est encore en hospitalisation complète, et qu'il est susceptible de bénéficier d'un PDS, un plan de prévention partagé (28) peut être envisagé et préparé avec lui, si son état le lui permet. Ce plan permet de construire avec le patient des mesures à prendre en cas de mal-être ou de décompensation psychiatrique ou autres signes évocateurs d'une dégradation de son état de santé (cf. chapitre 7 et outil n° 2 en annexe).

Pour organiser la sortie du patient, **le psychiatre hospitalier s'assure de la continuité des soins avec l'équipe référente extrahospitalière qui prendra le relais** en CMP, en hôpital de jour ou en tout autre lieu de suivi. **Une rencontre avec un membre de l'équipe référente du suivi extrahospitalier est préconisée.**

Le psychiatre mobilise donc l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire en visant la coordination de la prise en charge. Il peut s'appuyer sur les **partenariats dans le champ sanitaire, mais également social et médico-social. Il convient d'échanger régulièrement avec le médecin traitant.** L'accès aux soins de proximité doit être favorisé grâce à l'équipe connaissant le patient et assurant la responsabilité de son suivi.

L'équipe référente s'assure ainsi que **l'ensemble de ces conditions soient favorables pour envisager la sortie du patient.**

4.4. Mise en œuvre d'un PDS

➔ Initiation du programme de soins

Le psychiatre transmet au directeur un certificat médical sollicitant la modification de la forme de la prise en charge des soins sans consentement instaurant un PDS. Il joint le PDS à ce certificat.

S'il s'agit d'une mesure de soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE), le directeur formalise la décision dans les meilleurs délais en joignant à celle-ci le PDS (art. L. 3211-2-2 et L. 3212-4 du CSP).

S'il s'agit d'une mesure de SDRE, le directeur transmet la demande dans les 24 heures au préfet de département (ou au préfet de police à Paris), qui statue dans un délai de 3 jours francs après réception de la demande (art. L.3213-1 du CSP) et décide de la forme de prise en charge en tenant compte de la proposition formulée par le psychiatre.

Si le préfet refuse le PDS, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui sollicite un deuxième avis médical (avis rendu par un autre psychiatre de l'établissement, au plus tard 72 heures après la décision du préfet). Si ce deuxième avis médical confirme le premier avis demandant le PDS, le préfet ordonne la mise en place du PDS. Il renvoie alors un arrêté préfectoral auquel il joint le programme de soins.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète, et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure (art. L. 3211-12 et art. L. 3213-9-1 II et III du CSP).

➔ Principes d'élaboration du PDS

Faisant suite à un entretien avec le patient, le PDS est établi en cohérence avec son projet de soins personnalisé.

Le patient doit être impliqué, le plus possible en fonction de la clinique, dans l'élaboration de son PDS dans un objectif de co-construction progressive.

La pertinence et le contenu du PDS sont discutés en réunion clinique d'équipe pluriprofessionnelle.

➔ Information du patient

L'élaboration du PDS nécessite une information par le psychiatre et le recueil formalisé de l'avis et des observations du patient tracés dans le dossier patient (cf. art. L. 3211-2-1 II et R. 3211-1-III du CSP).

Tous les moyens de recherche de l'adhésion du patient sont utilisés : temps nécessaire pour l'explication, questions/échanges avec le patient, demande de son accord, s'assurer de la compréhension du patient (reformulation, traduction si besoin…), s'efforcer de trouver un point d'entente sur le traitement médicamenteux, plan de prévention partagé (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie), accord sur une partie des soins et marge de manœuvre laissée au patient en fonction de l'état de santé dans une recherche d'alliance.

Le PDS s'inscrit comme une étape dans un parcours de soins. Le PDS est évolutif tout au long de son parcours de santé. Son **élaboration doit favoriser l'émergence progressive du consentement** du patient (cf. alliance thérapeutique chapitre 7).

L'information du patient est délivrée dans le cadre d'une approche bienveillante et d'un climat de confiance instauré avec lui. Il importe de rassurer le patient et de lui indiquer les dispositions mises en place, le traitement, les échéances, l'appui et l'accompagnement dont il pourra bénéficier.

Une amorce d'alliance thérapeutique est recherchée avant la mise en œuvre d'un PDS.

Le patient doit être informé, qu'en cas de dégradation de son état clinique et de non-respect du PDS, une réintégration en hospitalisation complète sans consentement peut être décidée par le psychiatre (art. R. 3211-1 III du CSP). Les conditions et l'organisation de cette éventuelle réintégration lui sont aussi explicitées.

Des échéances de réévaluation de la pertinence du PDS ont été réfléchies avec le patient (Article L3212-7 du CSP pour les SPDT et SPI et L. 3213-3 pour les SDRE). Ces échéances sont tracées, dans le dossier du patient.

A l'issue de ce temps d'information, **l'équipe s'assure de la bonne compréhension des informations transmises** (partie 7), **et le psychiatre rédige le PDS et le certificat de situation donnant lieu à une décision du directeur d'établissement ou à un arrêté préfectoral.**

La décision du directeur ou l'arrêté préfectoral est notifié au patient. Il reçoit une copie du programme de soins (art. R. 3211-1-V du CSP).

Il est préconisé que le patient signe la notification (souvent sous la forme d'un récépissé) attestant la remise des documents.

L'équipe référente psychiatrique informe le patient que, sauf opposition de sa part, les informations strictement utiles et nécessaires aux professionnels impliqués dans sa prise en charge seront partagées dans le respect du secret professionnel partagé (articles L. 1110-4 et R. 1110-1 et suivants du CSP).

➔ Information des proches et des acteurs impliqués dans la prise en charge

Le tiers à l'origine de la mesure en cas de SPDT ou SPDTU doit être systématiquement informé de la mise en place du PDS[9] .

Après accord du patient, **son entourage proche et/ou la personne de confiance reçoivent une information, par l'équipe référente, de la mise en place du PDS et de ses conséquences.** Les numéros de téléphone permettant de joindre l'équipe sont délivrés.

L'accord du patient est sollicité pour que l'équipe puisse les contacter en cas de problème ultérieur (en cas de patient injoignable par exemple, ou en cas de non venue aux RDV).

A sa sortie de l'établissement psychiatrique, le patient en PDS doit retrouver les acteurs des champs sanitaire et social qui assuraient son suivi, antérieurement à son hospitalisation. Ces acteurs doivent être identifiés, et sauf opposition du patient, informés de la mise en place du PDS dans le respect des règles du secret professionnel, pour que leurs actions coordonnées renforcent l'adhésion du patient au plan de soins.

Il importe de rappeler au patient l'importance de maintenir ses contacts avec ses proches, son médecin libéral, etc.

➔ Cas particuliers

Mise en œuvre d'un PDS, à la suite d'un différé de mainlevée de la mesure en hospitalisation complète par le JLD.

Le JLD peut, au vu des éléments du dossier, et par décision motivée, décider d'une mainlevée de la mesure en hospitalisation complète, avec un différé d'effet de 24h de cette main levée (art. L. 3211-12 et L. 3211-12 -I du CSP).

Ce différé peut permettre au psychiatre de proposer dans ce délai, la mise en œuvre d'un PDS. La décision du directeur ou l'arrêté préfectoral doit intervenir dans ce délai. Au terme de ce délai, la levée de la mesure en hospitalisation complète est acquise.

Mise en œuvre d'un PDS pour un patient en soins sans consentement **à la suite d'une irresponsabilité pénale**[10]

Dans ce cadre, l'avis du collège soignant doit être recueilli et transmis par le directeur au préfet (art. L. 3213-1 III du CSP).

Si le préfet entend refuser le programme de soins, il doit ordonner une expertise (art. L. 3213-3 IV du CSP).

Si l'expert confirme la proposition de PDS, le préfet prend un arrêté de PDS.

Si l'expert préconise le maintien de l'hospitalisation complète, le préfet en informe le directeur qui doit saisir le JLD qui doit statuer à bref délai (art. L.3213-3 IV 3 e alinéa du CSP).

---

[9] Article L3212-5 du CSP

[10] Pour les personnes faisant l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens (art.L3211-12 II du CSP)

4.5. Contenu, rédaction et modifications du PDS

Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité[11].

Le programme de soins précise les éléments suivants (29) (art. R. 3211-1 du CSP) : l'identité du psychiatre qui l'établit, l'identité du patient et son lieu de résidence habituel. Il précise si les modalités de prise en charge incluent une hospitalisation à temps partiel, des soins ambulatoires ou à domicile et/ou la prescription d'un traitement médicamenteux, la fréquence des soins, leur durée prévisible, ainsi que les divers lieux de prise en charge.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature, ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée (art. R.3211-1 du CSP).

Selon la situation clinique du patient, le PDS permet d'instaurer par exemple :

- des consultations médicales en CMP,
- un traitement médicamenteux,
- d'autres suivis en CMP (infirmiers, psychologues, etc…),
- des visites à domicile (infirmiers de secteurs ou d'équipes mobiles, infirmiers libéraux, assistant social),
- des séjours d'hospitalisation (à temps partiel, à temps plein de courte durée, hospitalisation de jour, de nuit),
- des accueils en CATTP,
- des suivis en soins à temps complet (appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile, …),
- des prises en charges en addictologie, etc

Le dispositif n'exclut pas de courts séjours d'hospitalisation à plein temps, mais ces séjours inscrits dans le PDS ne peuvent pas se faire alors sous la contrainte, et le patient peut demander à quitter l'hôpital. Si l'état clinique du patient impose une poursuite des soins, une hospitalisation sans consentement peut être envisagée (cf paragraphe 5.4).

De plus, le programme de soins peut prévoir certaines dispositions de suivi par l'équipe psychiatrique, dans un établissement ou service à caractère social ou médicosocial substitutif du domicile (comme un EHPAD par exemple). Dans ce cas, c'est l'établissement psychiatrique qui reste responsable du PDS.

Le PDS peut s'articuler avec d'autres interventions complémentaires à la demande du patient ou après son accord comme : des consultations chez un psychiatre libéral, un suivi chez un psychologue libéral, une psychothérapie, ou encore avec l'accompagnement médico-social d'un SAMSAH. Bien que ces interventions complémentaires ne figurent pas dans le PDS, une coordination entre des acteurs impliqués dans le parcours de santé doit être privilégiée. Dans ce cas, il est important de partager les informations nécessaires au suivi du patient et à la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel partagé. Ces soins et ces suivis ne font pas partie du périmètre du PDS et des mesures qui y sont rattachées.

[11] Art L.3211-2-1 du CSP

Quels que soient le nombre et le type d'intervenants dans un PDS, la responsabilité de son déroulement et les démarches associées (certificats, avis…) incombent au seul psychiatre assurant le suivi des soins sans consentement.

➔ Document remis au patient lors de sa sortie d'hospitalisation

La personne sortant d'hospitalisation complète et bénéficiant d'un PDS dispose des documents suivants :

- une copie du PDS ;

- la décision du directeur de l'établissement (en cas de SPDT ou en cas de SPI) ou l'arrêté préfectoral (en cas de SDRE) (art. R 3211-1 du CSP) ;

- son ordonnance comprenant son traitement médicamenteux ;

- la lettre de liaison détaillée (art. R. 1112-1-2 du CSP). Cette lettre est aussi transmise, le même jour, par le psychiatre au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1 du CSP, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical ;

-un document contenant : le planning/aide-mémoire pour les différents rendez-vous prévus, les différents numéros de téléphone permettant de joindre un membre de l'équipe référente de son PDS, un rappel de la définition du programme de soins et des droits du patient (exemple en annexe : outil n° 3 « livret d'information du patient »), un plan de prévention partagé (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie) si cela a pu être élaboré pendant l'hospitalisation.

➔ Modification du PDS

La mise en place d'un PDS s'envisage de manière pragmatique, pour garantir un cadre de soins précis et repérant, laissant la possibilité de modifications non substantielles (exemples : décalages des dates de rendez-vous en CMP, nombre de venues en hospitalisation de jour, etc.), n'impliquant pas un nouveau PDS.

Seules les modifications substantielles donnent lieu à la rédaction d'un nouveau PDS (exemples : changement de lieux de soins, passage d'un suivi en hôpital de jour à un suivi en CMP).

Ces modifications nécessitent, au préalable, l'information du patient et le recueil de son avis. Il est préconisé d'informer ses proches après accord du patient.

En cas de SDDE, le psychiatre peut modifier le PDS à tout moment, après information du patient et recueil de son avis. Le directeur entérine cette modification (art. R. 3211-1 III du CSP).

En cas de SDRE, toute proposition de modification substantielle du PDS est transmise au représentant de l'Etat (certificat médical circonstancié et nouveau programme de soins) (art. R. 3211-1-IV du CSP).

Le préfet peut cependant ne pas suivre cette nouvelle proposition de modalité de prise en charge (modification substantielle du programme).[12]

Dans cette situation, un contact entre les différents acteurs (psychiatre référent, directeur, préfet) est préconisé, pour trouver un point d'entente permettant de poursuivre la prise en charge du patient dans les meilleures conditions.

[12] FAQ : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reforme_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013.pdf

En cas de désaccord s'appliqueront les procédures prévues aux articles L. 3213-9-1 et L. 3213-3-IV du CSP.

4.6. Suivi du patient lors du PDS

➔ Importance du suivi rapproché au cours des premiers mois

Le suivi du patient est effectué par l'équipe pluriprofessionnelle référente du CMP ou l'équipe de la structure accueillant le patient (CATTP, HDJ, AFT, etc.). Les premiers rendez-vous, qui doivent être suffisamment proches en fonction de la pathologie du patient, sont très importants. Ils doivent être particulièrement investis par les soignants avec un temps adapté.

L'équipe hospitalière ayant accueilli initialement le patient transmet les informations nécessaires à la continuité des soins, à cette équipe extrahospitalière en charge du suivi.

Pour s'assurer d'un temps de consolidation après l'hospitalisation, il est important, **durant les premiers mois, de proposer un suivi rapproché** (7), **attentif du patient, et coordonné au plan sanitaire** (contacts réguliers directs et indirects autant que nécessaire, entretiens, téléphone, SMS, …), **médico-social et social** (hébergement, ressources, si besoin protection des biens…). En effet, durant cette période critique, le patient peut être confronté à des difficultés de réinsertion et de resocialisation.

Un suivi somatique est tracé dans le dossier patient (poids, constantes, etc.).

Le suivi de la prise en charge médicamenteuse est tracé dans le dossier patient.

L'état clinique du patient et l'observance, mais aussi la tolérance (iatrogénie) du traitement médicamenteux sont discutés et analysés en équipe. Cette évaluation pluriprofessionnelle en équipe est organisée régulièrement afin d'analyser collectivement l'évolution du patient, la nécessité d'adapter le PDS, les alternatives possibles, et la levée éventuelle du programme de soins.

Les éventuels effets indésirables du traitement sont régulièrement discutés avec le patient.

Afin de prévenir tout éventuel oubli des rendez-vous de suivi de la part du patient, il est recommandé de mettre en place des **rappels de RDV** (par SMS, par téléphone, par mail, à l'occasion des visites à domicile, autres moyens utilisés par le patient…).

> **À l'issue d'une période de 6 mois, il est préconisé une réévaluation globale et plus approfondie du programme de soins en fonction de l'état clinique du patient. Elle est tracée dans le dossier.**

Il convient d'évaluer sa pertinence, d'évaluer les effets du programme de soins sur le patient, en vue de l'adapter ou de lever la mesure de soins sans consentement.

L'état clinique du patient, l'observance médicamenteuse, le contexte social et familial, l'avis de l'équipe référente, et l'avis du patient sont pris en compte dans cette évaluation.

Si la mesure de soins sans consentement dure plus d'un an, le dossier est analysé en commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Par ailleurs, le collège des soignants doit se prononcer pour les patients en SDDE (art. L.3212-7 al. 3 du CSP). L'avis du collège est transmis, dans le respect du secret médical, à la CDSP.[13]

---

[13] Art L3212-7 du CSP
« [...] Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le

4.7. Levée d'un programme de soins et des soins sans consentement

La levée d'un programme de soins sans consentement (signifiant la fin de la mesure de soins sans consentement) est proposée par le psychiatre référent, après concertation avec l'équipe de suivi. La décision relève du directeur (SDDE) ou du préfet (SDRE).

Plusieurs critères sont pris en considération pour la levée : l'état clinique du patient, l'alliance thérapeutique établie, son adhésion aux traitements et suivis adaptés en fonction de sa demande.

La demande de levée du programme est discutée collégialement en réunion d'équipe en charge du suivi. Les conclusions de la réflexion ayant conduit à la levée du PDS sont **tracées dans le dossier** du patient afin que l'ensemble de l'équipe ayant pris en charge ce patient en soit informée (équipe intra et extra-hospitalière).

Cette demande de levée donne lieu à la **rédaction d'un certificat médical.**

Les acteurs impliqués dans le parcours du patient, dont le médecin traitant, sont informés de la levée de la mesure dans les meilleurs délais.

Si la législation prévoit une procédure de levée des soins sans consentement depuis une hospitalisation complète en SDRE, en cas de désaccord, entre le psychiatre et le préfet (art. 3213-9-1 déjà évoqué dans le paragraphe 4.4), elle ne prévoit pas explicitement le cas lorsque le patient est en programme de soins.

4.8. Évaluations des programmes de soins sans consentement

Évaluation institutionnelle

- **Il est préconisé qu'une évaluation institutionnelle soit réalisée chaque année** en commission médicale d'établissement (CME), à partir de différents indicateurs qualitatifs ou quantitatifs de suivi d'activité, par exemples :
  - le nombre de patients en soins psychiatriques sans consentement, la durée de ces soins,
  - le nombre de personnes prises en charge en PDS par mode légal (SDRE, SPI, SDT), et la durée moyenne des programmes ;
  - le taux de patients pris en charge en PDS dans la file active ambulatoire globale, et le taux de patients suivis librement en extrahospitalier ;
  - la répartition des levées de PSD selon le motif (levée des soins sans consentement à la demande du psychiatre, réintégration du patient en hospitalisation à temps complet à la demande du psychiatre, patients qui sont perdus de vue) ;
  - autres indicateurs plus qualitatifs.

  C'est l'occasion de recenser et d'analyser le nombre de PDS instaurés dans les 24 -heures après décision de levée d'hospitalisation sans consentement par le JLD, les refus de levée de SPDRE ou de mise en place de PDS par le préfet, les éventuelles saisines du CGLPL et/ou de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

---

patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible […] »

- Il est souhaitable que des **rencontres puissent être organisées au niveau local entre l'établissement de santé, le préfet, le JLD, le président de la CDSP et les avocats,** pour contribuer à fluidifier les démarches et les pratiques professionnelles dans le cadre du suivi des mesures de soins sans consentement.

Ces évaluations peuvent faire l'objet d'un retour d'information auprès des conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Evaluation des pratiques professionnelles

Une auto-évaluation des pratiques professionnelles relatives aux PDS est recommandée, notamment pour les patients en situation complexe. Ces démarches se mettent en **place à l'initiative de l'équipe référente**, et s'inscrivent dans le cadre d'une politique institutionnelle. Elles peuvent prendre plusieurs formes : groupes d'analyse des pratiques / réunions de concertation pluriprofessionnelles / patient traceur (cf. outil n° 1 en annexe).

Ces réunions peuvent associer d'autres confrères psychiatres et des membres de l'équipe psychiatrique du service ou de l'établissement de santé. Cette réflexion en équipe à l'initiative du psychiatre référent, permet de confronter le point de vue de l'équipe en charge du suivi du patient et celui d'autres médecins psychiatres et/ou d'autres soignants, sur une situation clinique particulière rencontrée **et d'aider à la prise de décision.**

Cette réflexion peut contribuer au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé et peut être valorisée dans le cadre de la certification des établissements de santé (grille patient traceur outil n° 1 intégrant la participation des usagers en annexe).

5. Prévention des rechutes et des ruptures de parcours, conduite à tenir en cas d'alertes

Le patient peut, au cours de son PDS, rencontrer des difficultés. Il est important que l'équipe en charge du suivi puisse être joignable pour l'écouter, le rassurer et intervenir, le cas échéant. Les premiers mois représentent une période cruciale.

En cas de problème ou d'alerte, l'équipe référente en charge du suivi rapproché du patient doit être jointe en priorité.

5.1. En cas de non-venue du patient à un rendez-vous

Lorsque le patient ne se présente pas aux rendez-vous prévus par le programme de soins (par exemple en HDJ, consultation en CMP ou CATTP), **l'équipe référente doit entrer en contact avec le patient par tous les moyens possibles :** appel téléphonique, SMS, email, lettre, lettre avec suivi, visite au domicile après l'avoir prévenu. L'objectif est de s'enquérir de son état de santé et non de le contrôler.

La non-venue aux rendez-vous est tracée dans le dossier patient.

Si le patient est injoignable, la famille, la personne de confiance, l'entourage (sous réserve de l'accord du patient au moment de la mise en place du PDS) et le médecin traitant, l'équipe médicosociale ou sociale co-intervenante dans le parcours de la personne (sous réserve de la non-opposition du patient) peuvent être sollicités. Ils ont un rôle fondamental à jouer, notamment en cas de signes d'aggravation de l'état du patient. Ils disposent d'un numéro de téléphone pouvant être utilisé en cas de problème suspecté ou de signe de rechute du patient.

➔ ***Une fois le contact repris avec le patient :***

- S'il ne présente pas de signes cliniques préoccupants, il convient de reprendre le suivi programmé et **d'identifier les raisons de son absence** (simple oubli, emploi du temps, découragement, traitement non supporté, difficulté relationnelle avec l'équipe, entourage, etc.), dans une approche bienveillante. Des mesures correctives sont proposées si besoin.

  Pour prévenir des oublis de rendez-vous, un **dispositif de rappel des RDV** est organisé par le CMP (SMS, mails, appels téléphoniques, autres moyens identifiés avec le patient).
- S'il présente des signes cliniques préoccupants : il doit être pris en charge rapidement et son PDS doit être adapté. Il peut s'agir de renforcer la prise en charge extrahospitalière ou de décider, si la situation clinique le justifie, une ré hospitalisation (voir chapitre 5.4).

➔ ***Lorsque le contact n'a pas pu être repris avec le patient et que l'ensemble des démarches de l'équipe référente restent infructueuses :***

En fonction des antécédents du patient, des derniers éléments cliniques et des informations obtenues, il est préconisé **une réflexion en équipe pour évaluer la situation du patient** et la nécessité de maintenir ou non la mesure de soins sans consentement.

Un **avis médical de situation doit être établi** par le médecin référent. Le patient et les différents acteurs de la prise en charge doivent être informés de la décision prise :

- En cas de demande de maintien de la mesure, cet avis peut aboutir à un maintien du PDS ou, en cas de risque important pour le patient, à une décision/arrêté de réintégration en hospitalisation sans consentement (selon SDDE ou SDRE) (cf. chapitre 5.4).

  En cas d'inquiétude importante pour le patient, un signalement pour disparition inquiétante de personne vulnérable et un avis de recherche peuvent être engagés par l'équipe référente, en coordination avec les forces de l'ordre.
- En cas de demande de levée de la mesure, **l'avis médical précise que les conditions de la mesure ne sont plus remplies** du fait des informations obtenues sur le patient. **Toutes les informations connues sur le patient sont mentionnées dans le dossier patient** (ex. : un membre de la famille informe que le patient ne semble pas avoir de symptômes exacerbés, patient parti à l'étranger, patient qui continue à voir son médecin généraliste, etc.).

Le tiers en cas de SPDT doit être informé.

5.2. En cas d'alerte émanant du patient

Si le patient s'aperçoit d'une dégradation de son état de santé, il doit contacter en priorité l'équipe référente, ou l'établissement l'ayant accueilli en hospitalisation.

Il peut aussi contacter tout professionnel participant à sa prise en charge, avec lequel il a établi une relation de confiance : son médecin traitant, son éventuel psychiatre libéral, son infirmier référent/libéral, son éducateur, assistante sociale, autres… Ces derniers font alors le lien avec l'équipe référente.

Lors de la sortie d'hospitalisation complète sans consentement**, il est préconisé de remettre au patient un document** (**o**util **n**° 3 livret patient en annexe) **comportant un ou plusieurs numéros de téléphone à joindre en cas de problèmes rencontrés,** ou de dégradation de son état (numéro du CMP ou du personnel référent en heures ouvrables, numéro d'une équipe d'urgence en heures non ouvrables). Après accord du patient, ce document peut aussi être remis à l'entourage proche du patient, à sa personne de confiance, et à l'équipe sociale/médico-sociale intervenant dans son parcours.

Il importe d'informer le patient et la personne de confiance et/ou l'entourage proche, la personne chargée de la protection juridique du patient, après accord du patient, sur la conduite à tenir en cas de problèmes rencontrés au moyen par exemple, du livret patient et/ou du plan de prévention partagé (outil n° 2 en annexe, et chapitre 7) et/ou de directives anticipées incitatives en psychiatrie.

5.3. Cas particulier de l'hospitalisation à temps plein à la demande du patient au décours du PDS (soins non programmés initialement dans le PDS)

Dans certains cas, un patient en PDS peut avoir besoin d'une hospitalisation pour un suivi somatique. Il est important que l'équipe référente de psychiatrie soit informée de cette hospitalisation afin de la tracer dans le dossier du patient.

Dans d'autres cas, le patient peut demander une hospitalisation pour des soins psychiatriques, qui n'est pas prévue initialement dans son PDS. Ces hospitalisations à la demande du patient peuvent être l'occasion de renforcer le lien thérapeutique *via* les différents acteurs de soins. Cette demande

peut avoir des motivations diverses (sociales, addictologiques, modifications thérapeutiques, séjour séquentiel en clinique psychiatrique...).

Devant une telle demande, le psychiatre référent hospitalier doit, en premier lieu, évaluer l'état de santé du patient pour déterminer :

– d'une part si une hospitalisation à la demande du patient se justifie ;
– d'autre part si la mesure de soins sans consentement peut être levée.

Si l'hospitalisation se justifie, et que l'état clinique du patient nécessite le maintien de soins sans consentement, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

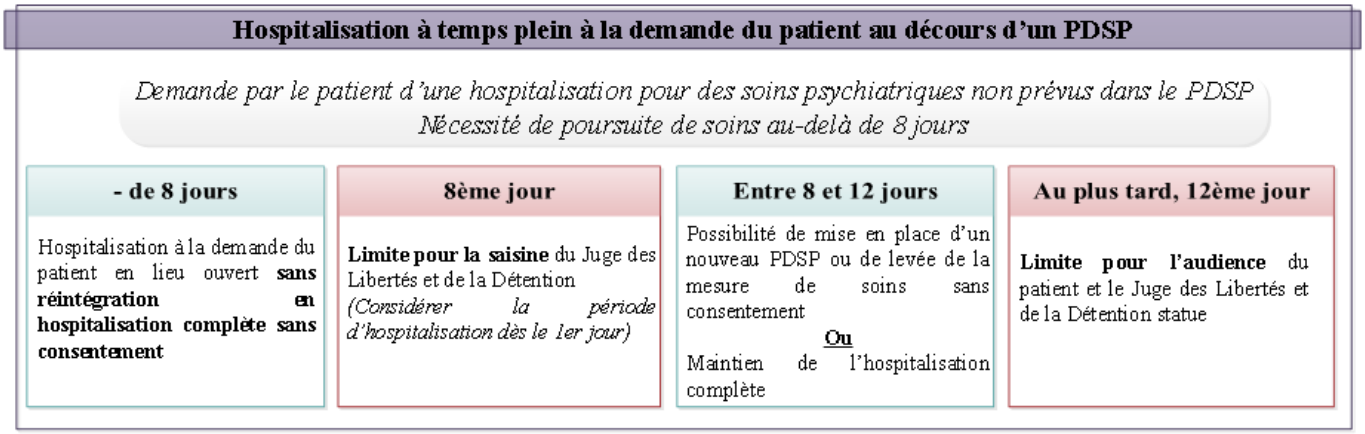
- Si le patient demande une hospitalisation dans un établissement psychiatrique non habilité à dispenser des soins sans consentement (clinique psychiatrique, centre de convalescence, service d'addictologie…), le médecin de cet établissement et le psychiatre référent se contactent et se transmettent les informations utiles à sa prise en charge durant cette hospitalisation (existence d'une mesure de soins sans consentement sous la forme d'un PDS, traitement médicamenteux prescrit, autres…).
- Si le patient demande une hospitalisation dans son établissement d'accueil, le psychiatre référent décide une hospitalisation à la demande du patient avec maintien du programme de soin. Les conditions de ce séjour sont alors précisées et le patient dispose des mêmes droits que ceux accordés aux patients en soins libres (aucune mesure de contrainte ne peut être employée à l'égard de ces patients). Ces informations sont consignées dans le dossier patient.
- Si le patient se rend dans un service d'urgence d'un hôpital général (ou d'un autre établissement de psychiatrie et de santé mentale), le psychiatre ou le médecin des urgences (ou de l'autre établissement) contacte le psychiatre référent pour faire un point clinique. Le psychiatre référent trace les échanges dans le dossier du patient. Il sera ensuite décidé de la nature de l'hospitalisation (hospitalisation à la demande du patient avec maintien du PDS ou réintégration en hospitalisation complète sans consentement).

> **Quel que soit le lieu d'accueil, il est préconisé que :**
> - l'hospitalisation se déroule dans un lieu ouvert ;
> - la demande d'hospitalisation du patient soit formalisée dans le dossier patient ;
> -quelle que soit la durée de l'hospitalisation, les différents acteurs impliqués dans le parcours du patient soient prévenus : l'entourage, la personne de confiance, la personne chargée des mesures de protection (tuteur, curateur), le médecin généraliste, l'infirmier libéral, etc., en fonction de la législation relative au partage d'information ;
> - la durée de cette hospitalisation soit courte ;
> - soit rédigé un premier certificat de situation à la date d'entrée en hospitalisation indiquant la demande du patient et les éléments cliniques justifiant cette hospitalisation.

Néanmoins, des **demandes réitérées de soins hospitaliers, de la part d'un patient en PDS, doivent rapidement conduire l'équipe référente à s'interroger sur l'intérêt de la poursuite des soins sans consentement.**

Si cette hospitalisation doit durer plus de 8 jours, le juge des libertés doit être saisi. Le délai de saisine du JLD est alors comptabilisé à partir de la date du premier certificat de situation, c'est-à-dire la date d'entrée du patient en hospitalisation. Cette hospitalisation est alors **considérée comme une**

réintégration en hospitalisation complète sans consentement. **Un certificat de réintégration en hospitalisation complète** au 8e jour d'hospitalisation (art. 3211-12-1 du CSP) est alors rédigé (cf paragraphe 5.4).



5.4. La réintégration du patient en hospitalisation sans consentement : étapes à suivre

En cas de dégradation importante de l'état clinique du patient, un psychiatre de l'équipe référente peut juger nécessaire de le réhospitaliser, du fait du risque important qu'il encourt. Cette réintégration en hospitalisation complète sans consentement doit être prévue et organisée en amont par la signature éventuelle de conventions avec les partenaires associés : Samu, équipe mobile, équipes de secteur et éventuellement police ou gendarmerie. Elle nécessite le suivi de différentes étapes.

> À l'issue d'une évaluation clinique du patient constatant la dégradation importante de son état médicopsychologique, **le psychiatre rédige un certificat médical circonstancié de demande de réintégration immédiate à temps complet.** Ce certificat précise les motifs de la modification de la forme de la prise en charge (art. L.3211-11 du CSP).

Si le patient n'a pu être examiné par le psychiatre référent ou est introuvable sur le moment, un avis médical[14] est produit en fonction des éléments issus du dossier du patient ou d'autres informations dont le psychiatre dispose.

La réintégration en hospitalisation complète ne constitue pas une nouvelle mesure de soins sans consentement, mais la poursuite de la mesure initiale dont la forme de prise en charge est modifiée. Il n'y aura donc pas de période d'observation de 72 h du patient et par voie de conséquence, ni de certificat de 24 h ni de certificat de 72 h.

Ce certificat/avis médical donne lieu à une **décision du directeur d'établissement ou à un arrêté préfectoral de réintégration, permettant à l'équipe référente d'intervenir auprès du patient.**

[14] Haute Autorité de santé. 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. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures (10) « L'établissement d'un certificat nécessite obligatoirement un examen de la personne. Lorsqu'il ne peut pas être procédé à cet examen, un avis est alors établi sur la base du dossier médical. Cet avis expose notamment les raisons pour lesquelles l'examen n'a pas été possible. »

> **En première intention, l'équipe référente tente de joindre le patient et se déplace au domicile pour raccompagner le patient à l'hôpital. Un transport médicalisé est mis à sa disposition.**

En cas de démarches infructueuses de l'équipe référente pour raccompagner le patient, un recours aux forces de l'ordre est possible.

- Si les soins sans consentement relevaient d'une décision du directeur (SDDE)

Une demande d'intervention des forces de l'ordre, en coordination avec l'équipe référente, est-m**entionnée sur le certificat ou l'avis.** Ces interventions sont convenues dans le cadre des conventions d'urgence psychiatrique, des PTSM ou des CLSM.

Il est possible, dans certains cas, de transformer une mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur (SDDE), en une admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), lorsque la sûreté des personnes est compromise ou qu'il existe un trouble grave à l'ordre public[15]. Cela peut faciliter l'intervention des forces de l'ordre, notamment si le patient est à son domicile et n'ouvre pas sa porte aux soignants. Cette transformation ne peut intervenir, que si elle est motivée cliniquement dans un certificat/avis médical.

- Si l'admission a été prononcée par le représentant de l'Etat (SDRE)

Le certificat/avis médical mentionne la nécessité d'intervention des forces de l'ordre en fonction de l'état clinique et de la dangerosité psychiatrique supposée. Le préfet prend alors un arrêté de réintégration demandant, si besoin, l'intervention des forces de l'ordre pour aider à cette ré-hospitalisation.

> ***Dans tous les cas, le recours aux forces de l'ordre n'intervient qu'en dernier recours, ou en fonction de l'état clinique du patient et doit être coordonné avec l'équipe soignante, jusqu'au moment où le patient est dans le véhicule de transport sanitaire.***

Si le patient provient d'un établissement général (service d'urgence), le patient est transféré par le véhicule de transport sanitaire dans le service de psychiatrie dont il dépend.

> Quel que ce soit le cas, **après son arrivée et sa réintégration au sein de son établissement de santé, le patient bénéficie d'une évaluation** psychiatrique et somatique dans les meilleurs délais. Cet examen clinique donne lieu à la rédaction d'un **certificat de situation actant la ré-hospitalisation et la date de son arrivée.**

Le psychiatre référent, ou le psychiatre d'astreinte, assure les prescriptions éventuellement nécessaires pour la réintégration, à partir des éléments cliniques dont il dispose.

- Dès lors que la durée prévisionnelle de l'hospitalisation est susceptible de dépasser 12 jours, le JLD est saisi, au plus tard le 8e jour de la réintégration, aux fins de contrôle de la régularité de la mesure.
- **Si la durée de l'hospitalisation est inférieure à 12 jours,** en fonction de l'état clinique du patient, il peut être procédé à la levée des soins sans consentement (avec possibilité de soins librement consentis), ou à la mise en place d'un **nouveau PDS.**

Quelle que soit la durée de l'hospitalisation, il est nécessaire de **prévenir** la personne de confiance et/ou le proche, la personne en charge de la protection juridique du patient, et **les différents acteurs**

15 Article L. 3213-6 du CSP

qui participent à sa prise en charge, dans le respect du secret professionnel : médecin généraliste, infirmier libéral, etc.

Il est recommandé que les étapes de réintégration soient formalisées par un protocole ou une procédure au sein de l'établissement (exemple en annexe n° 4 du guide).

5.5. Mise en place de dispositifs spécifiques de réponse aux urgences psychiatriques

- Conformément à l'article L 3221-5-1 du CSP, **il convient de mettre en place, au niveau régional, sous l'égide de l'ARS, une convention multipartite** avec les différents acteurs du territoire **pour répondre aux urgences psychiatriques** : « Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2. ».

- Au niveau local, une convention (30) peut également être établie entre l'établissement de santé, les forces de police, la justice, pour prévoir l'intervention des forces de l'ordre en soutien des soignants dans une situation d'urgence. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent contribuer à améliorer les relations entre les différents acteurs du territoire, grâce à la connaissance du réseau et la mise en commun d'outils.

Ces deux dispositifs sont validés par l'ARS et peuvent faire l'objet d'une proposition d'action dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM).

5.6. Cas particulier du transfert des patients (changement d'adresse, déplacement du patient, etc.)

En cas de transfert d'un patient en PDS dans un autre établissement de santé, des accords médicaux et administratifs de transfert entre les deux établissements de santé sont requis. Ces accords donnent lieu à une décision de sortie par transfert et une décision d'admission par transfert. Le patient reçoit une notification. En cas de SDRE, les préfets doivent donner leur accord pour ces transferts.

Le psychiatre référent contacte alors la nouvelle équipe d'accueil du patient. Il rédige ensuite un courrier résumant la situation clinique du patient et les motivations du transfert afin de permettre la continuité des soins.

6. Parcours de santé et programme de soins

6.1. Le PDS, une étape du parcours de santé

Le PDS n'est pas une fin en soi. C'est un outil au service du soin du patient pouvant être utilisé dans son parcours de santé. Dans ce parcours, les soins psychiatriques ont pour objectifs la guérison ou la stabilisation et le rétablissement de la personne. Ils mobilisent pour cela la réhabilitation psychosociale et l'accompagnement vers l'autonomie.

Ainsi, dans le déroulé du parcours de santé d'un patient, le PDS fait partie des différents dispositifs de soins possibles (admissions en soins libres ou en soins sans consentement, alternatives à l'hospitalisation, soins ambulatoires, suivi addictologique, etc.), dans l'idée d'un déroulé non linéaire, avec des étapes adaptées à chaque situation clinique. Néanmoins, le PDS fait toujours suite à une hospitalisation sans consentement.

6.2. Le rôle des acteurs dans le parcours

De nombreux acteurs interviennent dans le parcours du patient en PDS. La coordination est centrale entre les différents acteurs hospitaliers et ambulatoires impliqués dans le parcours du patient, notamment avec le médecin traitant (31, 32) et les professionnels des secteurs médico-social et social (24).

> **Cette coordination permet de :**
>
> - prévenir les risques de ruptures de parcours de santé susceptibles d'être à l'origine d'une rechute ou d'une nouvelle décompensation psychopathologique (ex. : personnes étant perdues de vue, arrêt des traitements médicamenteux, réticence à venir en consultation en raison de son état clinique décompensé) ;
> - faire adhérer progressivement le patient à ses propres soins ;
> - prendre en compte des informations et des représentations des différents acteurs impliqués dans le parcours du patient (un patient peut se présenter, s'exprimer différemment selon son interlocuteur). La confrontation des regards de professionnels appartenant à différents secteurs permet d'enrichir la connaissance et l'évaluation globale du patient et d'entendre certains signaux d'alerte ;
> - élargir, autant que possible le suivi, l'accompagnement et le soutien au-delà de la seule prise en charge psychiatrique (rappeler le rendez-vous, accompagner le patient à un rendez-vous…).

La sortie d'hospitalisation doit faire l'objet d'une préparation particulière (cf. chapitre 4.3) : la mise en place de l'accueil dans les structures prévues par le PDS, l'information des professionnels, la prise en compte du bilan social et familial (logement, conditions de vie), **la coordination avec le médecin généraliste pour le suivi somatique.** Il importe d'impliquer ce dernier et de l'informer des hospitalisations et des modalités de soins prévues pour ces patients afin de leur assurer un suivi optimal.

Points critiques et points de vigilance

Les points critiques identifiés dans le parcours sont la sortie d'hospitalisation et l'information des différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient : le lien avec le médecin traitant, l'articulation avec les services des secteurs social et médico-social et, le cas échéant, avec les équipes d'addictologie. Les informations échangées et partagées sont strictement nécessaires à sa prise en charge, dans le respect du secret professionnel. L'échange et le partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social sont réalisés selon le cadre établi par les textes (art. L.1110-4 du CSP et art. R.1110-1 et suivants du CSP).

Les informations partagées avec la personne de confiance ou le proche entourage doivent être autorisées par le patient.

Le risque de stigmatisation du patient est également à prendre en compte.

ARS : Agence régionale de santé mentale
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CLS : Conseil Local de Santé
CLSM : Conseil local de santé mentale
ESMS : Établissement social et médico social
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
JLD : Juge des libertés et de la détention
PTSM : projet territorial de santé mentale
RU : Représentant des usagers de l'EPSM
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la vie sociale
SSS : Soins sans consentement

Le parcours de santé d'un patient fait intervenir différents acteurs dont les rôles doivent être connus par les professionnels et les patients.

- **Les acteurs impliqués dans le suivi du programme de soins psychiatriques**

  Le patient est l'acteur principal de sa santé. Malgré le cadre contraint du PDS, le patient doit progressivement être acteur de sa santé et bien appréhender son parcours de soin. Un temps d'explication suffisant est nécessaire pour comprendre les implications du PDS, la conduite à tenir en cas d'alerte, ses droits, ses devoirs et ses voies de recours. A terme, il est capable de repérer ses propres signes d'alerte (plan de prévention partagé, directives anticipées incitatives en psychiatrie, autres).

  Son entourage, la personne de confiance : ils ont un rôle essentiel de veille et d'alerte. Ils sont capables d'interpréter les signes de mal-être du patient ou de dégradation de son état de santé. Avec l'accord du patient, ils disposent d'une information conséquente (temps d'explication suffisant) pour bien comprendre les implications, la conduite à tenir en cas d'alerte, le repérage des signes d'alerte, et une bonne connaissance des droits. Ils sont considérés comme de véritables partenaires de l'équipe psychiatrique.

  L'équipe référente pluriprofessionnelle du **secteur en psychiatrie (intra et extrahospitalière)** est en charge de la mise en œuvre et du suivi du PDS du patient. Cette équipe pourra être renforcée dans l'avenir par un(e) ou des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) en psychiatrie en collaboration avec le psychiatre qui définira les champs d'intervention.

- **Les acteurs en charge du suivi rapproché de l'état de santé général du patient et de son projet de vie**

  Les professionnels du secteur libéral : ils ont un rôle de suivi de l'état de santé général du patient (et non du PDS) et un rôle d'alerte en cas de signes avant-coureurs de dégradation de l'état de santé : le médecin généraliste, infirmier libéral, psychiatre libéral, masseur kinésithérapeute libéral, voire parfois le pharmacien d'officine.

  Les structures médico-sociales et sociales : Samsah/SAVS/autres **ESMS**… Elles ont un rôle d'accompagnement, de suivi de la personne dans sa vie quotidienne et (ré)insertion sociale et professionnelle. Elles ont un rôle d'alerte et de veille.

  Les acteurs de l'addictologie : ils jouent un rôle important lorsque les patients présentent des comorbidités addictologiques.

- **D'autres acteurs du territoire** dans le cadre du conseil local de santé[16] ou du conseil local de santé mentale (CLSM) (33) contribuent à favoriser le décloisonnement des pratiques professionnelles et à mettre en place des outils en faveur de la prévention et l'insertion. Le but est aussi de mieux informer de la réalité des maladies mentales, de mieux faire connaître l'organisation des soins en psychiatrie afin de faire évoluer les représentations sociales et combattre les stigmatisations.

- **Les groupes d'entraide mutuelle** (GEM) ont une mission de soutien de la personne. Bien que se tenant à distance de tout objectif en matière de soins ou d'insertion sociale, ils peuvent aider le patient à devenir davantage acteur de sa santé. En effet, dans ces lieux de socialisation, leurs membres peuvent échanger librement sur leur expérience respective des conséquences de la maladie, des traitements et de la santé en général (y compris somatique), favorisant ainsi un processus réflexif et décisionnel sur leur propre rapport à leur santé.

[16] art 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Les préconisations sont :

- la recherche de l'implication du patient tout en visant une co-construction progressive avec lui des étapes de son parcours de santé ;
- l'échange ou le partage d'informations est, dans la mesure du possible aussi, réalisé par l'intermédiaire du patient (11). L'objectif est qu'il soit acteur de ses soins. Une explication lui est fournie sur l'intérêt de communiquer lui-même ses propres informations aux professionnels qui le suivent ;
- la recherche systématique avec le patient des partenaires impliqués dans son suivi ;
- la mise en place de pratiques partenariales entre les établissements et services de psychiatrie assurant des soins sans consentement et les ESMS/Samsah/SAVS/CPTS/maisons et centres de santé/équipes de soins primaires. Ces partenariats permettent d'aborder plusieurs sujets comme par exemple : système d'information/partage d'information, mise en place de cahiers de liaison en cas de visite à domicile, télémédecine/télé-expertise/e-santé (34), information/conseils/présentation des équipes, prévention, anticipation du recours au Samsah, *case management*. Ces actions peuvent se mettre en place dans le cadre des CPOM/PTSM/secteurs, ou encore sous la forme de protocoles communs, etc. ;
- la mise en place de formations croisées rassemblant des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux participant aux soins et à l'accompagnement social et médico-social des patients, en associant également des associations d'usagers et de familles. Exemples de sujets communs : connaissance de la maladie et de ses conséquences, interconnaissance des acteurs, déstigmatisation du patient/représentation des professionnels sur ces patients, le rétablissement, l'adhésion aux soins, la capacité à consentir, l'urgence, la dégradation de l'état de santé, etc.

Selon le contexte et les besoins, différentes modalités de communication (système d'information, dossier patient, messagerie sécurisée, télémédecine, échange téléphonique, cahier de liaison etc.) peuvent être mobilisées pour différents usages (information à transmettre, demande d'avis, analyse de dossiers, autres, etc.). Elles doivent l'être conformément aux exigences de confidentialité et de sécurité établies par la loi.

7. Accompagnement du patient : information et alliance thérapeutique

Tout au long du programme de soins, **un soutien et un accompagnement sont proposés au patient** par l'équipe pluriprofessionnelle participant à la prise en charge.

Cet accompagnement se traduit par une information claire à lui délivrer, un dispositif d'appui en cas de difficultés et l'instauration d'une alliance thérapeutique.

7.1. Information du patient

L'information du patient revêt une importance considérable dans la recherche d'alliance avec le patient (35). Le psychiatre informe le patient, présente et discute avec lui des soins proposés dans le cadre du PDS. L'avis et les observations du patient sont recueillis et inscrits dans le dossier patient et le PDS (art. L. 3211-2-1 et L. 3211-3 du CSP). Il est préconisé de retracer dans le dossier patient les éléments essentiels des observations du patient.

Ses besoins spécifiques sont également pris en compte (éléments permettant de rassurer le patient, présence de son proche, autres).

L'équipe s'assure que le patient a bien compris les enjeux et implications d'un PDS.

Une copie du programme de soins est remise au patient, ainsi que la décision du directeur de l'établissement (en cas de SDDE) ou l'arrêté préfectoral (en cas de SDRE) (art. R.3211-1 du CSP).

Il est préconisé que le patient signe la notification attestant cette remise de documents (récépissé).

Un temps suffisant d'explication est prévu pour rassurer le patient, s'assurer de la compréhension du programme, et des objectifs souhaités pour une amélioration de sa santé, une autonomisation et une réinsertion sociale et/ou professionnelle. Ces objectifs sont le fruit d'un travail de collaboration avec le patient avec un objectif de co-construction progressive entre lui et l'équipe pluriprofessionnelle.

En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée (art. L. 3211-3 du CSP). Cette information est délivrée dans une approche respectueuse et bienveillante.

➔ Contenu de l'information

Dans le cadre de la mise en place du PDS, l'information (art. L.3211-2-1 du CSP) porte sur :

- les objectifs du PDS (continuité des soins, rétablissement, retour à des soins consentis) ;

- les modalités de soins choisies (consultations, hospitalisations à temps partiel, traitements médicamenteux, entretiens psychothérapiques, CATTP, etc.) et leur fréquence ;

- les droits du patient et ses voies de recours[17] (cf. outil n° 3 livret du patient) ;

- les conséquences de l'évolution de son état de santé ou du non-respect du PDS ; c'est-à-dire la possibilité de recourir à une hospitalisation complète en cas de rupture du PDS ou de dégradation de son état de santé.

[17] Article L. 3211-3 du CSP

Concernant le suivi général du patient, ce dernier est informé :

- des liens et rôles des différents intervenants soignants de l'équipe, du médecin généraliste, du psychiatre libéral, de l'infirmier libéral, autres, que le patient souhaiterait introduire ou maintenir dans son suivi. Sa non-opposition relative à l'information de ces intervenants sur la mise en place du PDS est tracée dans le dossier patient.

Son accord est requis pour joindre ses proches le cas échéant. Cet accord est particulièrement important en cas de rupture du PDS ou de patients perdus de vue pour essayer de rétablir un contact. Si le patient refuse de donner cet accord, ce refus est tracé dans le dossier.

- de la conduite à tenir en cas de difficultés. En cas de problèmes rencontrés/alerte, ou en cas d'inquiétude, **le patient doit pouvoir joindre par téléphone, à tout moment,** un membre de l'équipe qui assure son suivi dans le cadre du PDS ou un soignant du service psychiatrique référent. Il dispose donc des numéros de téléphone à appeler en cas de problèmes (numéro du CMP, de l'hospitalisation de jour et autres numéros à joindre en dehors des horaires d'ouverture comme celui de l'unité d'hospitalisation de l'établissement, autres).

Le patient en soins sans consentement doit être également informé de l'existence du fichier Hopsyweb[18]. Ce fichier ne contient pas les antécédents psychiatriques du patient.

Le patient doit être systématiquement informé, à chaque étape de la mise en œuvre du programme de soins : initiation, maintien, modifications et levée d'un PDS (art. L.3211-2-1 du CSP).

Des **renvois d'appels** vers une unité de soins du service de référence assurant une permanence des soins (ou des messages sur répondeurs indiquant les relais téléphoniques) sont mis en place en cas de fermeture de la structure d'accueil.

Pour aider à la gestion des rendez-vous, **un dispositif de rappel des rendez-vous** (rappel SMS, rappel téléphonique, visio, autres moyens déterminés avec le patient) est mis en place par l'équipe.

De plus, un planning ou aide-mémoire des rendez-vous prévus est donné au patient (cf. outil n° 3 livret patient) lors de sa sortie d'hospitalisation. Ce document/support comprend aussi les numéros de téléphone à joindre et les noms de l'équipe référente, du médecin traitant et des différents intervenants associés au suivi.

➔ Indiquer des échéances/repères temporels au patient

Il est très important de **préciser au patient des repères dans le temps concernant la réévaluation de son PDS** : consultations spécifiques, évaluation approfondie du PDS à 6 mois, durée du programme si elle est prévisible[19].Si la durée de la mesure de soins sans consentement est supérieure à un an, une évaluation par le collège de soignants en cas de SDDE doit être prévue[20].

Ces échéances sont tracées dans le dossier patient (rythme de réévaluation).

Le patient dispose ainsi d'une perspective de révision de son programme de soins.

---

[18] Arrêt du Conseil d'Etat du 27 mars 2020. Le CE réaffirme que l'information des personnes en soins sous contrainte sur ce fichage sécuritaire est de droit et que ce même fichage ne rend pas opposable l'antécédent psychiatrique fiché.
[19] Article R 3211-1 du CSP
[20] Article L.3211-9 du CSP

La pertinence du PDS est interrogée à chaque certificat mensuel de situation.

Rappel des droits du patient

Le patient en soins psychiatriques sans consentement est informé de ses droits, voies de recours et garanties (art. L. 3211-3 du CSP). **Les informations données doivent être adaptées à l'état clinique du patient et à ses besoins spécifiques**.

Cette information lui est délivrée par un membre de l'équipe référente (médecin, infirmier), oralement, et par le biais d'un document simple (29, 36), remis au patient ainsi qu'à son proche/personne de confiance avec l'accord du patient (cf. outil n° 3 livret du patient).

Le support d'information est à adapter en fonction des besoins spécifiques du patient (ex. : moyens de communication adaptés aux patients en situation de handicap, patient ne parlant pas français, autres).

Ce document/support pourra être commenté avec le patient autant de fois que nécessaire.

Comme pour tout citoyen, les droits fondamentaux d'une personne en soins psychiatriques sans consentement, doivent être garantis comme le respect de sa vie privée et/ou familiale et le fait de ne pas subir de peines ou de traitements inhumains ou dégradants.

Au-delà des droits communs dont dispose tout patient, ces personnes bénéficient de droits adaptés **et de garanties particulières du fait de leur situation en soins sans consentement** (cf outil n° 3 livret du patient) (art. L. 3211-3 du CSP).

Enfin, lorsque la mesure de soins sans consentement est levée[21], les antécédents psychiatriques du patient ne peuvent pas lui être opposés. (art. L. 3211-5 du CSP).

7.2. Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique constitue le principe de base de la relation de soins en médecine et prend une importance toute particulière dans la prise en charge en psychiatrie.

L'alliance thérapeutique peut se définir comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (3).

Dans le cadre de ces travaux, nous retiendrons le principe général de la **relation de confiance entre l'équipe soignante et le patient, l'alliance thérapeutique étant le socle de cette relation.**

Il s'agit de **considérer le patient comme un acteur déterminant, à part entière, dans son projet de soins et de rechercher son implication.**

L'alliance thérapeutique se construit au fil des interactions au quotidien et permet l'élaboration avec le patient d'actions et d'objectifs de soins dans le cadre d'un projet de soins personnalisé et évolutif.

Dans le cadre du PDS, elle vise l'adhésion du patient en vue d'un retour à des soins librement consentis. Cette relation s'inscrivant dans la durée, elle doit permettre d'aboutir à une décision partagée des soins, où le patient connait mieux et reconnaît sa pathologie. **Un programme de soins bâti sans aucune alliance thérapeutique initiale n'est généralement pas pertinent.**

[21] Article L. 3211-5 du CSP,

L'alliance thérapeutique se met en place à travers la co-construction du projet de soins, du PDS, du plan de prévention partagé (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie), et du livret patient. L'éducation thérapeutique et la psychoéducation contribuent également à la renforcer.

7.2.1. Instaurer l'alliance thérapeutique : équipe référente, co-construction du projet de soins

➔ Identifier une équipe référente

L'alliance thérapeutique se construit dès l'hospitalisation. Cette relation s'instaure et se développe avec l'équipe référente pluriprofessionnelle du patient.

Il s'agit de l'équipe psychiatrique hospitalière et ambulatoire avec laquelle le patient aura des contacts plus réguliers et privilégiés. Au sein de cette équipe, **un médecin psychiatre référent doit être identifié, ainsi qu'un ou plusieurs infirmiers référents.**

Pour assurer le suivi et la cohérence des soins, en cas d'absence des référents identifiés, il est essentiel que les informations relatives au patient soient régulièrement **partagées/discutées en équipe et tracées dans le dossier.**

➔ Le projet de soins : outil de lien avec le patient et élément fondateur du PDS

Il est important de maintenir une relation de qualité, même fragile, avec le patient. Les membres de l'équipe référente le rencontrent autant de fois que nécessaire pour l'associer et affiner les objectifs de soins au moyen de son projet de soins personnalisé initié ou ajusté pendant l'hospitalisation. L'objectif est de permettre au patient de s'approprier les soins dans les meilleurs délais. Le projet de soins permet de nourrir l'alliance thérapeutique, à partir d'objectifs concrets, évolutifs et mesurables. Il doit s'adapter à l'évolution des troubles, mais également, autant que possible, aux demandes et aux attentes du patient. Les objectifs de soins doivent être reliés aux objectifs de vie du patient.

Cette relation de confiance établie dans le cadre du projet de soins est déterminante. Le projet détaille les actions et objectifs des soins définis avec le patient. Il prend en compte son contexte de vie et ses besoins spécifiques. S'il peut exister des projets de soins en psychiatrie sans programme de soins, il ne peut exister de programme de soins sans un projet de soins clair, défini avec le patient. Dès qu'un PDS est proposé au patient, l'équipe prépare avec lui la sortie d'hospitalisation.

➔ Expliquer, rassurer le patient

Il est important d'expliquer au patient **la continuité des soins entre ceux dispensés à l'hôpital et ceux mis en place en extrahospitalier.**

Avant la sortie, chaque fois que nécessaire, un échange est organisé entre le patient **et un membre de l'équipe référente du suivi extrahospitalier (CMP, HDJ…).**

Il est important d'évoquer avec le patient, les contacts à prendre avec la famille/les proches, le psychiatre libéral, le médecin généraliste et/ou médecin traitant, les personnes ressources, le tuteur, ou curateur…

L'équipe référente rappelle régulièrement au patient, au cours des entretiens, les fondements, les buts et les moyens afférents au programme de soins pour éclairer en continu la compréhension du patient et son inscription dans le projet de soins. Des évaluations de l'adhésion aux soins, de l'insight, à échéances régulières permettent un ajustement du projet de soins du patient et du PDS en conséquence.

7.2.2. Le rôle du plan de prévention partagé construit en associant le patient (outil n° 2)

Lorsque la situation du patient s'est améliorée et stabilisée, une discussion peut être engagée avec lui pour l'impliquer dans les mesures à prendre en cas de dégradation de son état de santé (ex : décompensation psychiatrique).

Des consignes peuvent alors être rédigées en amont d'une crise ou d'une situation d'urgence. Ainsi le choix et les préférences du patient peuvent être connus à l'avance et respectés par les équipes et l'entourage du patient (personne de confiance).

Ce plan peut être proposé au patient et rédigé avec lui, avec l'aide de la personne de confiance et éventuellement avec l'aide d'une tierce personne en fonction de ses souhaits et des ressources disponibles (proche, représentant des usagers, pair aidant associatif, personne de confiance, personne de l'équipe soignante, etc.). Il doit être adapté, évolutif et enrichi en fonction de l'évolution du patient.

Le moment pour rédiger ce plan est à apprécier en fonction de l'état clinique du patient.

7.2.3. Le rôle de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation

L'objectif de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation est de permettre à la personne soignée de mieux comprendre sa maladie et de devenir actrice de ses soins.

Il s'agit de contribuer à une meilleure connaissance des traitements, des stratégies d'adaptation par le patient et ses proches, et de renforcer l'alliance thérapeutique pour construire le projet de soins.

Ces connaissances et le renforcement des compétences du patient vont favoriser son implication dans le soin, prévenir les ruptures de prise en charge, dans un objectif de retour aux soins consentis.

Ces actions doivent permettre au patient d'être plus proactif. Avec son accord, l'entourage peut également être impliqué. Elles font partie de la prise en charge globale et seront précisées dans le plan personnalisé des soins.

Des programmes d'éducation thérapeutique[22] (ETP) peuvent être proposés à des patients en PDS. Ils permettent une meilleure appropriation des traitements et un partage de connaissances sur les pathologies entre patients, professionnels de santé et proches.

Ils proposent une prise en charge globale incluant des réponses à l'urgence, au quotidien, sociales et professionnelles. Ces programmes permettent au patient de mieux connaître ses symptômes, son traitement, les comorbidités associées afin de mieux en appréhender les répercussions et mieux anticiper d'éventuelles rechutes. Cela peut aider le patient à élaborer ses propres stratégies d'adaptation.

Un programme d'ETP peut être initié pendant l'hospitalisation et poursuivi en ambulatoire. Il inclut des modules optionnels à destination des familles ou proches.

[22] « U**n programme d'éducation thérapeutique** du patient (ETP) se définit comme un ensemble coordonné d'activités d'éducation destinées à des patients et à leur entourage et animées par une équipe de professionnels de santé avec le concours d'autres acteurs (éducateur en activité physique adaptée, psychologue, etc.). Il est proposé au patient sous la forme d'un programme personnalisé (article L. 1162 du Code de la santé publique) ».

Table des annexes

Annexe 1. OUTIL N° 1 : grille patient-traceur : auto-évaluation en équipe du parcours du patient 49

Annexe 2. OUTIL N° 2 : plan de prévention partagé 56

Annexe 3. OUTIL N° 3 : livret d'information patient 62

Annexe 4. Enquêtes réalisées par Ascodocpsy, Anrqpsy, Fnapsy et Unafam 71

Annexe 5. Exemple de protocole de réintégration 73

Annexe 6. Recherche et analyse internationale de la littérature 75

Annexe 1. OUTIL N° 1 : grille patient-traceur : auto-évaluation en équipe du parcours du patient

Évaluer en équipe le parcours du patient en programme de soins sans consentement

Cette grille a pour but de fournir aux équipes psychiatriques un outil d'auto-évaluation permettant l'analyse rétrospective du parcours du patient, dès sa sortie d'hospitalisation. Cela implique de réunir les professionnels ayant pris en charge la personne (dont les professionnels des autres unités du secteur impliqués dans son suivi s'ils sont disponibles) tout en respectant le secret professionnel partagé. La grille a été déclinée à partir du guide « Programme de soins psychiatriques » à partir des principaux critères qui le structurent. Elle fait appel à une méthode d'amélioration éprouvée (cf. patient-traceur en établissement de santé[23]) et doit être adaptée par l'équipe. Cette grille peut nécessiter, selon le cas, l'ajout ou la suppression de critères[24] reflétant le parcours spécifique du patient (ex. : hospitalisation à la demande du patient, passage aux urgences, autres). L'utilisation de cette méthode permet aussi de s'inscrire dans la préparation de la certification de l'établissement de santé. Cette grille, remplie à partir du dossier patient, a pour but de favoriser la discussion en équipe sur la prise en charge du patient en intégrant son expérience. Le patient et/ou son aidant sont rencontrés à l'aide de cette même grille et son/leur vécu est restitué lors de la réunion d'équipe. Cette méthode vise l'amélioration de la prise en charge du patient et l'identification d'actions d'amélioration.

Profil du patient choisi : Motifs : (ex. : durée longue du PDS, ruptures de soins à répétition, arrêt des soins, urgences) : …… Date de la réunion de l'équipe ayant pris en charge le patient dans l'établissement : …….. Nature de la mesure de soins sans consentement : ☐ SDT ☐ Péril imminent PI ☐ SDRE	Participants à la réunion : l'ensemble des professionnels ayant pris en charge la personne (ex. : psychiatre référent, infirmier référent, psychologue, assistante sociale, cadre de santé, et si possible le médecin traitant, Samsah, etc.). Toute personne participant à la prise en charge du patient peut être invitée. …… Animateur de la réunion : …… Date de l'entretien avec le patient et /ou aidant (avant la réunion de l'équipe) …….. Chronologie du parcours : modalités de soins suivies par le patient : ……

[23] Haute Autorité de santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf

[24] Cette méthode contient une grille générique de critères relatifs au parcours du patient en établissement de santé qui peuvent être rajoutés en fonction de la prise en charge.

N° Crit.	ETAPES DU PARCOURS	Oui, Non, NA[25]	E/P[26]	Commentaires équipe/patient et sources d'informations utilisées (dossier patient, entretien patient, autres)
PREPARATION DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION (hospitalisation initiale)				
1	Il existe un projet de soins personnalisés co-construit avec le patient (équipe référente)		E	
2	Le programme de soins psychiatriques est en cohérence avec ce projet de soins		E	
3	L'élaboration du PDS a impliqué :			
	3a-le patient.		E/P	
	3b-et après accord du patient, l'entourage désigné par lui, la personne de confiance, personne chargée de la protection juridique du patient		E/P	
4	Le bilan social et familial a été tracé dans le dossier pour être pris en compte dans la préparation de la sortie		E/P	
5	Lors de son initiation, la pertinence du PDS a été discutée en réunion clinique d'équipe pluriprofessionnelle		E	
6	Le PDS correspond aux indications cliniques définies dans le guide (cf. guide chapitre 4.2 page 17)		E	
7	Lors de l'entretien préalable avec le patient : les avis et les observations du patient sont tracés dans le dossier patient		E	
	L'information délivrée au patient est tracée :			

[25] NA non applicable.
[26] E : critère pour la réunion d'équipe.
P : critère pour l'entretien avec le patient.

	7a- les objectifs du PDS		E/P
	7b- les modalités et la nature de soins choisies et leur fréquence		E/P
	7c- les conséquences du non-respect du PDS ; c'est-à-dire la possibilité pour l'équipe référente de recourir à une hospitalisation complète en cas de rupture du PDS et selon l'évolution de son état de santé		E/P
	7d- les liens et rôles des différents intervenants de l'équipe du CMP/équipe extrahospitalière		E/P
	7e- le rôle des intervenants que le patient souhaiterait impliquer ou maintenir dans son suivi (médecin généraliste, psychiatre libéral, infirmier libéral, autres...)		E/P
	7f- la personne de confiance ou des proches, en cas de rupture du PDS		E/P
	7g- la conduite à tenir en cas de difficultés (numéros de téléphone à appeler en cas de problèmes)		E/P
	7h- une explication relative aux droits du patient et ses voies de recours[27] (cf. annexe livret du patient)		E/P
8	Les professionnels se sont assurés de la bonne compréhension par le patient du PDS et de ses conséquences (ex. : reformulations du patient)		E/P
9	L'information a été donnée à la personne de confiance/ou autre proche désigné par le patient (après accord du patient) ou personne chargée de la protection de la personne		E/P
10	Le dossier patient comprend la liste des personnes à qui l'information pourra être délivrée (après accord du patient)		E/P
	Continuité des soins		
11	Une rencontre du patient avec un membre de l'équipe référente du CMP ou de la structure extrahospitalière a été organisée		E/P
12	Après accord du patient, les professionnels impliqués dans son parcours de santé (médecin généraliste, infirmier libéral, Samsah…) ont été informés de la mise en place du PDS : information tracée dans le dossier patient		E

[27] article L. 3211-3 du CSP

SORTIE DU PATIENT				
13	L'ensemble des documents a été remis au patient lors de sa sortie d'hospitalisation (tracés dans le dossier) : 13a- une copie du PDS, 13b- la décision du directeur de l'établissement ou l'arrêté préfectoral 13c- son ordonnance comprenant son traitement médicamenteux 13d- la lettre de liaison à la sortie 13e- un planning/aide-mémoire pour les différents rendez-vous prévus et les différents numéros de téléphone permettant de joindre un membre de l'équipe référente de son PDS		E/P	
14	Un document relatif aux droits du patient et ses voies de recours[28] (cf. annexe outil n° 3 Livret du patient) a été fourni au patient		E/P	
SUIVI EXTRAHOSPITALIER				
	Alliance thérapeutique			
15	Il est possible d'évaluer, à partir des éléments tracés dans le dossier patient, l'évolution de l'adhésion aux soins du patient, dont sa capacité à consentir		E	
16	Une équipe référente pluriprofessionnelle du CMP ou de la structure extra hospitalière (médecin psychiatre référent un ou plusieurs infirmiers référents) a été identifiée pour le patient		E/P	
17	Les besoins spécifiques du patient sont recueillis (éléments permettant de rassurer le patient, présence de son proche, autres)		E/P	
18	Des repères temporels sont donnés au patient tout au long du programme de soins (ex : consultations régulières, rencontres et échanges avec l'équipe référente, évaluation plus approfondie par l'équipe à six mois, durée du programme de soins si elle est prévisible, analyse de sa situation si les soins sans consentement durent plus d'un an par l'analyse du collège des soignants)		E/P	
19			E/P	

[28] article L. 3211-3 du CSP

20	Une démarche visant à prévenir les rechutes du patient a été engagée avec lui si son état le permet (cf. annexe outil n° 2 plan de prévention partagé, (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie) autres dispositifs		E
21	**Organisation en place pour le suivi du patient**		E
22	Le suivi du patient en PDS est discuté régulièrement en équipe pluriprofessionnelle (évolution de son état général, respect du PDS, tolérance médicamenteuse, etc.)		E/P
23	Un suivi de l'évolution du poids et des constantes est tracé par les infirmiers dans le dossier patient		E/P
	Des renvois d'appels et/ou des messageries précisant les numéros à joindre en cas d'absence ont été mis en place pendant la fermeture du CMP ou autres structures d'accueil		E
24	Un dispositif de rappels de RDV (par SMS, par téléphone, par mails, à l'occasion des visites à domicile, autres moyens utilisés par le patient…) est mis en place par l'équipe de secteur		
	Les échanges réguliers avec les acteurs issus du secteur ambulatoire sanitaire, social et médico-social (échange médecin traitant, Samsah) impliqués dans la prise en charge du patient sont notés dans le dossier du patient		E
25	**Évaluation du PDS**		
26	Lors des consultations, le PDS est régulièrement adapté en fonction de l'évolution clinique et de la capacité à consentir.		E
27	A l'issue d'une période de 6 mois, une réévaluation pluriprofessionnelle globale et plus approfondie du programme de soins a été réalisée dans le but d'évaluer la pertinence du PDS en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.		E/P
	Si la mesure de soins sans consentement dure plus d'un an[29], le dossier a été analysé en collège de soignants (en cas de SDDE)		

[29] Article L.3211-9 du Code de la santé publique (CSP), et FAQ : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reforme_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013.pdf

	CAS PARTICULIERS - CRITERES NON SYSTEMATIQUES / CRITERES OPTIONNELS N°28-44		
	En cas de non-venue du patient à un rendez-vous :		
28	L'équipe référente a contacté le patient par tous les moyens possibles (appel téléphonique, SMS, email, lettre, lettres avec suivi, visites au domicile après l'avoir prévenu si possible)		E/P
29	La famille, l'entourage et la personne de confiance, personne en charge de la protection ont été contactés (sous réserve de l'accord préalable du patient)		E/P
30	En cas d'impossibilité de joindre le patient ou son entourage et en cas d'inquiétude clinique pour le patient, le médecin traitant a été contacté (sous réserve de l'accord préalable du patient)		E
	Lorsque le contact n'a pas pu être repris avec le patient qui est perdu de vue :		
31	La situation de ce patient a été discutée en équipe (levée ou maintien en SSC) et a donné lieu à la rédaction d'un avis médical de situation		E
	En cas de nécessité de réintégration du patient en hospitalisation complète		
32	Une procédure/un protocole concernant les différentes étapes à suivre est formalisée au sein des unités		
33	Le certificat/avis médical de demande de réintégration a donné lieu à une décision du directeur (SDDE) ou à un arrêté préfectoral permettant aux équipes d'intervenir pour raccompagner le patient		E
34	L'intervention des forces de l'ordre a été utilisée en dernier recours après les tentatives infructueuses de l'équipe référente pour raccompagner le patient OU en fonction de l'état clinique du patient		E
35	En cas de nécessité d'intervention des forces de l'ordre, une coordination est assurée avec l'équipe référente		E
36	Une évaluation psychiatrique et somatique a été effectuée dans les meilleurs délais		E/P
37	Quelle que soit la durée de l'hospitalisation, et s'il y a eu accord du patient, les différents acteurs impliqués dans le parcours du patient ont été prévenus : l'entourage, la personne de confiance, le médecin généraliste, l'infirmier libéral etc.		E
38	Le JLD a été saisi au 8e jour d'hospitalisation complète sans consentement de la personne		E

	Cas particulier de l'hospitalisation à temps plein à la demande du patient (non prévue)		E	
39	Un premier certificat de situation a été rédigé à la date d'entrée en hospitalisation indiquant la demande du patient d'être hospitalisé et les éléments cliniques justifiant cette hospitalisation			
40			E	
41	Cette hospitalisation est réalisée en milieu ouvert			
42	Si l'hospitalisation est supérieure à 8 jours, un certificat de réintégration en hospitalisation complète sans consentement a été rédigé au 8e jour d'hospitalisation pour contrôle par le JLD (art. L. ou R. 3211-12-1 du CSP)		E/P E	
43	Si cette demande d'hospitalisation de la part du patient est récurrente, la pertinence du PDS a été interrogée		E E	
	Quelle que soit la durée de l'hospitalisation, les différents acteurs impliqués dans le parcours du patient ont été informés (l'entourage, la personne de confiance, le médecin généraliste, l'infirmier libéral, etc).		E	
44	**En cas de transfert de patient dans un autre établissement de santé (entre établissements ou entre 2 secteurs)**			
	Le psychiatre référent a rédigé un courrier à la nouvelle équipe d'accueil du patient résumant la situation clinique du patient et les motivations de son transfert afin de permettre la continuité des soins.		E	
	LEVEE DES SSC			
45	La levée des SSC a été discutée avec l'équipe en charge du suivi		E	
46	Les conclusions de l'évaluation du PDS sont tracées dans le dossier du patient		E	
47	Les acteurs impliqués dans le parcours du patient, dont le médecin traitant, sont informés de la levée		E	

Annexe 2. OUTIL N° 2 : plan de prévention partagé

Plan de prévention partagé (PPP) co-construit avec le patient en soins psychiatriques sans consentement (SSC)

Préambule

Ce plan de prévention partagé (PPP) s'inscrit dans la continuité des publications précédentes de la HAS qui proposent des outils pour impliquer le patient dans les décisions qui concernent sa santé, pour augmenter sa participation dans un esprit de co-construction ; il s'appuie notamment sur les travaux autour de la notion de décision partagée[30], démarche centrée sur le patient pour une réelle personnalisation des soins, en particulier dans le cas de pathologies chroniques ; il peut trouver sa place notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique[31].

Ce PPP s'inspire aussi des démarches développées pour aider un usager à désigner une personne de confiance (art. L.1111-6 du CSP) et à préparer, en amont de sa fin de vie, des directives anticipées (art. R. 1111-19, I du CSP) proposées par la loi. Certains travaux publiés ou en cours, initiés par des équipes psychiatriques[32] en France ou à l'étranger[33][34], ont retenu ce terme ; d'autres parlent plutôt de « plan de crise », notamment au Royaume-Uni.

Pour ne pas entraîner de confusion, la HAS dès 2016 a choisi, dans le cadre de ses travaux sur la prévention de la violence[35][36], de ne pas reprendre ces termes, mais plutôt de parler de PPP ; il s'agit dans ce cas de se positionner un peu à distance de la crise et de mettre l'accent plus précisément sur les notions de prévention et d'implication du patient, en référence à la décision partagée ; de fait cette appellation est plus générique et peut englober différentes situations et différents contextes de soins en psychiatrie.

Ce PPP trouve sa place dans les analyses menées à la suite d'un incident/accident qui se produit dans le parcours du patient ; il s'inspire des concepts utilisés dans les méthodes proposées par la HAS pour analyser à distance un évènement indésirable et prévenir sa récidive (cf. « Revue de morbidité mortalité », par exemple).

---

[30] Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble

[31] Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

[32] Tinland A, Mougeot F, Maître E. Des directives pour anticiper la crise en psychiatrie. Santé Mentale 2020;(245):26-31.

[33] de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2016;73(7):657-64. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501

[34] 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 2018;5(12):1013-22. http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1

[35] Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

[36] Haute Autorité de Santé. Outil n°3. Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

Cet outil est proposé ici dans un contexte élargi de prévention d'une dégradation, voire de décompensation de la situation psychiatrique d'un patient. Il est proposé comme un outil possible à développer avec tout patient en soins sans consentement, en hospitalisation ou en PDS.

Cet outil facultatif pourrait, à terme, être utilisé dans un cadre de soins librement consentis pour tout suivi psychiatrique au long cours. Cette extension du périmètre d'utilisation de l'outil nécessiterait un travail spécifique ultérieur.

Définition du plan de prévention partagé en SSC (cf. guide)

Le PPP est un document produit à distance d'une crise/situation d'urgence, qui a entraîné, pour un patient donné, la décision de soins sans consentement ; il est co-construit par l'équipe soignante et médicale et le patient ; il propose des consignes ou conduites à tenir partagées, à mettre en œuvre, en cas de risque ou amorce d'une récidive, mais aussi tout le long du processus de soins dans la durée.

Le PPP présente l'option de soins retenue ensemble, le suivi de sa mise en œuvre et son ajustement dans le temps.

Le PPP résulte d'une décision partagée qui s'inscrit dans une démarche d'EBM (*Evidence Based Medecine*)[37] ; il en résulte un consensus - entre le patient et le professionnel référent - qui prend en compte : les bonnes pratiques professionnelles, les préférences du patient, l'expérience du professionnel en lien avec l'état clinique du patient et le contexte.

Ainsi le choix et les préférences du patient peuvent être connus à l'avance et respectés par les équipes et l'entourage du patient (personne de confiance).

Ce plan permet d'engager et de partager une réflexion du patient, pour anticiper une éventuelle dégradation de son état de santé. Il s'appuie sur l'alliance thérapeutique et la renforce.

Objectifs

Le PPP s'inscrit dans la construction de l'alliance thérapeutique et permet d'impliquer le patient même en soins sans consentement dans les décisions à prendre. Il vise à mieux prévenir la perte de discernement des patients en soins sans consentement et de mieux les prendre en charge en cas de dégradation de leur état de santé psychique.

Il permet d'encourager et d'aider le patient à « hiérarchiser les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ».

Il encourage le patient à mieux connaître sa maladie, à repérer ses signes de mal-être et à acquérir un savoir-faire personnel face à la crise ou autres situations de dégradation de son état de santé.

Il instaure un cadre sécurisant à la fois pour le patient (respect de ses volontés), son entourage et l'équipe référente (connaissance des mesures à prendre en cas de rechute).

Il permet de renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe référente dans le respect des choix et des volontés de la personne.

Il comprend aussi les préférences du patient sur le plan de son environnement personnel, social et familial (logement, garde de son animal de compagnie, aspects financiers, procurations, autres, etc.).

[37] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Méthodologie d'élaboration

À quel moment du parcours faut-il rédiger ce plan ?

Lorsque l'état du patient le permet, une réflexion partagée peut être engagée avec lui pour prévenir les rechutes et l'impliquer dans les mesures à prendre en cas d'une éventuelle dégradation future de son état de santé (ex. : décompensation psychiatrique).

Si le patient en ressent le besoin et donne son accord, ces mesures peuvent être recueillies et formalisées au sein d'un PPP dans une logique préventive et respectueuse de ses volontés. Il fait partie des outils thérapeutiques.

Le PPP peut être conçu dès l'hospitalisation ou durant un PDS, dès que le patient peut disposer des éléments nécessaires à l'analyse de son comportement et de ses symptômes.

C'est pourquoi l'équipe soignante référente, grâce à l'alliance thérapeutique instaurée, sera attentive au moment propice pour aborder la question d'une éventuelle rechute et proposer la construction du PPP.

La capacité de discernement aura été évaluée au préalable lors des entretiens réguliers, quels que soient la pathologie et le parcours du patient.

Comment est construit le PPP, avec qui ? Place des tiers ?

Ce plan peut être proposé au patient et corédigé avec lui par un membre de l'équipe référente choisi par le patient. Il doit être adapté, évolutif et enrichi en fonction de l'évolution clinique du patient.

En amont de la co-construction du PPP, le soignant aura analysé le parcours du patient, ainsi que l'histoire de la maladie afin de s'appuyer sur des éléments concrets et décrits (à partir du dossier patient).

Une tierce personne dite ressource peut participer à son élaboration si le patient le souhaite ; cette personne est issue de l'entourage immédiat (personne de confiance, famille, conjoint, ami…) ce peut être aussi le tuteur, un travailleur social, un représentant des usagers ou autre selon sa situation sociale.
Le soignant sera attentif au niveau de compréhension du patient ainsi qu'à ses habitudes de vie, son réseau, ses moyens matériels.

Il s'agit d'un mode opératoire individualisé et personnalisé, reflet de la relation singulière qui s'est construite avec l'équipe soignante.

Le PPP s'appuie sur la description que fait le patient de la survenue de ses troubles :

1/ Pour cela, le soignant recherchera et listera avec le patient les signes avant-coureurs de la crise et les circonstances qui peuvent le déstabiliser.

2/ Le soignant analyse avec le patient ses moyens de remédier à ses difficultés ainsi que les délais et les différentes possibilités pour demander de l'aide.

3/ Le soignant et le patient s'appuient sur l'analyse des éventuelles erreurs passées, tant du côté du patient que des soignants afin de ne pas les reproduire et construire des axes d'amélioration des soins. Ils évoquent ensemble les préférences du patient, notamment en matière de prescriptions médicamenteuses si elles s'avèrent nécessaires.

Il se construit dans l'idéal autour de 3 types de personnes ressources.

- le patient qui dispose de savoir-faire personnels/expérientiels ; les moyens qu'il va pouvoir mettre en place spontanément en cas de difficulté : mises en sécurité, techniques de retour au calme, restriction de ses relations, ou au contraire extériorisation… ;

- les tiers proches : personne de confiance dont le cadre est défini par la loi, famille, conjoint, voisins, amis, tuteur, travailleur social, médecin généraliste, infirmière libérale ;
- les soignants référents choisis par le patient.

À qui le PPP est-il destiné ?

Il est destiné au patient et à l'équipe référente soignante afin de pouvoir prendre connaissance des choix et volontés du patient en cas de dégradation de son état de santé

Le PPP peut être destiné au médecin traitant, à la personne de confiance et à l'entourage du patient. Les conditions de ce partage d'informations doivent être respectées et mises en œuvre dans le respect du secret professionnel[38]. L'équipe référente sensibilise le patient à l'importance de signaler l'existence de ce document et de le lui remettre.

Traçabilité des informations

Le PPP est un document inséré dans le dossier du patient.

Une copie de ce document écrit est remise au patient pour qu'il puisse s'y référer, pour y trouver les informations en cas de besoin et pour le partager avec ses proches s'il le souhaite.

Contenu

Il repose sur l'analyse :

- de la connaissance de sa maladie (identification des signes avant-coureurs d'une crise) ;

- des facteurs de risque et des mesures de prévention de ces risques ;

- du contexte social dans lequel le patient évolue (environnement de vie : logement, isolement, éléments financiers, protection juridique, animaux de compagnie qu'il possède, etc…).

Le PPP propose des objectifs thérapeutiques et des modalités de prise en charge en cas de dégradation de l'état de santé.

Ces objectifs doivent faire l'objet d'un accord entre les personnes ressources (patient, soignant, tierce personne), pour assurer sa mise en œuvre pratique, le moment venu.

Points de vigilance :

Il ne doit mentionner ni le diagnostic ni le motif de l'hospitalisation ni la situation clinique, qui sont déjà précisés dans le dossier patient.

Une fois le plan établi :

L'équipe s'engage à en tenir compte et à faire son possible pour mettre en œuvre les solutions définies avec le patient.

Le patient est sensibilisé à l'intérêt d'alerter l'équipe sur la survenue de signes précurseurs.

En cas de situation de tension, son désamorçage inclura toujours la proposition de mettre en œuvre les méthodes d'apaisement inscrites dans le plan de prévention.

À quel moment du parcours faut-il mettre en œuvre/dérouler ce plan ?

Le PPP peut être mis en œuvre dès lors que le patient se trouve dans une situation qui le déstabilise et déclenche une dégradation de son état de santé.

[38] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Journal Officiel;22 juillet 2016

Exemple de contenu du plan de prévention partagé

	À REMPLIR
NOM Prénom du patient	
NOM Prénom du soignant référent identifié par le patient	
NOM Prénom de la personne de confiance et/ou de l'entourage à prévenir et téléphones Après accord du patient pour partager l'information	
Signes avant-coureurs de mal-être, de perte de contrôle Exemples : je ne dors plus, je manifeste de la méfiance vis-à-vis de mes voisins, je me replie sur moi-même, je fais des dépenses excessives, je refuse de prendre les appels téléphoniques pendant plus de deux jours, j'arrête mon traitement sans concertation avec mon médecin, je refuse mon traitement, je refuse d'ouvrir la porte à l'entourage, je suis agressif, je ne vais pas à mes RDVs médicaux, notamment le CMP…	
Circonstances qui entraînent une dégradation de l'état de santé ou une décompensation Exemples de facteurs déclenchants : bruits, promiscuité, certaines visites, attitudes, absence/départ de quelqu'un, perte de son emploi, deuil, changement de soignant référent, oubli du traitement, angoisse liée à …., stress déclenché par tout incident/accident pour lui ou un de ses proches …	
Eléments destinés à prévenir la crise et à maintenir son état de santé Exemples : voir régulièrement mon entourage, RDV régulier avec mon psychiatre libéral ou CMP, mon médecin traitant, mon soignant référent, mon assistante sociale etc. Faire un sport, avoir une activité sociale, professionnelle, fréquentation du GEM, autres…	
Les stratégies d'apaisement efficaces : À faire de sa propre initiative : Exemples : un temps au calme, éventuellement dans un espace d'apaisement, alerter une personne de l'entourage ou un soignant, mais aussi : crier, déchirer du papier, autre action permettant d'évacuer. À faire à l'aide de l'entourage :	

Pouvoir parler avec mon conjoint, personne de confiance, mon éducateur, ma famille, etc., mais aussi s'appuyer sur la présence renforcée et discrète de l'entourage ; A faire à l'aide du soignant : pouvoir prendre rendez-vous avec mon médecin traitant, mon psychiatre libéral, mon entourage…Joindre par téléphone le CMP…	
Eléments spécifiques à prendre en compte Exemples : Santé : allergies, intolérance aux effets secondaires de certains médicaments, affections de longue durée : diabète, asthme, régime alimentaire particulier, Environnement du patient : présence d'enfants au domicile, logement, aspects financiers. Autres : animal de compagnie à faire garder, autres éléments	
Objectifs thérapeutiques et prise en charge proposée ayant fait l'objet d'un consensus entre le patient et le professionnel référent	
Souhaits en cas de dégradation de l'état de santé : Exemple : prévenir quelqu'un, · alerter mon médecin traitant, me conduire à l'hôpital, au CMP, etc.	Préciser qui est autorisé par le patient à alerter qui
Souhaits concernant les traitements (médicamenteux, soins, etc…) J'accepte les traitements médicaux et les mesures thérapeutiques suivants, qui me conviennent : Exemples : · nom du médicament, dosage, par voie orale/par injection	Consentement aux traitements suivants : Non-consentement aux traitements suivants : médicaments non tolérés : Autres :
Expérience et analyse de la ou des crises passées et conduite à tenir en cas de crise J'ai eu des expériences négatives avec les substances_XXX/les mesures thérapeutiques suivantes_XXX	

Annexe 3. OUTIL N° 3 : livret d'information patient

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Soins psychiatriques sans consentement

Livret d'information et de rendez-vous sur votre programme de soins

Mars 2021

Vous sortez d'une période d'hospitalisation complète dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement. Ce document vous a été remis après avoir reçu une information orale par votre médecin et votre équipe référente en psychiatrie.

Il contient des informations sur votre programme de soins, vos rendez-vous à venir, les contacts utiles et rappelle vos droits et vos possibilités de recours en cas de désaccord.

Qu'est-ce qu'un programme de soins ?

Vous faites l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement. Cette mesure est maintenue mais vos soins auront désormais lieu en grande partie hors de l'hôpital, c'est ce que l'on appelle un programme de soins psychiatriques[39].

Ce programme de soins peut comporter :

- des rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP) ;
- des visites à domicile ;
- un suivi en hôpital de jour ;
- la participation à des activités au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- des séjours de courte durée à l'hôpital ;
- d'autres mesures qui vous seront précisées.

Votre programme de soins a été établi et peut être modifié par votre psychiatre à tout moment durant votre parcours de soins. Il a été rédigé après un entretien au cours duquel votre adhésion a été recherchée, et votre

[39] Article L. 3211-2-1 du code de la santé publique

avis et vos observations ont été recueillis. Ce programme élaboré avec vous, tient compte de votre état de santé et sera réévalué régulièrement.

Il peut être modifié à tout moment, après un nouvel entretien avec vous, en fonction de votre état clinique.

Si votre état de santé le justifie ou en cas de non-respect du programme de soins susceptible d'entraîner une dégradation de votre état de santé, votre psychiatre peut également décider un retour en hospitalisation complète.

L'objectif est l'amélioration de votre état de santé qui se traduira par un retour à des soins librement consentis.

Votre programme de soins vous a été remis. Il se présente sous la forme d'un document qui :

- précise la nature des soins prévus pour vous, où et à quelle fréquence ils seront réalisés ;
- respecte le secret médical (ni le détail de votre traitement médicamenteux, ni la nature et les manifestations de vos troubles ne doivent apparaitre dans votre programme).

Organisation des différents rendez-vous (à remplir par l'équipe)

Soins - Séjours **(Cocher)**	**Lieux des rendez-vous** **(Adresse complète à remplir)**
☐ Consultations au CMP du secteur Fréquence : ……	Accès si vous venez en transports en commun :
☐ Visites à domicile Fréquence : ……	
☐ Au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel Fréquence : ……	Accès si vous venez en transports en commun :
☐ À l'hôpital de jour Fréquence : ……	Accès si vous venez en transports en commun :
Autres à préciser (séjours, etc.)	
Avez-vous un traitement médicamenteux ?	☐ Oui ☐ Non

Quels sont vos droits et recours possibles ?

Vos recours possibles

Au-delà des droits dont dispose tout patient (accès au dossier médical etc), vous bénéficiez de droits et de garanties particulières du fait de votre situation en soins sans consentement.

Si vous estimez que vos droits et votre dignité ne sont pas respectés, il est possible de :

- saisir la commission des usagers (CDU) de l'établissement de santé dont vous dépendez pour toute plainte ou réclamation. Cette commission est interne à l'établissement de santé. Le rôle de la CDU est de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches ;
  - ✓ en pratique, il vous suffit d'adresser un simple courrier au directeur de l'hôpital.
- saisir la Commission départementale des soins psychiatriques[40] (CDSP). Dans chaque département, cette commission extérieure et indépendante à l'établissement de santé psychiatrique reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans consentement. Elle peut proposer une levée de la mesure auprès du juge des libertés et de la détention ou du préfet ;
  - ✓ en pratique, il vous suffit d'adresser un simple courrier au Président de la CDSP (voir ci-après)
- vous adresser au contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) chargé de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine (voir ci-dessous) ;
- recourir au défenseur des droits. Il peut traiter des demandes d'informations ou les réclamations mettant en cause le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé ou l'accès aux soins ou la sécurité des soins (voir ci-dessous) ;

Contestation de la mesure

Si vous contestez votre mesure de soins sans consentement**,** vous pouvez demander une levée de la mesure en vous adressant au juge des libertés et de la détention[41] (JLD) (droit de la personne à être entendue par le juge des libertés et de la détention (JLD), le cas échéant par son avocat).

Cette demande peut être également faite par votre représentant légal (parent, personne en charge de votre protection juridique), votre conjoint/concubin, la personne qui a sollicité les soins dans le cadre d'une admission sur demande du tiers, toute personne susceptible d'agir dans votre intérêt ou encore le procureur de la République.

Dans certains cas, vous bénéficiez de garanties supplémentaires

Si vos soins sans consentement durent plus d'un an, votre dossier est analysé pour décider du maintien ou non de vos soins :

- par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) externe à votre établissement de santé (hôpital ou clinique) ;
- par le collège des soignants de votre établissement de santé42 dans le cas de soins sur décision du directeur d'établissement. Le but de ce collège est de fournir « une évaluation médicale approfondie de votre état mental » tous les ans, pendant toute la durée de la mesure de soins sans consentement. **Votre avis doit alors être recueilli.**

• Vos données personnelles

Pour faciliter le suivi des personnes en soins psychiatrique sans consentement, les agences régionales de

40 Art. L322-5 et R3223-1 à R3223-11 du CSP

41 Art. L3211-12 à L3211-12-6 et R3211-7 à R32-11-30 CSP

[42] Art. L.3211-9 du Code de la santé publique (CSP), et FAQ : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reforme_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013.pdf

santé disposent d'un fichier contenant des données personnelles, appelé Hopsyweb[43]. Ces données sont protégées.

Enfin, vous conservez, à l'issue de ces soins, la totalité de vos droits et devoirs de citoyen, sans que vos antécédents psychiatriques puissent vous être opposés (L.3211-5 du CSP)

Qui contacter ?

Pour le respect de vos droits : contacts et numéros de téléphone utiles

Coordonnées des représentants des usagers de l'hôpital : **NOMS et E-mail : ……** **……..** **……** **Adresse du directeur de l'hôpital pour écrire à la commission des usagers :** **……** **……** **……....**	**Coordonnées du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) :** **Tél. : 01 53 38 47 80 / www.cglpl.fr** **Adresse : CGLPL Contrôleur général des lieux de privation de liberté** **CS N°70048 BP 10301** **75921 PARIS CEDEX 19**
Coordonnées du président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) : NOM du président CDSP…….. Adresse de l'agence régionale de santé pour écrire au Président de la CDSP : …….... …….....	**Coordonnées du défenseur des droits (pôle santé) :** Tél. : 09 69 39 00 00 / 0810 455455 / **www.defenseurdesdroits.fr** Adresse : 7 rue Saint Florentin 75008 Paris

43 Décret N°2018-383 du 23 mai 2018

Vos rendez-vous et les contacts utiles

Nom…….. **Prénom……..**

Délivré le -----/-----/------

Coordonnées de votre équipe référente du CMP ou autre structure

(à remplir par l'équipe)

Fonctions/métiers	NOM Prénom :
Médecin psychiatre référent : 1. Hôpital 2. CMP	1. Docteur …….. 2. Docteur …….
Infirmier(e) référent(e)	M./Mme…….
Infirmier(e)	M./Mme…….
Psychologue	M./Mme…….
Assistant(e) social(e)	M./Mme…….

Contacts et numéros de téléphone utiles en cas de difficultés
(à remplir par l'équipe)

Pour votre suivi et vos RDV de soins réguliers	**Tél. du Centre médico-psychologique (CMP) :**
En cas d'urgences	Tél. CMP : Tél. de l'hôpital :
N° des proches, personne de confiance	
Autres numéros à appeler	Les urgences : 15, 112 à vérifier
N° médecin traitant	

NB : pensez à appeler pour décaler un RDV ou informer de votre impossibilité de venir

Planning des rendez-vous (à remplir par l'équipe)

SOINS/SEJOURS	DATES DES RDV	
Consultations médicales au CMP du secteur	- - -	- - -
RDV infirmiers (par exemple pour l'administration de traitement, autres)	- - - -	- - - -
Visites à domicile	- - -	- - -
Au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	- - -	- - -
A l'hôpital de jour	- - -	- - -
Autres	- -	- -

NOM, adresse de l'établissement de santé d'accueil :

Ce document a été élaboré par la HAS et relu par des professionnels et des patients concernés par le sujet. Il a été rédigé selon les consignes en vigueur et les connaissances disponibles à la date de sa publication qui sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur **www.has-sante.fr**

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé — mars 2021

Annexe 4. Enquêtes réalisées par Ascodocpsy, Anrqpsy, Fnapsy et Unafam

L'objectif des enquêtes était de cerner les besoins et attentes des patients, de leurs familles, des professionnels et de prendre connaissance de l'état des lieux des pratiques. Ces enquêtes ont été réalisées par 4 organisations : Ascodocpsy (Réseau documentaire en santé mentale), l'Anrqpsy (Association nationale des responsables qualité en psychiatrie), la Fnapsy (Fédération nationale des patients en psychiatrie), et l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques).

Ces enquêtes ont permis de prendre en compte le point de vue des patients, des familles et des professionnels exerçant en établissement psychiatrique et de santé mentale.

- Le point de vue des patients, représenté par la Fnapsy, souligne plusieurs aspects :
  - une forte inquiétude des patients, un sentiment de viol du domicile ;
  - la nécessité de contrats explicites ;
  - un sentiment d'épée de Damoclès ressenti par les patients ;
  - la demande d'une meilleure écoute/attention des patients ;
  - la nécessité d'évaluer la loi 2011 et 2013 ;
  - un vécu de stigmatisation, le sentiment de devoir supplier et le rejet massif des PDS.
- Le point de vue des familles représenté par l'Unafam à travers une audition et une enquête terrain (127 répondants), indique plusieurs éléments. Trois problématiques sont identifiées :
  - celle du défaut de prévention et de soins en amont ;
  - la préparation de la sortie d'hospitalisation et la nécessité de prendre en compte les conditions de logement et l'entourage du patient ;
  - et celle des ruptures de prises en charge.

L'enquête relate la durée du PDS supérieure à un an dans trente-huit pour cent des situations, avec dans vingt pour cent des cas des durées supérieures à trois ans. Elle fait part d'un taux de ré hospitalisations de quarante-cinq pour cent, imposées par le non-respect des programmes dans trente pour cent des cas. Elle propose des pistes d'amélioration concernant le développement de « l'aller vers » et une meilleure coordination avec le secteur médicosocial et l'entourage familial.

- L'Ascodocpsy, à travers les 39 établissements de santé répondants, soulève plusieurs éléments. Une majorité de psychiatres [26] a répondu à cette enquête. Cette dernière pointe les complexités administratives nombreuses, la question de la durée des programmes de soins, l'absence de protocole pour la mise en œuvre des programmes de soins, des modalités pratiques de réintégration des patients peu opérationnelles (articulation avec forces de l'ordre, Samu, etc.).

Elle met en évidence les problématiques du suivi du patient, de la coordination des intervenants, et de la nécessité de référents, de l'importance de la préparation de la sortie d'hospitalisation.

Parmi les indications des PDS, trois axes ressortent : les difficultés d'alliance thérapeutique, l'absence d'observance thérapeutique et le risque d'hétéro ou d'auto-agressivité.

Les contre-indications évoquées sont l'absence de compliance aux soins, le déni de la maladie, le refus de soins, l'état clinique des patients, les patients étrangers ne résidant pas en France, le risque d'hétéro ou d'auto-agressivité.

- L'Anrqpsy a obtenu 13 réponses d'établissements dont une majorité d'établissements publics de santé mentale. Plus de la moitié des établissements ont dû mener une réflexion sur les PDS. Cette réflexion a été abordée en CME dans plus de la moitié des établissements ; ils ont par exemple, élaboré un guide interne comprenant des procédures à suivre à l'échelle de l'établissement. Cette étude révèle que dans la grande majorité des cas les médecins traitants ne sont pas associés à la préparation et au suivi extrahospitalier. C'est le même constat pour les représentants des usagers qui ne sont globalement pas associés.

Les responsables qualité et gestion des risques ne sont pas systématiquement associés aussi à cette démarche. Les difficultés remontées portent sur la règlementation peu connue, les difficultés de mise en œuvre du PDS, la variabilité des pratiques médicales et la problématique de la réintégration, la continuité de la prise en charge, l'articulation avec les services d'aval.

Annexe 5. Exemple de protocole de réintégration

Il ne s'agit pas d'un document validé mais utilisé en pratique sur le terrain. Il est diffusé à titre d'information.

OBJECTIF

Ce protocole décrit la conduite à tenir pour la réintégration en hospitalisation complète d'un patient en programme de soins sans consentement.

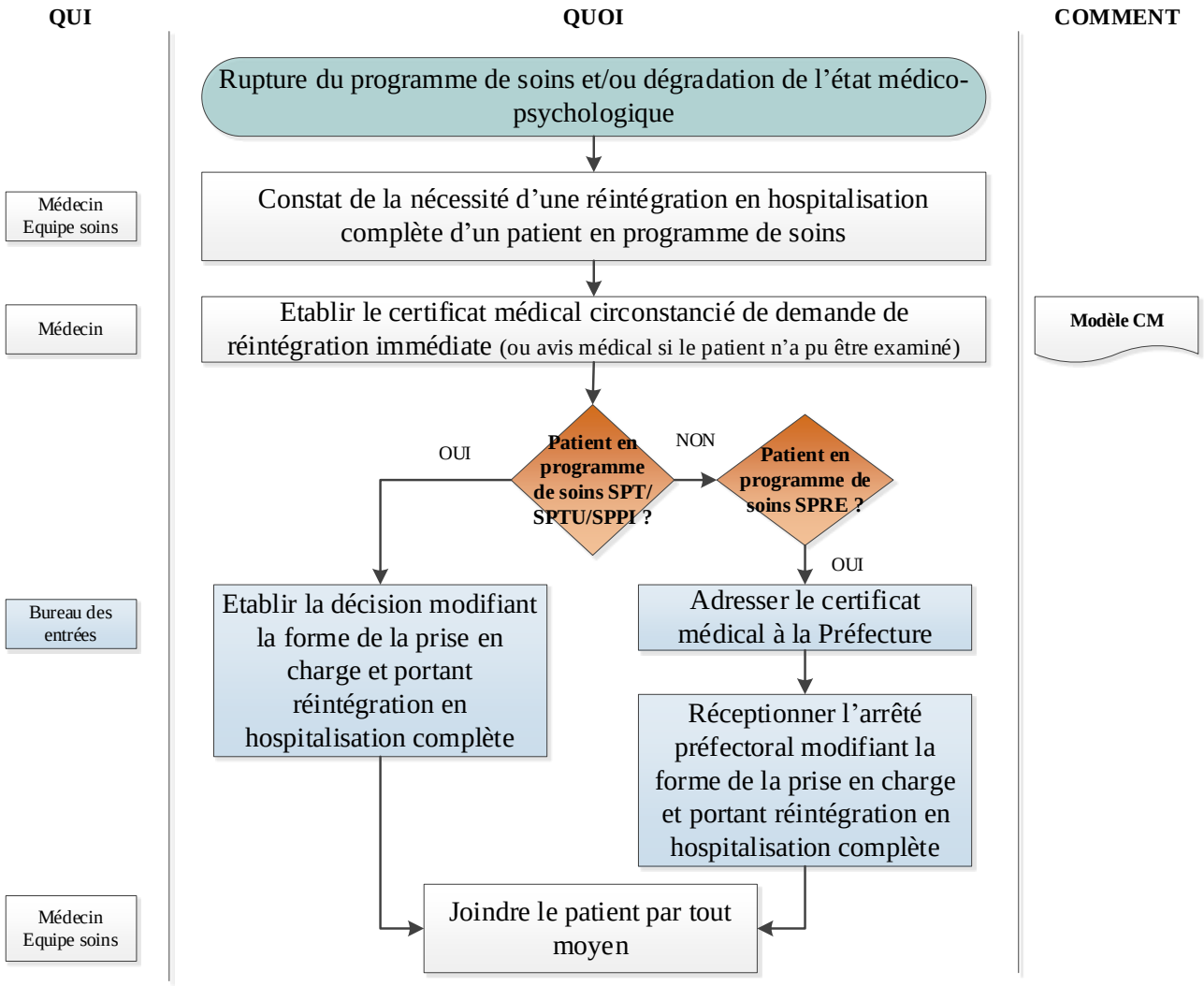
DOMAINE D'APPLICATION

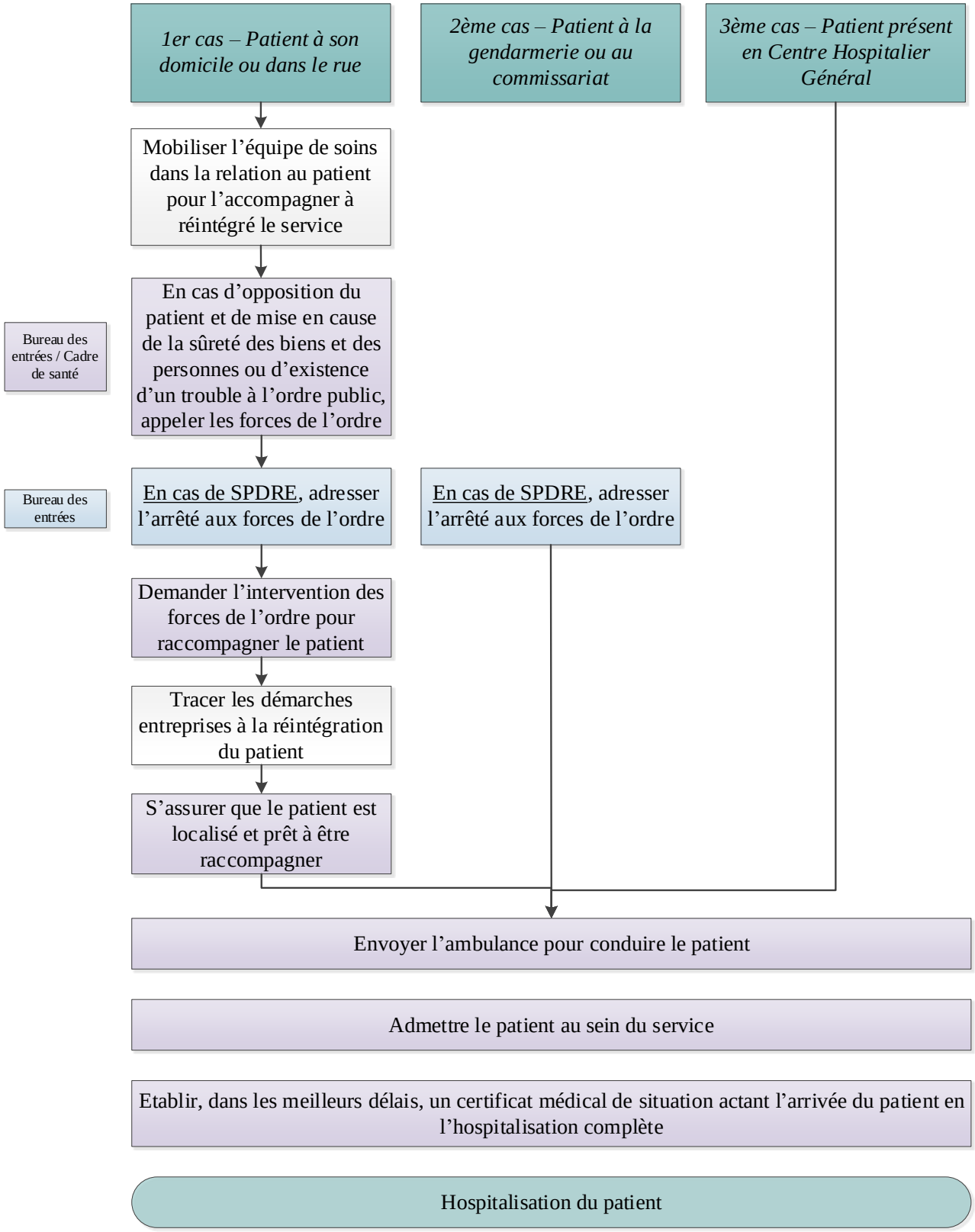
Ce protocole s'adresse à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- 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.
- Cour de cassation, 15 octobre 2014 n° 13-12.220.

DESCRIPTION




1er cas – Patient à son domicile ou dans le rue
2ème cas – Patient à la gendarmerie ou au commissariat
3ème cas – Patient présent en Centre Hospitalier Général
Mobiliser l'équipe de soins dans la relation au patient pour l'accompagner à réintégré le service
Bureau des entrées / Cadre de santé
En cas d'opposition du patient et de mise en cause de la sûreté des biens et des personnes ou d'existence d'un trouble à l'ordre public, appeler les forces de l'ordre
Bureau des entrées
En cas de SPDRE, adresser l'arrêté aux forces de l'ordre
En cas de SPDRE, adresser l'arrêté aux forces de l'ordre
Demander l'intervention des forces de l'ordre pour raccompagner le patient
Tracer les démarches entreprises à la réintégration du patient
S'assurer que le patient est localisé et prêt à être raccompagner
Envoyer l'ambulance pour conduire le patient
Admettre le patient au sein du service
Etablir, dans les meilleurs délais, un certificat médical de situation actant l'arrivée du patient en l'hospitalisation complète
Hospitalisation du patient

Annexe 6. Recherche et analyse internationale de la littérature

Objectif recherché

La recherche et l'analyse documentaire ont pour but d'identifier les études, documents relatifs aux programmes de soins psychiatriques (PDS) sans consentement au niveau de la France et aux modalités de soins ambulatoires s'en rapprochant au plan international.

Les objectifs sont de déterminer les problématiques en France et à l'étranger, d'identifier les leviers d'action et de qualité des PDS, les difficultés et les moyens pour y remédier.

L'objectif de cette recherche est d'identifier les bonnes pratiques entraînant des bénéfices pour les acteurs (patients/professionnels).

Les injonctions de soins ou obligations de soins sont hors périmètre de cette recherche (soins sans consentement requis pour les personnes condamnées par la justice).

De plus, il a été retrouvé dans la littérature des articles relatifs aux ACT (*Assertive Community Treatment*) et PACT (*Program of Assertive Community* Treatment). Ce sont des traitements intensifs de proximité permettant un suivi très rapproché du patient. Ce ne sont pas des programmes de soins psychiatriques sans consentement comme proposés en France. En effet, ils sont basés sur la gestion de cas pour des patients présentant des troubles sévères. Il s'agit de services très individualisés proposés aux patients. Ce sont des professionnels formés (équipe pluridisciplinaire) qui se déplacent au domicile du patient (24 h/24) et qui sont dans une démarche « d'aller vers » le patient. Sur la base d'études de niveaux de preuve faibles à modérés, ces programmes auraient un impact sur la réduction des ré-hospitalisations (37) et favoriseraient le suivi des soins. Selon l'étude du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, la limite évoquée par ces programmes (38) est de répondre aux moments les plus sévères du parcours (patients instables à haut risque d'hospitalisations non programmées) et de ne pas recouvrir des moments de stabilité délégués à une autre équipe. De ce fait, de nouvelles organisations voient le jour comme les FACT (*Flexive Assertive Community Treatment*) s'adressant à tous les moments du parcours avec la même équipe pluridisciplinaire, les RACT (*Resource Group Assertive Community Treatment*). Les organisations des soins en psychiatrie et les ressources allouées étant différentes selon les pays, il est difficile d'affirmer que ces modèles pourraient être la solution idéale.

Le groupe de travail a conclu de restreindre le périmètre des travaux à la psychiatrie adulte compte tenu du fait que les PDS ne peuvent concerner que peu de patients mineurs.

Les études quantitatives et qualitatives ont été recherchées.

Les termes anglais retrouvés ont été : *involuntary outpatient treatment* (IOT), *compulsory community treatment* (CCT), *compulsory ambulatory treatment*, *community treatment order* (CTO), *supervised community treatment* (SCT), *mandatory outplacement treatment* (MOT), *assisted outpatient treatment*, *compulsory community care*, *outpatient compulsory care*, *mandatory community treatment*.

Méthode

La méthode de recherche comporte plusieurs étapes.

-Au niveau français, compte tenu du faible nombre de travaux sur le sujet, la recherche a été large sur les PDS. Il n'existe pas d'essais contrôlés randomisés (ECR) en France sur le sujet. Il existe, en revanche, quelques études observationnelles et enquêtes de pratiques. La sélection des articles a donc été moindre.

Au niveau international, une première recherche a été menée dans plusieurs bases de données (Medline, Embase, EMCare et Psycinfo) pour la période 2015-2019 et limitée aux articles anglophones ou francophones. Pour la période 2008-2019, la recherche a été limitée aux articles présentant les plus hauts niveaux de preuve (recommandations, revues systématiques dont revues Cochrane).

Les critères de sélection pour la littérature étrangère ont été les études avec de hauts niveaux de preuve (revues Cochrane, ECR, revues systématiques de la littérature, revues systémiques).

Enfin, une recherche plus ciblée a été opérée au sein de la littérature grise pour cibler les guides de bonnes pratiques existants à l'étranger, l'objectif étant de rechercher des documents similaires au livrable attendu. Par exemple : les codes/guides de bonnes pratiques en Angleterre, pays de Galles, en Australie, au Canada.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche initiale dans les bases de données Medline, Embase, EMCare et PsycInfo.

Sujet / Type d'études Termes utilisés		Période	Nombre de références
Recommandations		2008-2019	4
Etape 1	((MESH.EXACT("Ambulatory Care") AND MESH.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") OR MESH.EXACT("Community Mental Health Services") OR MESH.EXACT("Outpatients") AND MESH.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders")) AND (MESH.EXACT("Involuntary Treatment, Psychiatric") OR MESH.EXACT("Coercion") OR MESH.EXACT("Mandatory Programs"))) OR (((EMB.EXACT("ambulatory care") and EMB.EXACT.EXPLODE("mental disease")) OR (EMB.EXACT.EXPLODE("mental health service") AND (EMB.EXACT("outpatient care") OR EMB.EXACT("outpatient") OR ti,ab("ambulatory" OR "outpatient*" OR "out-patient*" OR "community"))) OR (EMB.EXACT.EXPLODE("mental disease") AND (EMB.EXACT("outpatient care") OR EMB.EXACT("outpatient"))) AND (EMB.EXACT("involuntary commitment") OR EMB.EXACT("mandatory program")))) OR (((SU.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") AND SU.EXACT.EXPLODE("Outpatient Treatment")) OR (SU.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") AND SU.EXACT.EXPLODE("Outpatient Treatment") OR SU.EXACT("Community Mental Health Services")) OR (SU.EXACT("Outpatients") AND SU.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders"))) AND (SU.EXACT("Involuntary Treatment") OR SU.EXACT("Coercion") OR SU.EXACT("Court Referrals"))) ((("ambulatory care" AND "mental disease")/de OR ("mental health service"/de AND (("outpatient care" OR "outpatient")/de			

	OR ("ambulatory" OR "outpatient*" OR "out-patient*" OR "community")/ti,ab)) OR ("mental disease" AND ("outpatient care" OR "outpatient"))/de) AND ("involuntary commitment" OR "mandatory program")/de) OR (("community treatment order*" OR "compulsory community care" OR "compulsory community treatment" OR "outpatient compulsory care" OR "mandat* community treatment*" OR "assisted outpatient treatment*" OR "outpatient commitment" OR "assertive community treatment*")/ti,ab OR ("involuntary outpatient*" OR "involuntary out-patient*")/ti) OR (("community" OR "outpatient*" OR "out-patient*" OR "ambulatory" OR "Community Mental Health")/ti AND ("involuntar*" OR "coerci*" OR "compulsor* OR mandat*")/ti)		
ET			
Etape 2	TI(consensus) OR TI(guidance[*1]) OR TI(guide) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(Consensus Development Conferences as topic) OR MESH.EXACT(Consensus Development Conferences, NIH as topic) OR MESH.EXACT(guidelines as topic) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR MESH.EXACT(Practice Guidelines as topic) OR EMB.EXACT(consensus development) OR EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(Government Publications) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)		
Méta-analyses, revues systématique		2008-2019	36
Etape 1			
ET			
Etape 3	TI,AB(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI,AB(metaanalys[*3]) OR TI,AB(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI,AB(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI,AB(systematic* PRE/0 review[*3]) OR MESH.EXACT(meta-analysis as topic) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-analysis) OR PUB(cochrane database syst rev)		
Essais contrôlés randomisés / non randomisés		2015-2019	51
ETAPE 1			
ET			
Etape 4	TI,AB(random*) OR MESH.EXACT(Controlled Clinical Trials as topic) OR MESH.EXACT(cross-over studies) OR		

	MESH.EXACT(double-blind method) OR MESH.EXACT(random allocation) OR MESH.EXACT(randomized controlled trials as topic) OR MESH.EXACT(single-blind method) OR EMB.EXACT(controlled clinical trial) OR EMB.EXACT(crossover procedure) OR EMB.EXACT(double blind procedure) OR EMB.EXACT(multicenter study) OR EMB.EXACT(randomization) OR EMB.EXACT(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(single blind procedure) OR DTYPE(Controlled Clinical Trial) OR DTYPE(multicenter study) OR DTYPE(randomized controlled trial)		
Etudes comparatives		2015-2019	10
Etape 1			
ET			
Etape 5	TI(clinical PRE/0 trial*) OR TI(comparative PRE/0 stud*) OR TI(versus) OR MESH.EXACT(Clinical Trial) OR EMB.EXACT(Clinical Trial) OR EMB.EXACT(comparative study) OR DTYPE(comparative study)		
Etudes observationnelles (études de cohortes, cas-témoins)		2015-2019	59
Etape 1			
ET			
Etape 6	TI(case PRE/0 control PRE/0 stud*) OR TI(cohort*) OR TI(follow PRE/0 up PRE/0 stud*) OR TI(longitudinal PRE/0 stud*) OR TI(prospective PRE/0 stud*) OR TI(retrospective PRE/0 stud*) OR MESH.EXACT(case-control studies) OR MESH.EXACT(cohort studies) OR MESH.EXACT(Cross-Sectional Studies) OR MESH.EXACT(Epidemiologic Studies) OR MESH.EXACT(Follow-Up Studies) OR MESH.EXACT(longitudinal studies) OR MESH.EXACT(prospective studies) OR MESH.EXACT(retrospective studies) OR EMB.EXACT(cohort analysis) OR EMB.EXACT(Cross-Sectional Study) OR EMB.EXACT(follow up) OR EMB.EXACT(longitudinal study) OR EMB.EXACT(prospective study) OR EMB.EXACT(retrospective study) OR EMB.EXACT.EXPLODE(case-control study) OR MESH.EXACT("Observational Study") OR EMB.EXACT("observational study")		
Revues		2015-2019	27
Etape 1			
ET			
Etape 7	TI(review) OR EMB.EXACT(review) OR DTYPE(review)		

Etudes de cas		2015-2019	8
Etape 1			
ET			
Etape 8	TI(case PRE/0 stud[*3]) OR TI(case PRE/0 report[*1]) OR EMB.EXACT(case report) OR DTYPE(case reports)		

ETAPE 2

Des recherches complémentaires plus ciblées ont été ensuite menées, notamment pour repérer la littérature grise sur la période 2008-2019 (+ autres recherches antérieures et ajouts d'autres études).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : Medline, PsycInfo, Embase, Emcare ;
- pour la littérature francophone : BDSP, Cairn, Erudit, Hal , Isidore, Lissa, Santé Psy ;
- la Cochrane Library ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

Agence nationale d'appui à la performance

Alberta Health Services

American Psychiatric Association

Ascodocpsy

Association française des psychiatres d'exercice privé

Australian Mental Health Outcomes and Classification Network

Canadian Psychiatric Association

Care Quality Commission

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Centre national d'excellence en santé mentale

Chief Psychiatrist of Western Australia

Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

College of Psychiatrists of Ireland

L'Encéphale

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness

European Psychiatric Association

Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

Fédération française de psychiatrie

Fédération française de psychiatrie Psydoc-France

Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie

Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France

Fondation Fondamental

Governement of Western Australia - Department of Health

Guidelines International Network

Haute Autorité de santé

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Joint Commissioning Panel for Mental Health

King's Fund

National Health Services England

National Health Services Southern Health

National Institute for Health and Care Excellence

National Institure for Mental Health in England

New Zealand Guidelines Group

Newfoundland and Labrador Centre for Health Information

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Royal College of Psychiatrists

Santé mentale France

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Sheffield Health and Social Care

Société Royale de Médecine Mentale de Belgique

Southern Health NHS Foundation Trust

State of New York

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Syndicat des psychiatres Français, Association de psychiatrie

Tennessee Department of Mental Health and Substance Abuse

Treatment Advocacy Center

UK Governement - Department of Health and Social Care

Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux

Washington State Institute for Public Policy

Welsh Government q

World Federation for Mental Health

World Health Organization

Au niveau de la France, compte tenu du faible nombre de travaux de recherche, des articles de moins hauts niveaux de preuve ont été retenus. Il a été retenu des études observationnelles, enquêtes de pratiques, et avis d'auteur. Ces différents documents ont permis d'identifier les problématiques françaises.

La recherche documentaire a permis d'identifier 28 publications françaises.

En revanche, concernant la littérature internationale, des articles de plus hauts niveaux de preuve ont été retenus du fait du nombre plus important de travaux de recherche.

La recherche documentaire a permis d'identifier au plan international : 36 revues systématiques dont 1 revue Cochrane, 51 essais contrôlés (randomisés et non-randomisés), 10 études comparatives, 59 études observationnelles, 27 revues de la littérature, 8 études de cas et 204 articles sans niveau de preuve (avis d'auteurs, études qualitatives, …).

Sur cette base ont été sélectionnées 20 études, 16 revues systématiques dont 1 revue Cochrane.

Analyse de la littérature

- **Des contextes juridiques et politiques différents, des modalités de mise en œuvre différentes**

Compte tenu des différences de législations, de contextes et de systèmes de soins au plan international, il est difficile d'établir des comparaisons entre les pays sur les programmes de soins psychiatriques sans consentement tels que proposés en France. En revanche, des modalités de soins similaires ou s'y apparentant ont été retrouvées dans la littérature internationale. Les résultats de ces études seront donc à nuancer, compte tenu des contextes d'utilisation non superposables.

Des possibilités de soins comparables aux programmes de soins psychiatriques sans consentement existent donc dans de nombreux pays (15), même si les modalités ne sont pas tout à fait identiques à la France sur le plan du contenu des programmes, modalités de traitement, durée, acteurs concernés, modalités de remboursement, etc. Par exemple en France, c'est le psychiatre qui décide du programme de soins, alors qu'aux Etats-Unis, il s'agit d'une décision issue du tribunal de santé mentale. Les programmes de soins initiés à partir de décisions cliniques sont retrouvées au Canada, en Suisse, en Ecosse, en Angleterre, en Suède, au Danemark, en Norvège.

Ces modalités de soins existent dans les pays anglosaxons (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne), mais aussi dans les pays du Nord (Danemark, Suède, Norvège, Pays-Bas), en Suisse, et quelques pays européens (Hongrie), ainsi qu'en Israël. C'est aux Etats-Unis que l'on trouve le plus de travaux de recherche.

Le développement de ces modalités a été observé depuis les années 1980-1990. La thèse du Dr Adeline Lefebvre (39) de la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille, a établi une chronologie de l'apparition de ces types de soins, c'est la Norvège (1961) qui les a initié, puis la Suède (1991), l'Australie, la Nouvelle-Zélande, puis les Etats-Unis (1999) et le Canada (2000), puis l'Angleterre en 2007 (amendement du *Mental Health Act*).

L'étude de l'auteur Suédois Sjöström (40) détaille le développement, dans 4 pays (Norvège, Suède, New -York, Royaume-Uni), des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire, en dépit de contextes socio-politiques différents. Il émet l'hypothèse du rôle des facteurs sociopolitiques dans son

développement (perception/préjugés de la population vis-à-vis des patients ayant des troubles psychiatriques/dangerosité dans la société, développement des droits des patients, politique inclusive, évolution des politiques de santé mentale, implication de la profession médicale dans ces politiques, sécurité de la population etc.).

En France, le terme de programme de soins psychiatriques sans consentement est apparu en 2011.

C'est 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 (2), révisée en 2013 (13), qui propose cette modalité de traitement sous ce terme. En revanche avant cette loi, cette modalité de soins s'apparentait à d'autres formes ou termes, tels que les sorties d'essai introduites par la circulaire de 1957 et légalisées par la loi du 27 juin 1990 (12).

Les programmes de soins en psychiatrie ou assimilés s'inscrivent dans un contexte global de désinstitutionnalisation et de « virage ambulatoire ».

Parallèlement, ils évoluent dans un contexte d'avancée des droits des patients, de développement de l'*empowerment* et d'engagement des patients, et aussi dans un contexte médiatique de stigmatisation de ces patients souvent considérés, à tort, comme dangereux par l'opinion publique (7).

En 1997, dans le rapport Strohl (41), est apparue la première proposition de soins sans consentement hors de l'hôpital. En 2001, le rapport Piel-Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » proposait une loi spécifiant l'obligation de soins en ambulatoire révisée périodiquement et éventuellement renouvelée après un mois (42). En 2005, en France, le Pr Jean-Louis Senon soulevait dans son article (43) la perception négative des malades mentaux par les médias et l'opinion publique ; ceux-ci confondant les auteurs de crime et les malades mentaux. Il sensibilisait l'opinion sur le rôle des soins sans consentement en ambulatoire dans une perspective de maintien d'une psychiatrie publique moderne et ouverte.

Lors de leur mise en place, les programmes de soins ou assimilés ont suscité partout de nombreux débats et controverses sur le plan éthique, des libertés individuelles du patient et sur le plan de l'efficacité de cette prise en charge.

Ces modalités de soins ont fait l'objet d'études quantitatives et qualitatives. Les études sont contrastées et peuvent présenter des biais. Les études, notamment qualitatives, permettent de recenser des éléments utiles pour le sujet traité.

De façon générale, l'analyse de la littérature internationale, notamment au travers des études quantitatives, ne permet pas d'identifier à ce jour des preuves d'efficacité des programmes de soins ou assimilés.

En revanche, cette modalité de soins est tout de même utilisée dans 75 juridictions dans le monde (14).

– Importance de développer la recherche en France

Il existe peu d'études françaises de hauts niveaux de preuve, et peu de recherches nationales sur les programmes de soins en psychiatrie. Il n'existe pas d'essais contrôlés randomisés. Il est retrouvé des études observationnelles, des enquêtes de pratiques, des études qualitatives. De ce fait, de nombreux articles ont été sélectionnés (littérature grise, rapports, opinions d'auteurs, éditos, etc.).

Il est mentionné, dans plusieurs rapports et colloques (44), l'importance de développer la recherche sur ces programmes de soins ou encore des évaluations de leurs effets (45).

En France, certaines équipes mettent en place ces programmes, d'autres utilisent peu, voire pas du tout, cette modalité thérapeutique (grande disparité territoriale d'utilisation (16)). Leur mise en place varie selon les praticiens et selon les secteurs. Le rapport de l'Igas (1) soulève également des différences de pratiques inexplicables interrogeant la qualité des soins sans consentement.

Les députés Denys Robiliard et Denis Jacquat, dans leur rapport (46), dressent un constat des soins sans consentement en augmentation. Ils proposent plusieurs recommandations telles que : la mesure de l'efficacité des programmes de soins, un meilleur codage de ceux-ci (indiquer dans le RIM-P le début et la fin d'un programme de soins), une étude portant sur le recours aux programmes de soins, une exploitation des données statistiques. Ils proposent aussi une meilleure articulation entre le JLD et les CDSP. Ils souhaitent aussi que la HAS fasse des recommandations relatives aux conditions de mise en place, de modification et de levée des programmes de soins.

Une étude (18), réalisée en Ile-de-France en 2013, au sein de 148 secteurs, évoque l'hétérogénéité de recours à ces programmes selon les secteurs, et met en évidence le rôle de la culture de service et de la familiarité des secteurs vis-à-vis des PDS. Cette étude relève aussi la nécessité d'une réflexion en équipe pluriprofessionnelle associant les professionnels intra-hospitaliers et extra-hospitaliers.

Le rapport d'information de l'Assemblée nationale indique la nécessité de documenter davantage le recours à ces formes de prises en charge (46).

Ces programmes ont été et sont encore sujets à de nombreux débats et à de nombreuses controverses parmi les psychiatres, comme le souligne l'étude de la philosophe sociologue Caroline Guibet-Lafaye (47). Les positions favorables relèvent la notion de pragmatisme, la notion d'alternative à l'hospitalisation complète, un article supplémentaire français présente les arguments en faveur des soins sans consentement en ambulatoire (48). Les positions défavorables relèvent la défense de droits individuels constitutionnels.

Les avis et études existants ne sont pas toujours convergents sur l'efficacité de ces programmes. Certaines études soulignent leurs effets favorables (18, 49) (évitement de l'enfermement, meilleure relation entre le patient et l'équipe, désengorgement des lits d'hôpitaux, baisse des durées d'hospitalisation), et d'autres soulignent le statut ambigu du patient (50, 51), la situation intermédiaire que représente ce type de programme, les « faux » programmes de soins, les questions de responsabilités engagées par la direction (51) et les médecins.

Quatre thèses sur ce sujet ont été retrouvées, datant de 2015, 2016, 2018 et 2019. La thèse issue de l'université de Toulouse du Dr Laurène Jolivet est de nature descriptive (19). Elle soulève des questions essentielles telles que la nécessité de prise en compte des données socio-démographiques des patients (âge, sexe, état matrimonial, niveau d'éducation, mesure de protection, etc.) dans l'indication de ces programmes. Elle évoque quelques critères importants d'indication d'un tel traitement (déni des troubles, faiblesse de l'insight, mauvaise observance thérapeutique et médicamenteuse). Elle soulève le fait qu'il s'agit avant tout d'un outil juridique avant d'être un outil thérapeutique. Elle identifie les objectifs et la finalité des PDS comme le fait de viser l'autonomie du patient, lui faire accepter sa maladie, les soins, le traitement, de construire avec lui une alliance thérapeutique. Le fait aussi qu'il l'envisage comme une étape vers des soins librement consentis.

Deux autres thèses effectuées au CHRU de Tours par le Dr Ramus Houstin (20) et au centre hospitalier de Bordeaux par le Dr Aurélia Lafossas (21) ont réalisé respectivement une étude observationnelle d'analyse des pratiques et une étude des pratiques sur les programmes de soins sans consentement. Elles pointent le fait qu'en France, il n'y a aucun critère, à ce stade, qui encadre les programmes de soins sans consentement en ambulatoire.

La thèse de Tours (20) identifie dans son étude les critères de recours aux PDS qui sont : le mode d'hospitalisation, la réalisation d'autorisation de sortie durant l'hospitalisation, la prescription d'un neuroleptique retard à la sortie, des troubles psychotiques et polaires, des antécédents de soins sans consentement, et d'inobservance des traitements.

La thèse d'Adeline Lefebvre (39) de l'université de Lille (faculté de médecine Henri Warembourg), relative aux modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires (2019), a permis de réaliser une double revue systématique mixte de la littérature à l'international et en France. Elle décrit l'état de l'art à l'échelle internationale et nationale sur ces modalités de prises en charge. Elle identifie la diversité des modèles à l'étranger (notamment le fait que ces soins peuvent être décidés par un juge ou un tribunal de santé mentale). Sa thèse a fait l'objet d'une publication dans l'*Information psychiatrique* (52).

La HAS a publié plusieurs travaux (6, 11, 53), en lien avec cette thématique tels que l'audition publique de 2011 relative à la dangerosité psychiatrique (7). Elle recommande la possibilité de PDS pour des patients connus pour des ruptures de soins à répétition. Il existe des recommandations de pratique clinique relatives aux modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (2005) (6), ainsi que plus récemment en 2018, une recommandation relative à l'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 (10).

Il existe des travaux sur les parcours de santé en psychiatrie et santé mentale : un rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale (38), des publications Anap (54) sur les parcours de soins en psychiatrie et santé mentale (guide, retours d'expériences), mais non spécifiques des soins ambulatoires sans consentement.

Le centre de preuves en psychiatrie et santé mentale a élaboré un rapport (38) sur les données de preuves, en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Si ce rapport n'est pas spécifique des soins sans consentement, il évoque des pistes de réflexion sur la prise en compte du rétablissement, d'un projet de soins personnalisé permettant de veiller à l'ajustement entre l'équipe et le patient, avec un travail sur la relation thérapeutique. Cette démarche devant être soutenue par tous les membres de l'équipe ; les synthèses d'équipe s'avèrent fondamentales.

Du point de vue des patients, une étude qualitative française, réalisée avec dix entretiens de patients (26), évoque leur point de vue sur ces mesures. Certains participants peuvent se sentir stigmatisés, ou le vivre comme une perte de leur dignité humaine. Ils peuvent aussi se sentir jugés comme dangereux ou comme des criminels. Certains évoquent la similarité avec le fait d'avoir un bracelet électronique. Cependant, cette étude relève tout de même le caractère protecteur de ces soins et leur utilité à travers leur fonction contenante. Jean-Michel Bourelle *et al.* évoquent aussi cet aspect protecteur du cadre thérapeutique (55). Une recherche qualitative, à partir d'une revue de la littérature a été entreprise, pour tenter de comprendre la façon dont les professionnels ont intégré cette nouvelle modalité des soins sous contrainte, les résistances, les usages qui se sont mis en place. Les auteurs identifient 4 points forts : la responsabilité collective à protéger les patients vulnérables ; le soin sans consentement à ne pas considérer comme une finalité ; la relation de soin essentielle au traitement des troubles psychiques ; l'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique. Ils concluent que le programme de soins ambulatoires mérite d'être suivi dans la durée et devrait viser l'objectif initial du soin psychique : la recherche du consentement comme facteur d'alliance thérapeutique.

Du point de vue des familles, une enquête française (56), auprès de 24 familles, a fait le constat d'une meilleure adhésion aux soins de leur proche, qui dans 75 % des cas, ne paraissent pas mal ressentir ces soins.

- **Des patients concernés par ces soins présentant globalement des caractéristiques similaires**

Les programmes de soins s'adressent, en France, à des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (16). Il s'agit d'une population majoritairement masculine (60 %), d'âge moyen de 43 ans, ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques. On retrouve également, dans une moindre mesure, des patients ayant des troubles bipolaires ou des troubles de la personnalité.

Au plan international, l'étude de Rugkåsa (14), indique que ces modalités de soins sont globalement utilisées pour des patients : hommes âgés d'environ 40 ans, diagnostiqués pour des troubles schizophrènes, n'adhérant pas aux traitements et sujets aux admissions multiples (syndrome de la porte tournante).

- **Des preuves d'efficacité non démontrées au plan international, de nombreux débats, mais une utilisation relativement répandue**

La recherche de la littérature a permis d'identifier, à la fois des études quantitatives et qualitatives dont les résultats peuvent être contrastés. Certaines études qualitatives peuvent démontrer des effets positifs (malgré des faiblesses méthodologiques comme l'absence de groupe contrôle), alors que certaines études quantitatives peuvent ne démontrer aucune réelle preuve d'efficacité.

Globalement, la littérature internationale ne permet pas d'identifier à ce jour des preuves d'efficacité des programmes de soins ou assimilés (ex. : CTO) ou de bénéfices en termes de qualité de vie, de fonctionnement social, de durée de séjour et de taux de réhospitalisations.

Les principaux indicateurs mesurés, retrouvés dans la littérature, sont les taux de réhospitalisations, les durées de séjour et l'utilisation des services. On trouve également le nombre d'admission, le temps d'admission, l'adhésion aux traitements, la victimisation, les arrestations, la mortalité, la qualité de vie, la perception de la contrainte.

Ces études sont généralement réalisées pour rechercher différents objectifs : la réduction des durées de séjours à l'hôpital, la réduction des hospitalisations, la réduction du nombre d'admissions, l'amélioration de l'observance et de l'adhésion aux traitements, l'alternative à l'hospitalisation, la diminution des risques de comportements violents, sur la qualité de vie des patients, le risque de victimisation, le risque de sans abrisme, le ressenti des patients, l'utilisation des services de santé.

La revue *Cochrane* de Kisely *et al.* (15), actualisée à deux reprises, ne permet pas de démontrer, parmi les trois essais contrôlés randomisés, de meilleurs résultats en termes d'utilisation des services (ex : nombre de réadmissions à l'hôpital, compliance aux médicaments), de fonctionnement social ou de problèmes avec la police (ex : arrestations ou sans domiciles fixes), d'état mental et de qualité de vie du patient, en comparaison avec les traitements volontaires. Cependant, les patients étaient moins susceptibles d'être victimes de crimes violents ou non violents. Les périodes courtes de sorties conditionnelles seraient aussi efficaces ou aussi inefficaces que les traitements obligatoires en ville. Il s'agit de deux essais contrôlés réalisés aux Etats-Unis et en Angleterre.

Certaines études (15, 57) mettent en évidence que ces soins pourraient diminuer le risque d'être victime de violence et entraîner une plus forte consommation de soins chez les patients concernés. Ces études posent tout de même des questions méthodologiques (efficacité pour qui ?).

Il existe peu de preuves d'efficacité de ce type de soins sur la prévention des rechutes. Les études observationnelles montrent une diminution du nombre d'hospitalisations et de la durée d'hospitalisation, mais les essais contrôlés ne montrent pas de différence entre deux populations (sous contraintes et libres).

Une revue systématique de la littérature et une méta-analyse (58), comprenant 13 essais contrôlés randomisés, a étudié les différentes interventions possibles qui permettent de réduire les admissions obligatoires dans des contextes de patients suivis en ambulatoire. Elles ne permettent pas de démontrer l'efficacité, entre autres, des traitements obligatoires ambulatoires (CTO- *Community Treatment Order*), pour réduire les admissions obligatoires. Cependant, cette étude relate la réduction des admissions obligatoires de 23 %, lors de l'utilisation de directives anticipées ou de plans de crise.

Une étude réalisée par Rugkåsa (14) en 2016 présente les résultats de la littérature internationale sur l'efficacité clinique et sociale des CTO. Il s'agit des données probantes internationales. Elle comprend 50 études non randomisées et 3 essais contrôlés randomisés (ECR), et des méta-analyses et revues systématiques. Parmi les études non randomisées, certaines indiquent des effets favorables sur le plan des réhospitalisations, durées de séjour, utilisations des services communautaires, alors que d'autres études du même type n'identifient pas de résultats significatifs sur ce sujet. Les ECR ne démontrent aucun effet sur ces résultats, en dehors du fait qu'ils sont moins victimes de criminalité. Les résultats des méta-analyses et des revues systématiques en arrivent à la même conclusion.

Pour compléter, une revue canadienne systématique d'études qualitatives de 2017 (59), fait le point sur les points de vue/visions, la compréhension et les retours d'expériences des personnes utilisant les CTO (visions larges, pas uniquement le point de vue des patients). Elle comprend 22 études et 581 participants issus de 7 pays différents. Il en ressort plusieurs thèmes comme : le sentiment de contrainte et de contrôle, la prise en charge médicamenteuse vue comme la principale raison de mise en place des CTO, et l'utilisation de cette mesure comme filet de sécurité, l'ambivalence de ces traitements et l'importance de l'alliance thérapeutique pour la réussite d'un tel projet ainsi que le rôle complexe de la contrainte.

Cette étude met en évidence des leviers intéressants pour mettre en œuvre ces programmes :

- la nécessité d'instaurer une alliance thérapeutique forte ;

- la nécessité d'une meilleure information des patients sur les CTO : l'objectif de ces soins, les raisons de ce choix de soins, leurs droits (en leur expliquant plusieurs fois) ;

- la nécessité de certaines compétences spécifiques pour les praticiens qui soignent ces patients, il est alors proposé une formation spécifique.

L'Angleterre et le pays de Galles et la province du Manitoba au Canada ont instauré un code de pratiques pour les praticiens pour ces CTO, soulignant les attentes et les responsabilités des praticiens et managers. Il est préconisé une implication des patients et des proches dans la proposition du traitement, une communication importante, de s'assurer que le patient connait ses droits, d'assurer une formation spécifique du personnel.

Il est aussi soulevé :

- le fait que le point de vue des patients évolue avec le temps. Si la perception en est négative de prime abord, elle l'est moins avec le temps ;

- que le respect de la dignité du patient est aussi un élément central nécessitant des compétences à acquérir par une formation spécifique du personnel ;

- que le fait que les patients se sentent écoutés est aussi déterminant ;

- la perception négative de ces soins réduits à un traitement médicamenteux, alors que d'autres services sont proposés (consultations de suivi, autres) ;

- la nécessité d'avoir une législation permettant une deuxième voie de recours à la demande du patient.

Nguyen et Abdel-Baki (60) présentent dans un poster, une revue de la littérature sur l'efficacité des CTO avec une population ayant un premier épisode de psychose. Ils relèvent une étude australienne rapportant une forte utilisation des CTO pour ce type de patients (qui ont certaines caractéristiques communes avec les patients ayant des troubles mentaux sévères). Ils pointent le fait que les CTO diffèrent beaucoup d'une juridiction à l'autre (contenu, modalité, durée, moyens) et indiquent que des recherches complémentaires pourraient être faites sur l'utilisation des CTO pour les patients ayant un premier épisode de psychose.

En Angleterre, les CTO- *Community Treatment Orders* (ordonnances de traitement en ambulatoire) ont débuté en 2008. Une grande étude a été menée pour mesurer différents aspects de cette prise en charge : il s'agit de l'étude OCTET (*Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial*) (61). Elle comprend un essai contrôlé randomisé mesurant l'efficacité des CTO (336 patients/essai contrôlé randomisé). Il s'agit d'une évaluation économique (mesurant la dimension coût-efficacité), une étude qualitative (recueil du point de vue des patients, des aidants, des professionnels), une analyse éthique, juridique et une modélisation de projet.

Rugkåsa *et al.* publient en 2017 (62), les résultats d'une étude observationnelle prospective sur 36 mois. Ils analysent les conséquences des CTO après 3 ans de suivi de la cohorte OCTET. Ils concluent que les CTO sont utilisés pour obliger les patients à prendre leur traitement médicamenteux et à rester en contact avec les « équipes médico soignantes ». Ils mettent en évidence un accord entre l'équipe médicale et juridique sur leur utilisation. Ils confirment leur nécessité, mais avec un suivi nécessaire rapproché.

L'étude publiée par Tom Burns *et al.* (université d'Oxford), relative à la coercition en santé mentale dans le cadre d'un projet de recherche, est très critique (61). Elle évalue 3 études dont l'étude OCTET, ULTMA- *Use of leverage tools to improve adherence, in community mental healthcare* (417 patients) et une étude de suivi. Elle comprend une étude quantitative, qualitative -point de vue des patients/familles- et une analyse éthique est critique vis-à-vis de ces modalités. Elle préconise la restriction voire l'arrêt des CTO, du fait de leur absence de bénéfices sur le plan clinique et sur le plan du fonctionnement social. Il n'est pas relaté de baisse du taux de réadmissions, pas de preuves de coût-efficacité.

Malgré la grande variabilité de qualité des études quantitatives, une publication issue du *Lancet Psychiatry* (57) (incluant une sélection plus large d'études, avec beaucoup d'études observationnelles), contient des résultats plus hétérogènes. Cette étude a inclus des études observationnelles (avant/après), qui mettent en évidence quelques effets favorables comparativement aux essais contrôlés randomisés. Elle confirme tout de même l'absence de preuves de réduction des réadmissions à l'hôpital des CCT (*Compulsory Community Treatment*) ou de la durée de séjour à l'hôpital. En revanche, elle évoque que les CCT pourraient avoir un bénéfice sur l'utilisation/l'adhésion du traitement et/ou sur l'augmentation des prestations de services. Elle évoque aussi, en discussion, l'utilisation de directives anticipées et de plan de crise permettant d'éviter les ré-hospitalisations.

Des problématiques émergentes

L'analyse de la littérature française met en évidence différentes problématiques : la problématique d'hétérogénéité des pratiques professionnelles, des problématiques juridiques et éthiques et des problématiques de ruptures de prises en charge. Ces problématiques identifiées en France ont été croisées avec les études internationales.

➔ Problématique de diversité des pratiques professionnelles

Au-delà de l'hétérogénéité des pratiques déjà évoquée, la durée de ces programmes soulève aussi des questions dans la littérature (14, 63).

Dans certains cas, elle peut sembler importante (plusieurs années) ; d'un autre côté, pour certaines pathologies (ex. : psychose paranoïaque délirante), une certaine durée semble nécessaire. Le rapport d'information parlementaire (46) relève également une augmentation de la durée des programmes de soins.

En France, la durée des programmes pose aussi la question de la rédaction des certificats justifiant ce maintien en PDS (certificats sensiblement identiques). Les directeurs d'établissements français peuvent, dans certains cas, interroger les psychiatres. Une étude (18), en Ile-de-France, mentionne que la durée des PDS serait plus importante pour les SRDE (moyenne de 24 mois) que pour les SDT (moyenne de 1 an).

Certaines études (64) évoquent une limite de durée de ces programmes dans certains cas.

En France, une étude (65) évoque la période de 6 mois comme une durée charnière dans l'étude descriptive de 52 dossiers (majoritairement admis en SDT), réalisée au centre d'orientation et d'accueil de l'hôpital Ste-Anne à Paris.

De plus, certains pays proposent des durées limitées dans le temps, comme au Canada[44], ou encore en Israël où elles ne dépassent pas 6 mois et peuvent être renouvelées, ou en Australie où la mesure initiale est limitée à 3 mois. En Angleterre, il s'agit d'une période de 6 à 12 mois renouvelable, avec un traitement médicamenteux réévalué tous les 3 mois.

Enfin Vergunst *et al.* (63), évoquent le fait que la durée des CTO n'est pas associée à des améliorations de résultats pour les patients d'un point de vue du bien-être social, ce qui pose la question de leur efficacité.

Cette problématique de durée peut aussi soulever des difficultés de prise de décision pour mettre fin à un PDS.

Enfin, en France, il est constaté, dans certains cas, des programmes de soins tellement contraignants qu'ils se rapprochent d'une hospitalisation complète, ou indiqués pour éviter des démarches administratives ou déplacements (66), etc. La cour de cassation en 2015, a rendu une décision sanctionnant les « faux » programmes de soins, et proposant une requalification en hospitalisation complète (cf. Cour de cassation du 4 mars 2015, req. n° 14-17824).

Un rapport (46) indique aussi, que dans certains cas, les JLD ou les préfets ne sont pas loin d'intervenir dans le contenu des programmes de soins.

Enfin, le psychiatre français est finalement assez seul à décider de ces programmes de soins, contrairement à d'autres pays (ex. : Canada, Angleterre) où d'autres professionnels peuvent intervenir (avis social, confrère, avis juridique). Sa responsabilité est fortement engagée.

---

[44] https://www.legalline.ca/legal-answers/community-treatment-orders/

Un article anglais (67), décrivant un guide pour les cliniciens, recommande une réflexion en équipe pluriprofessionnelle pour prendre une décision. Il préconise également, si le patient donne son accord, d'interroger les proches. Plusieurs travaux français le préconisent également, comme ceux de Vidon *et al.* (18), ou encore l'article d'Hazif-Thomas et Péchillon (68), qui soulèvent aussi l'intérêt d'une démarche collective pluriprofessionnelle et d'un soutien de l'équipe dans ces programmes de soins. Des initiatives sont développées dans certains hôpitaux comme le CH de Valvert[45]. Cet hôpital spécialisé a mis en place des groupes d'analyse de pratiques spécifiquement pour les programmes de soins afin que les équipes confrontent leurs pratiques professionnelles.

Une étude qualitative française (26), met en évidence le manque d'informations des patients et le besoin de définir le rôle de chacun des acteurs de ce dispositif. Les auteurs suggèrent de mettre en place des rencontres ou groupes d'échanges encadrés par des professionnels de santé et juridique, qui seraient ouverts aux patients et à leurs proches.

La question de l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante revient dans de nombreuses études ou rapports (7, 24, 48, 59, 65, 69). Lorsqu'elle s'inscrit dans un objectif d'accompagnement et non de contrôle du patient, elle semble constituer un levier d'amélioration de mise en œuvre des PDS. Elle conditionnerait le suivi du programme, les questions d'observance du traitement.

L'étude australienne de Dawson *et al.* (69), évoque aussi l'importance de l'alliance thérapeutique dans la planification des soins avec une évaluation personnalisée des besoins spécifiques, l'implication du patient et l'intervention notamment d'un praticien référent, expérimenté, ayant des qualités en communication et d'empathie. Cette revue de la littérature analysant 48 publications dont une majorité d'études qualitatives, insiste sur les approches centrées patients, et sur la nécessité de mieux faire correspondre les traitements CTO et les objectifs des patients ou encore l'adaptation des programmes aux besoins spécifiques des patients.

L'étude française (26) suggère que ces soins, devraient permettre le conflit et la confrontation au sein de la relation patient/praticien afin de favoriser l'échange et l'implication du patient dans ses soins.

Enfin, la question de la nécessité d'une réévaluation régulière des programmes de soins est également mentionnée dans la littérature.

L'Angleterre, le pays de Galles et une province du Canada (70-72), ont mis en place un code de pratiques, permettant de guider les équipes médicales et le personnel d'encadrement afin de mettre en œuvre « The Mental Health Act ». Le code anglais comprend un paragraphe spécifique pour les CTO (chapitre 29). Il permet de s'assurer que les CTO sont proposés pour des patients bien spécifiques, il précise comment utiliser et organiser ces soins, l'information à donner aux patients et aux proches, la procédure de rappel à suivre en cas de problèmes ou rechutes de patients, comment impliquer le patient et les familles dans ces soins, le rôle de l'AMHP (*Approved Mental Health Professional*), qui est un référent social spécialisé en psychiatrie, la procédure de réintégration, les modalités de fin des CTO. Il précise les questions de responsabilités pour les directeurs d'hôpitaux.

Il existe également un guide australien (73), à destination des praticiens, qui indique les critères à respecter avant de mettre en place un CTO (discussion avec le patient, la famille, l'équipe de ville), la durée limite d'un CTO (3 mois), les modalités de mise en œuvre, de gestion d'un CTO, la finalisation des programmes, etc… D'autres initiatives ont été retrouvées dans certains Etats des Etats-Unis (Tennessee (74)) ou régions d'Angleterre (75, 76).

[45] **Lien vidéo qui présente l'action :** https://www.youtube.com/watch?v=ztfQh9zeUhc&t=13s

➔ Problématiques juridiques et éthiques

Le droit applicable français est qualifié de complexe par certains auteurs, et la jurisprudence vient préciser certaines dispositions. La notion d'« ovni juridique » ou « ojni » (objet juridique non identifié) est même évoquée dans certains articles français (77).

Les ARS ont publié des guides (Hauts-de-France (78), Pays de la Loire (79), Île-de-France (80)), à destination des maires et services communaux, pour les aider à se repérer et à utiliser des procédures communes de soins sans consentement. Plusieurs ouvrages ont été publiés pour expliquer les textes dont celui de Sophie Théron (81), qui analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient.

Il existe un paradoxe : lorsque le patient ne respecte pas son programme, il peut être nécessaire de le ré hospitaliser, mais on ne peut pas aller le chercher de force à domicile. Aucune mesure de contrainte ne peut être employée à l'encontre du patient et il n'est pas possible d'obliger le patient à suivre le programme prescrit. Ce qui rend le suivi complexe et le statut des patients ambigu (50).

En cas de rupture de prise en charge, la question de la réintégration des patients dans ces soins est soulevée dans de nombreuses études (16, 65) et appelle de nombreuses interrogations. Il existe des modalités d'aide à la réintégration (sollicitation du Samu, médecin généraliste, etc.), or elles semblent encore mal connues des professionnels. Certaines ARS ont mis en place des conventions multipartites au niveau régional, en vue de coordonner les urgences psychiatriques pour ces patients. Certains établissements de santé spécialisés ont également établi, sur le plan local, des conventions de collaboration avec les forces de police.

Les programmes de soins soulèvent des problématiques en termes de liberté individuelle pour les patients. La notion de contrainte en ambulatoire peut rester difficile à appréhender pour le patient. Les travaux de recherche d'Anna Marques *et al.* (82) développent cet aspect

Stéphanie Wooley, dans son article (83), pointe le fait que soigner par la menace et la contrainte ne peut que nuire à la relation entre un médecin et son patient. Elle prône une relation de soutien et une approche fondée sur les droits humains et une approche sociale.

La question de la responsabilité des psychiatres est souvent évoquée dans la littérature. Elle peut se poser lors de la mise en place d'un PDS et lors de la fin d'un PDS (décision de soins libres pour le patient).

La direction de l'établissement, qui signe les décisions d'admission et de sortie, engage tout autant sa responsabilité (51).

En France, contrairement à l'hospitalisation sans consentement, le juge des libertés et de la détention (JLD) n'intervient pas de manière systématique dans le contrôle des programmes de soins. Cependant, il peut intervenir sur saisine (du patient, du représentant légal, du conjoint, de la personne qui a sollicité ces soins) ou par auto-saisine en vue d'une main-levée immédiate (en ce sens cf. décision Cass. civ. 30 sept. 2020 n° 19-20.597). Il peut aussi, dans certains cas, lever une mesure d'hospitalisation en laissant un délai de 24 h pour l'éventuelle mise en place du PDS.

Dans certains cas, la logique juridique (respect des libertés individuelles) peut entrer en contradiction avec la logique médicale (respect du bon suivi du traitement, arguments cliniques).

Enfin, sur le plan éthique et juridique, il est retrouvé dans la littérature (57, 58) la notion de directives anticipées de soins en psychiatrie (*psychiatric advance directives*) et de plan de crise (*joint crisis plan*) développé au Royaume-Uni. Il s'agit de documents écrits permettant à une personne consciente, de formuler à l'avance ses demandes concernant les soins médicaux futurs, pour le cas où elle serait dans l'incapacité de donner son consentement. Elle peut associer dans certains cas les proches, l'équipe de soins.

Un programme de recherche clinique (PHRC) est mené actuellement en France, sur les directives incitatives anticipées en psychiatrie à Paris, Lyon et Marseille. Ce sujet est à distinguer des directives anticipées mises en place dans le cadre de la fin de vie (loi Léonetti, recommandation HAS).

Dans ce sens, une méta-analyse réalisée par de Jong *et al.* (58) (Pays-Bas), comprenant 13 essais contrôlés randomisés incluant 2 970 patients, relève que ces directives anticipées/plans de crise (*advance statements*) permettent de réduire de 23 % l'admission en hospitalisation sans consentement.

➔ Problématique des parcours de santé (articulation sanitaire, médico-sociale et sociale)

La coordination des parcours de santé, au sens large, constitue une problématique importante en psychiatrie et santé mentale, au vu du nombre d'acteurs très important. Une charte du parcours de santé (84), élaborée par la conférence nationale de santé en 2016, destinée aux usagers et aux professionnels, précise trois principes et quatre objectifs de qualité. Elle met en avant la relation partenariale entre usagers et professionnels de santé, les décisions et responsabilités partagées. Elle vise la prévention, l'accès aux soins pour tous, la personnalisation des soins et des services, la co-construction, la continuité et coordination des soins.

La coordination entre l'équipe de psychiatrie intra-hospitalière et extra-hospitalière, les différents acteurs ambulatoires, le médecin traitant, et les professionnels des secteurs médico-social et social est une thématique importante à considérer dans un contexte de développement des parcours de santé (au sens large). L'augmentation des patients admis en péril imminent (population vulnérable), confirme aussi ce besoin d'articulation avec ces services sociaux.

Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) a réalisé une étude au sein de 125 secteurs, sur les hospitalisations d'office (85). Elle ne révèle aucun lien entre l'hospitalisation d'office et la sévérité des troubles des patients. Elle relève cependant, un lien important entre l'hospitalisation d'office et l'organisation des soins psychiatriques dont l'offre de soins et l'offre sociale disponibles, la capacité d'hospitalisation, la démographie, la proportion de personnes seules et la densité de population.

Une étude qualitative française (26), met en évidence le manque d'informations des patients et le besoin de mieux définir le rôle de chacun des acteurs de ce dispositif. Le programme de soins fait intervenir de multiples acteurs, dont les rôles peuvent être mal connus par les professionnels et les patients.

De plus, en France, différents dispositifs de coordination sont en place ou en cours de développement (réseau, PTA - plateforme territoriale d'appui, CPTS - communauté professionnelle territoriale de santé) ; ils peuvent se chevaucher avec les secteurs en psychiatrie.

Les Samsah (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) ou les équipes mobiles spécialisées dans le handicap psychique sont des acteurs importants également à prendre en compte dans le parcours de santé du patient et la prévention des ruptures de prise en charge.

Par ailleurs, d'autres structures ou intervenants pourraient être impliqués dans l'organisation des parcours. Par exemple, Philippe Raynaud de Prigny témoigne d'une expérience menée, sollicitant les

conseils locaux de santé mentale (86). Ils ont permis d'associer les services de la mairie, les forces de l'ordre et les professionnels de santé en ville, pour prévenir les admissions en soins sans consentement.

De nouveaux métiers en lien avec les parcours sont en cours de développement. Un référentiel français des activités et des compétences sur les pratiques avancées en psychiatrie et santé mentale détaille ce nouveau métier. Il permettra de fluidifier les parcours de santé des patients souffrant de troubles psychiques ou mentaux. Ce métier existe à l'étranger dans le *New Jersey*. L'implication de ces infirmiers en pratique avancée en psychiatrie, dans les programmes de soins sans consentement, est démontrée dans l'étude de Mary Cullen-Drill et Kathleen Schilling (87). Cette étude met en évidence, entre autres, les preuves d'utilité des PDS trouvées dans la littérature, notamment pour les pathologies mentales sévères.

En France, la particularité des programmes de soins est qu'ils sont initiés par le psychiatre de l'établissement de santé à la sortie d'hospitalisation. La sortie d'hospitalisation fait alors l'objet d'une attention particulière comme le suggère une étude rétrospective (23), réalisée dans un EPSM de la région lilloise. La prise en compte de la présence d'aidants/proches, du logement du patient, de ses ressources, et la coordination avec le médecin généraliste seront aussi essentielles. L'Unafam préconise dans son article (88), la réalisation d'un bilan social et familial de la situation de la personne afin de mettre en place un accompagnement social et médicosocial en même temps que le programme de soins.

La coordination entre le médecin traitant et le médecin psychiatre (11) constitue aussi un levier important, et est sans doute à encourager lors du suivi des patients pris en charge dans le cadre des programmes de soins (transmission des informations). Impliquer le médecin traitant et l'informer des hospitalisations et des modalités de soins prévues pour ces patients, peut permettre d'améliorer leur suivi.

D'autre part, l'implication du médecin traitant est aussi fondamentale dans le repérage de ce type de pathologie afin d'intervenir précocement pour une orientation du patient dès le plus jeune âge. Compte tenu du profil type de patient identifié (patient d'une quarantaine d'années), on peut s'interroger sur les possibilités de repérage précoce pouvant favoriser à terme le retour à des soins librement consentis. En Suisse, le programme TIPP (traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques) a mis en place une organisation visant à détecter et traiter de manière précoce les patients développant un premier épisode psychotique afin de minimiser les effets sur le long terme de tels troubles (89). Cette démarche vise également à offrir les meilleures chances de récupération possibles après un premier épisode de psychose.

Si cette organisation, ce programme peut améliorer la continuité des soins (90), en permettant au patient d'avoir des contacts réguliers avec l'équipe, il existe des risques non négligeables de ruptures de prise en charge (non-venue du patient à une consultation, non-prise des traitements médicamenteux, suivi plus difficile, rechute du patient). Une enquête française (56), réalisée auprès de 24 familles, indique qu'un tiers d'entre elles ont constaté une interruption du PDS par leur proche et aimeraient des réactions plus rapides des équipes soignantes, et que des solutions soient mises en place dans ces cas (*case management*, etc). Pour les familles, il y a une attente forte que ces programmes constituent une forme de « soins intensifs », un cadre qui conduira la personne à prendre la mesure de ses troubles, pour une meilleure adhésion aux soins (88).

Une étude (65) relate l'intérêt des programmes de soins et de l'alliance thérapeutique pour éviter ces ruptures. Cette même étude indique la piste de réflexion sur la e-santé pour le partage et la transmission de données, notamment lorsque les patients sont accueillis dans les services d'urgence.

Toujours dans cette logique de parcours, il semble important d'envisager les programmes de soins comme un moment particulier de la prise en charge, avec la perspective d'un retour progressif à des soins « libres ». Des alternatives aux soins sans consentement évoquées dans la littérature (comme la réhabilitation, le rétablissement, la rédaction de directives anticipées de soins, l'élaboration de plan de crise en cas de rechute), peuvent contribuer à cela. En France, dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, le concept de réhabilitation psychosociale en ambulatoire se développe. Il s'agit d'une nouvelle approche pour favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques. Elle propose des réponses pour des patients dont la maladie affecte leurs rapports avec les autres et leur autonomie sociale. Elle constitue un mode d'organisation collectif selon l'Anap (54).

Enfin, une information insuffisante des patients sur ces soins est aussi constatée en France, selon certaines études qualitatives (26). De plus, le rapport d'information de l'Assemblée nationale (46) pointe le fait que « s'agissant du droit des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, l'efficacité de leur exercice était perfectible ». Des documents d'information relatifs aux droits sont mis à disposition pour les patients par certains organismes comme par exemple Psycom (36). France Assos Santé (FAS) a publié une brochure d'information pour ces patients en soins sans consentement (29). Il est rappelé le contenu règlementaire du programme de soins (modalités de prise en charge, fréquence des soins, lieux, durée prévisible), et les différents droits du patient en soins psychiatriques sans consentement. Il est rappelé également, que le patient doit disposer de son programme de soins, des décisions du directeur d'établissement et des arrêtés préfectoraux (documents remis aux patients).

Aussi, la nécessité pour les patients, d'une meilleure accessibilité aux informations sur leurs droits, sur leurs soins, sur les différentes alternatives au CTO, et une plus grande transparence des processus, permettraient de réduire la coercition, comme le relatent certains travaux internationaux dont l'étude canadienne de Francombe Pridham *et al.* (91). Leurs recherches (revue de la littérature intégrant 14 études, 23 publications, dans 7 pays différents) portent sur la perception de la coercition parmi les patients en CTO.

Il est mentionné également l'importance de la formation des acteurs du soin, la prise en compte des pressions, et les influences quotidiennes subies par les patients ayant des troubles sévères.

Références bibliographiques

1. Inspection générale des affaires sociales, Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 1. Rapport. Paris: IGAS; 2017. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

2. 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;6 juillet 2011:11705.

3. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy 2010;49(4):317-26.

4. Haute Autorité de Santé. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

5. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Conférence de consensus. Textes des recommandations (version longue). Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite

6. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux

7. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur

8. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

9. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

10. Haute Autorité de Santé. 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. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures

11. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

12. 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. Journal Officiel;30 juin 1990:7664.

13. 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;29 septembre 2013:16230.

14. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: the international evidence. Can J Psychiatry 2016;61(1):15-24. http://dx.doi.org/10.1177/0706743715620415

15. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;Issue 3:CD004408. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5

16. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011. Quest Econ Santé 2017;(222).

17. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf

18. Vidon G, Hardy-Baylé MC, Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À

propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. Info Psy 2015;91(7):602-7.
http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2015.1368

19. Jolivet L. Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie : outil juridique ? Outil thérapeutique ? [Thèse : docteur en médecine spécialisée clinique]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2015.
http://thesesante.ups-tlse.fr/935/1/2015TOU31548.pdf

20. Ramus-Houstin M. Les programmes de soins : place, recours et efficacité des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire. Etude observationnelle d'analyse des pratiques au CHRU de Tours [Thèse : doctorat en médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2018.
http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_RamusMalgorzata.pdf

21. Lafossas A. Le programme de soins : étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre hospitalier Charles Perrens [Thèse : docteur en médecine]. Bordeaux: Université Victor Segalen; 2016.

22. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Quest Econ Santé 2018;(237).

23. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Czyrka A, Oureib J, Plancke L, Duhem S, Charrel CL. Description de l'effet des programmes de soins sur la prise en charge des patients atteints d'une pathologie psychiatrique : étude rétrospective au sein de l'EPSM de l'agglomération lilloise. Lille: F2RSM Psy; 2017.
https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/17441.pdf

24. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Soins sans consentement et droits fondamentaux. Paris: CGLPL; 2020.
https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux_web.pdf

25. Cour des comptes. Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Paris: Cour des comptes; 2021.
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf

26. Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. Info Psy 2017;93(5):381-6.

27. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

28. Haute Autorité de Santé. Outil n°3. Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

29. France Assos Santé. Les soins psychiatriques sans consentement. Santé Info Droits Pratique A.5.1. Paris: France Assos Santé; 2019.
https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/01/Soins-psychiatriques-sans-consentement.pdf

30. Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, Ministère de la santé et des sports, Ministère de la justice et des libertés. Protocole d'accord du 10 juin 2010 relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés. Paris: Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales; 2010.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_accord_amelioration_securite_es_100610.pdf

31. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris: FFP; 2015.
http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/argu_soins_soma_psy.pdf

32. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. La coopération Médecins Généralistes - Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandations de bonne pratique. Pacé: CNQSP; 2010.
https://www.cnpp-cnqsp.com/cooperation-mg-psy

33. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, Direction générale de la santé. Instruction N° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016.
https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41379

34. Souffir V, Gauthier S, Hayat M. Internet s'invite dans la consultation psychiatrique. Info Psy 2020;96(5):355-62.
http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2020.2114

35. Alezrah C, Serfati C. Réflexions sur le consentement en psychiatrie : des soins sous contrainte à l'alliance thérapeutique ? Les Cahiers Henri Ey 2020;(45-46):111-22.

36. Psycom. Droits des usagers des services de psychiatrie. Paris: Psycom; 2018.
https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Droits-des-usagers-2018.pdf

37. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;Issue 1:CD007906.
http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3

38. Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, Hardy-Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Rapport. Le Chesnay: CDPPSM; 2015. http://cdppsm.fr/PDF/RAPPORT.pdf

39. Lefebvre A. Les modalités juridiques psychiatriques coercitives ambulatoires. Une double revue systématique mixte de la littérature : à l'international et en France [Thèse : docteur en médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019. https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ec327e12-3d9a-4794-a075-4824ac9aef95

40. Sjöström S. Comment les soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire se sont imposés en Suède. Une comparaison socio-politique avec la Norvège, le Royaume-Uni et New York. Info Psy 2017;93(10):847-53. http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2017.1724

41. Inspection générale des affaires sociales, Strohl H, Clémente M. Rapport du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Mission SA/AC/GT/950013. Paris: IGAS; 1997.

42. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2001. https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000522.pdf

43. Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. Info Psy 2005;81(7):627-34.

44. Groupement de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale, Ecole des hautes études en santé publique. Les programmes de soin en psychiatrie. Journée nationale organisée par le GCS pour la recherche et la formation en santé mentale et l'EHESP, 7 juin 2019, FIAP, Paris. http://www.recherche-sante-mentale.fr/actu-pds07-06-19.html

45. Pastour N, Moreau D, Hazo JB. Les programmes de soins en psychiatrie : quelles évaluations pour quelles évolutions ? [éditorial]. Info Psy 2020;96(3):171-2.

46. Assemblée nationale, Robiliard D, Jacquat D. Rapport d'information n° 4486 sur les travaux de la mission d'évaluation 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. Paris: Assemblée nationale; 2017. http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4486.pdf

47. Guibet Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. Info Psy 2014;90(7):575-82. http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.9007.0575

48. Vidon G. Arguments en faveur des soins sans consentement en ambulatoire. Info Psy 2020;96(3):191-4.

49. Cosmin Mesu R, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré JB, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. Ann Méd Psychol 2018;176(3):249-55.

50. Péchillon E. Programme de soins : quel statut juridique pour le patient ? Santé Mentale 2015;(198):12-3.

51. Alamowitch N. Les programmes de soins ambulatoires contraints dans le cadre de la loi de 2011, modifiée. Point de vue de la direction. Ann Méd Psychol 2018;176(4):416-7.

52. Lefebvre A, Roelandt JL, Sebbane D. Les programmes de soins (PDS) : une double revue de la littérature systématique mixte en France et à l'international. Info Psy 2020;96(1):13-20. http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2019.2050

53. Haute Autorité de Santé. Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272451/fr/dossier-du-patient-en-psychiatrie-ambulatoire

54. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires. Paris: ANAP; 2019. http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/ANAP.-Mettre_en_place_la_rehabilitation_psychosociale_dans_les_territoires.pdf

55. Bourelle JM, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ? [article en ligne]. Santé Mentale 2013.

56. de Guerry M, Viateau J. Soins ambulatoires sans consentement, paroles de familles de l'Unafam. Ann Méd Psychol 2018;176(4):418-20.

57. 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 2018;5(12):1013-22. http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1

58. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, *et al.* Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions. A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2016;73(7):657-64. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501

59. Corring D, O'Reilly R, Sommerdyk C. A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. Int J Law Psychiatry 2017;52:74-80. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.002

60. Nguyen MT, Abdel-Baki A. A literature review of the effectiveness of community treatment order with first episode psychosis population [abstract]. IEPA 11th International conference on early intervention in mental health - "prevention and early intervention: broadening the

scope", Boston, Massachusetts, USA, 7–10 october 2018. Early Interv Psychiatry 2018;12(Suppl 1):126. http://dx.doi.org/10.1111/eip.12724

61. Burns T, Rugkåsa J, Yeeles K, Catty J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. Progr Grants Appl Res 2016;4(21). http://dx.doi.org/10.3310/pgfar04210

62. Rugkåsa J, Yeeles K, Koshiaris C, Burns T. What does being on a community treatment orders entail? A 3-year follow-up of the OCTET CTO cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;52(4):465-72. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1304-6

63. Vergunst F, Rugkåsa J, Koshiaris C, Simon J, Burns T. Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;52(11):1375-84. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1442-5

64. Kinderman P, Tai S. Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental health care in the community. Int J Law Psychiatry 2008;31(6):479-86. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.09.005

65. K'ourio H, Trebalag AK, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. Ann Méd Psychol 2018;176(4):410-5.

66. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2017. Paris: CGLPL; 2018. https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/05/CGLPL_RA-2017_WEB_2.pdf

67. Macpherson R, Molodynski A, Freeth R, Uppal A, Steer H, Buckle D, *et al.* Supervised community treatment: guidance for clinicians. Adv Psychiatr Treat 2010;16(4):253-9. http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.109.007203

68. Hazif-Thomas C, Péchillon E. La recherche de liberté dans le soin psychiatrique : de l'équipotentialité des soins aux programmes de soins. Info Psy 2018;94(1):19-25. http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2018.1736

69. Dawson S, Lawn S, Simpson A, Muir-Cochrane E. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. BMC Psychiatry 2016;16:394.

70. Department of Health. Mental Health Act 1983: code of practice. Norwich: The Stationery Office; 2015. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/435512/MHA_Code_of_Practice.PDF

71. Welsh Government. Mental Health Act 1983. Code of practice for Wales review. Revised 2016. Cardiff: Welsh Government; 2016. https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-03/mental-health-act-1983-code-of-practice-mental-health-act-1983-for-wales-review-revised-2016.pdf

72. Manitoba Government. The Mental Health Act. Winnipeg: Manitoba Government; 1999. http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/m110e.php

73. Office of the Chief Psychiatrist, Department of Health. Clinicians' guide to the Mental Health Act 1996 (Fifth edition – 2011). Perth: Government of Western Australia; 1997. https://ww2.health.wa.gov.au/~/media/Files/Corporate/general%20documents/Mental%20health/PDF/Clinicians_Guide_to_MHA.ashx

74. Tennessee Department of Mental Health and Substance Abuse Services. MOT. Mandatory outpatient treatment. Nashville: TDMHSAS; 2017. https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/MOT_Manual_Revised_September_2017.pdf

75. Rethink Mental Illness. Community treatment orders (CTOs). Factsheet. Version 3. Birmingham: Rethink Mental Illness; 2011. https://manchestermedical.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/Community-Treatment-Orders-CTOs-Factsheet.pdf

76. Essex Partnership University, NHS Foundation Trust. Community treatment order procedural guidelines. Wickford: Trust Head Office; 2018. https://eput.nhs.uk/PublicationWF/PDF_Output/6316.pdf

77. Dujardin-Lascaux V, Pechillon E. Le programme de soins : quelles responsabilités ? Info Psy 2020;96(3):195-200.

78. Agence régionale de santé Hauts-de-France. Soins psychiatriques sans consentement. Guide à l'attention des maires et des services communaux. Euralille: ARS Hauts-de-France; 2018. https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Guide_Psy-sans-consentement-2019%20-%20MAJ.pdf

79. Agence régionale de santé Pays de la Loire. Les soins psychiatriques sans consentement. Le guide des maires. Nantes: ARS Pays de la Loire; 2015. https://www.mayenne-communaute.net/wp-content/uploads/2016/12/Guide_maires_procedures_soins_sans_consentement_juillet_2015.pdf

80. Agence régionale de santé Ile-de-France. Soins psychiatriques sans consentement. Guide à l'attention des maires et des services communaux. Paris: ARS Ile-de-France; 2015. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide_Psy-sans-consentement-2015.pdf

81. Théron S. Les soins psychiatriques sans consentement. Paris: Dunod; 2017.

82. Marques A, Saetta S, Tartour T. Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire. Rev Fr Aff Soc 2016;(2):57-74.

83. Wooley S. « Ce n'est pas du soin si c'est contraint ». Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains. Info Psy 2020;96(1):27-34. http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2019.2052

84. Conférence nationale de santé, Ministère des affaires sociales et de la santé. Charte du parcours de santé.

Usagers et professionnels : ensemble pour notre santé ! [En ligne]. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016.
www.cns-sante.gouv.fr

85. Roelandt JL, Crétin A, Askevis-Leherpeux F, Baucheron JP, Brun-Rousseau H, Coldefy M, *et al.* Compulsory hospitalization, severity of disorders and territorial landscape: a French study. Glob J Health Sci 2017;9(12):64-79.
http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v9n12p64

86. Raynaud de Prigny P. Pour une psychiatrie de l'amont : soins sans consentement et conseils locaux de santé mentale. Info Psy 2015;91(7):557-62.
http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2015.1373

87. Cullen-Drill M, Schilling K. The case for mandatory outpatient treatment. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2008;46(2):33-41.

88. Richard MJ, Monnier A. Du programme de soins sans consentement au projet de soins pour tous. Info Psy 2020;96(1):21-6.
http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2019.2051

89. Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. Info Psy 2010;86(2):145-51.
http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8602.0145

90. Puntis SR, Rugkåsa J, Burns T. Associations between compulsory community treatment and continuity of care in a three year follow-up of the Oxford Community Treatment Order Trial (OCTET) cohort. BMC Psychiatry 2017;17:151.
http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1319-x

91. Francombe Pridham KM, Berntson A, Simpson AI, Law SF, Stergiopoulos V, Nakhost A. Perception of coercion among patients with a psychiatric community treatment order: a literature review. Psychiatr Serv 2016;67(1):16-28.
http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400538

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour participer à la réflexion initiale et pour la relecture finale du document avant publication :

Groupe des parties prenantes

Pr Maurice BENSOUSSAN, Pr Vincent CAMUS, Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, CNQSP

Nathalie BERRIAU, Ascodocpsy, Réseau de coopération documentaire francophone en psychiatrie et santé mentale

Jacques BORGY, Frank TRIBOULET, SNP, Syndicat national des psychologues

Dr Pascale FRITSCH, Jalal CHARRON, Justine COURTECUISSE, direction générale de la santé
ministère des affaires sociales et de la santé DGS

Pr Michel DAVID, FFP, Fédération française de psychiatrie

Antoine DE RICCARDIS, Marine PLANTEVIN, Céline DESCAMPS, ADESM, Association des établissements participant du service public de santé mentale

Claude FINKELSTEIN, Fnapsy, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

Sophie LHERMITTE, ARS, Hauts-de-France agence régionale de santé

Christian MULLER, Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers spécialisés

Maud PAPIN, ANRQpsy, Association nationale des responsables qualité en psychiatrie

Dr Nicolas PASTOUR, CCOMS, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale

Gilles POUTOUT, secrétaire général, FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

Annick PERRIN-NIQUET, CEFI-PSY, Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie

Marie-Jeanne RICHARD, Unafam, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Patricia RODIERE, Fédération APAJH / Samsah Association pour adultes et jeunes handicapés

Estelle ROYER, CGLPL, Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Sophie TERQUEM, Agnès AYME, DGOS, direction générale de l'offre de soins ministère des affaires sociales et de la santé

Frédéric VILLEBRUN, CMG, Collège de la médecine générale

Auditions d'experts et visites terrain : Dr Yvan HALIMI, Dr Gilles VIDON, Pr Jean-Louis SENON, Dr Sylvie PERON (présidente de CME CH Laborit Poitiers) et son équipe médicale, M. Laurent LABADIE premier vice-président tribunal judiciaire du Havre, Mme Sophie ALBERT directrice générale de l'EPSM Ville Evrard et son équipe médicale, Dr Aurélie TINLAND, Dr Frédéric MOUGEOT, Dr Laurène JOLIVET.

Phase de test des outils : nos remerciements aux établissements, professionnels, associations Fnapsy, Unafam et patients ayant testé la grille patient traceur et le livret d'information patient : établissement EPS ERASME et Paul GUIRAUD, Mme Sandrine BARQUIN GUICHARD, le CH EPSAN,

CH Gérard MARCHANT Toulouse, Dr GORCE Secteur 75G05-06CMP site Tour d'Auvergne GHU Paris.

Groupe de travail

Dr Charles ALEZRAH – Président du groupe de travail

Jean-Michel ALBOUY, représentant des usagers Fnapsy-Vanves

Jeanine BACQUEVILLE, infirmière CMP - Centre psychothérapique de Nancy,

Jean-Marc BATAILLER, directeur adjoint CH Léon-Jean-Grégory – Thuir

Frédéric BEAUSSIER, responsable du service Qualité & Gestion des risques GH Paul Guiraud Paris Garches

Dr Alexandre CHRISTODOULOU, médecin psychiatre Maison Blanche- GHU – Paris

Aissa CISSE, avocate barreau de Bordeaux - Pessac

Dr Hélène CLARISSE, médecin psychiatre CH Valvert-CMP Marseille

Dr Bertrand DETAINT, médecin Psychiatre Etablissement Ville-Evrard-CMP

Stéphanie DEVISSE, assistante de service social Etablissement Public de Sante Alsace Nord

Marc DUPEBE, cadre de santé infirmier CH Georges Daumézon Bouguenais (44)

Sarah FERRET, directrice Adjointe - Affaires générales et juridiques / Admissions / Qualité CH spécialisé de l'Yonne Auxerre

Dr Guy GOZLAN, médecin Psychiatre libéral SAMSAH Prépsy - Paris

Gilbert HANGARD, directeur Fondation Bon Sauveur- Albi

Dr Radoine HAOUI, médecin Psychiatre CH Gérard Marchant -Toulouse

Dr Patricia LEFEBURE, médecin généraliste Limay (78)

Alain MONNIER, représentant des usagers Unafam, Vulaines-sur Seine (77)

Clément NALLIER, cadre de santé Infirmier GH Paul Guiraud- Garches

Jessica OZENNE, psychologue clinicienne Groupe SOS –FAM Maraichers

Dr Kévin ROSSINI, médecin psychiatre CH Charles Perrens - Bordeaux

HAS : Laurence CHAZALETTE, pilotage et coordination du projet, chef de projet SBP, Dr Marielle LAFONT, conseiller technique SBP, Carole PEINTRE, chef de projet à la DIQASM, Pierre GABACH, chef de service SBP, Marc FUMEY adjoint au chef de service et chef de service par intérim, Floriane GASTO, juriste à la mission juridique, Christine VINCENT chef de service, Maryse KARRER, Joelle ANDRE-VERT service engagement des usagers, Philippe LALY, adjoint au chef de service de certification, Sophie NEVIERE, documentaliste, Sylvie LASCOLS, assistante documentaliste, Catherine JOHNS, Chantal HOTTIN, Sophie DUTHU, assistantes du projet, Eric DARVOY, Cécile DE PIZZOL, service communication.

Groupe de lecture

Thomas BONNAILLIE, infirmier, centre de soins du nombre d'or, EPSM des Flandres

Thierry JANDROK, docteur en psychologie clinique

Sophie THERON, maître de conférences de droit public (HDR), université Toulouse Capitole, responsable du DU Droit, santé mentale et psychiatrie

Dr Gilles VIDON, psychiatre, expert auditionné

Frédérique ABBOTTS, assistante de service social au CMP du 13e arrondissement de Marseille, rattaché au CH Édouard Toulouse Marseille

Dr Christophe LAMISSE, chef de pôle de psychiatrie et santé mentale, chef de département de psychiatrie générale, centre hospitalier Victor Dupouy, Argenteuil

Denis GOSSA, cadre supérieur PPG centre : établissements Sainte-Marie Alpes-Maritimes, Nice Cedex 1

Bernard TAUVEL, retraité, infirmier en psychiatrie au centre psychothérapique de Nancy puis cadre de santé pendant 13 ans au CHU de Nancy en psychiatrie puis en addictologie (département 54)

Dr Cédric ROOS, psychiatre, praticien hospitalier Responsable du pôle du secteur 67G02 Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Olivier SIGMAN, adjoint au directeur EPSM Bathélemy Durand

Rémi THIVILLER, infirmier psychiatrique CH Le Vinatier Bron

Clémentine VIARD, cadre de santé psychiatrie - Bâtiment Marion, unité fermée et unité ouverte, CHU de Dijon

Latifa ZOUADI, cadre de santé, service de psychiatrie extrahospitalier, CH Simone Veil de Blois

Florence HALDER, psychologue clinicienne, docteur en anthropologie, chargée de cours, université Paris 5

Margaret MAGNIFIQUE, responsable des admissions E.P.S. de Ville-Evrard

Docteur Eugenia MASCARENHAS E.P.S. de Ville-Evrard

Carole VERLYCK Cadre de santé du département d'information médicale du centre hospitalier de Plaisir 78370
Virginie PARISOT, cadre de santé, CH du Rouvray

Madame Claude CAVELIUS, docteur en psychologie EPSAN (établissement public de santé Alsace Nord)

Philippe ALBY, cadre de santé CH Mas Careiron Uzès

Laurence VAREE, EPSM Cadre Socio-éducative EPSM de l’agglomération lilloise

Anne-Sophie MAZEIRAT, juriste département juridique IARD – pôle Expertise santé-social

Nicolas HOUPIN, responsable chargé des affaires hospitalières, centre hospitalier isarien – établissement public de santé mentale de l'Oise

Isabelle MEZUREUX, cadre de santé au centre psychothérapique de Nancy

Docteur Laëtitia JAMET, PSM de la Sarthe à Allones.

Christine FRICKER, cadre de pôle : pôle d’activité clinique G03, cadre supérieur de santé : gestionnaire de lits EPSAN

Remerciements

La HAS tient à remercier l’ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AFT : accueil familial thérapeutique

ANRQpsy : association nationale des responsables qualité en Psychiatrie),

ARS : agence régionale de santé

ASPDT/ASDT (u) : admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (en urgence)

ASPDRE : admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat

Ascodocpsy : réseau documentaire en santé mentale

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CME : commission médicale d'établissement

CDSP : commission départementale des soins psychiatriques

CMP : centre médico-psychologique

CGLPL : contrôle général des lieux de privation de liberté

CSP : code de la santé publique

CLS : conseil local de santé

CLSM : conseil local de santé mentale

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communauté professionnelle des territoires de santé

EPSM : établissement public de santé mentale

ESMS : établissements et services médicosociaux

Fnapsy : fédération nationale des patients en psychiatrie), associations d'usagers

GEM : groupe d'entraide mutuelle

HAS : Haute Autorité de santé

HDJ : hôpital de jour

IPA : Infirmier en pratique avancée

JLD : juge des libertés et de la détention

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PDS : programme de soins psychiatriques sans consentement

PTA : plateforme territoriale d'appui

PTSM : projet territorial de santé mentale

RU : représentant des usagers

Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SDT/SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un Tiers

SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un Tiers en urgence

SDDE : soins sur décision du directeur d'établissement

SDRE/SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SPI/SPPI : soins psychiatriques en cas de péril Imminent

SSC : soins sans consentement

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UMD : unité pour malades difficiles

VAD : visite à domicile

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé - mars 2021– ISBN : 978-2-11-162626-3