



LIMOUSIN

RELATIONS PSYCHIATRIE-POLICE-JUSTICE

La loi à l'épreuve du quotidien ?

11 mars 2016 à LIMOGES

*Modérateur de la journée : Docteur Nathalie PRIETO,
Psychiatre, Médecin Légiste, Référent Zonal CUMP, SAMU 69*

Association TranSFaire



OUVERTURE ET PRÉSENTATION DU CONTEXTE

Valérie BICHAUD
Présidente ANFH Limousin

INTRODUCTION

François NEGRIER

Directeur départemental ARS

Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

Georges BORG

Substitut Général à la Cour d'appel de Limoges

LES REPERES FONDAMENTAUX DEPUIS 2002

Dr Toufik SELMA

*Psychiatre, Praticien Hospitalier Chef de Pôle
Expert Judiciaire*

Association TranSFaire

PLAN DE LA CONFÉRENCE

- 1 – Aspects médico-légaux de l'hospitalisation sous contrainte
- 2 - La Loi KOUCHNER
- 3 - Droits, devoirs et conduite à tenir face à la police et à la justice

1. ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

CHRONOLOGIE/HISTORIQUE

Loi du
30/06/1838



Loi du
03/01/1968



Loi du
02/02/1981

« Loi Esquirol » sur les aliénés :

Passage de la médecine aliéniste **vers la psychiatrie**

Loi **philanthropique** conciliant deux objectifs :

« *Venir au secours du malheur, soulager la plus affligeante des infirmités humaines* »

Et

« *Préserver la Société des désordres que les malades peuvent commettre* »

Adaptation à la loi sur les tutelles

Adaptation à la loi « Sécurité liberté »

CHRONOLOGIE/HISTORIQUE

Loi du 27/06/1990

- Rappel du principe :
l'hospitalisation libre
:Nul ne peut être hospitalisé sans son consentement.
- L'exception :
l'hospitalisation sous contrainte,
sous conditions :
 - Si les troubles rencontrés par le patient rendent **impossible son consentement,**
 - Si son état impose des **soins immédiats** assortis d'une **surveillance constante** en milieu hospitalier.
- **Deux formes** d'hospitalisation sous contrainte : L'Hospitalisation **sur demande de tiers**
 - Remplace l'ancien placement volontaire,
 - Justifiée par une nécessité médicale.
- L'Hospitalisation **d'office**
 - Remplace le PO,
 - Justifiée par la protection des personnes et de l'ordre public.
- **Contrôle des établissements** :
 - Par l'autorité judiciaire,
 - Par la CDHP.
- La loi de 1990 prévoyait **une évaluation du dispositif à 5 ans**
- **Quelques retouches** par la loi du 4/03/2002 (ex : Officialisation des sorties d'essai)

CHRONOLOGIE/HISTORIQUE

Loi du
26/11/2010
QPC



Loi du
09/06/2011
QPC



Loi de 2011
révisée en
2013

- **Réserve** formulée concernant l'interprétation des dispositions de l'article L. 351 du CSP pour que le juge saisi se prononce dans les plus brefs délais possibles pour l'HDT et l'HO,

- **Censure** de la procédure de prolongation de l'HDT qui ne prévoyait pas l'intervention du juge judiciaire avant l'expiration d'un délai de 15 jours.

Censure de dispositions relatives à l'HO

- Faute de prévoir **un réexamen à bref délai** quand le certificat de 24H ne confirme pas la nécessité du maintien de la mesure et que l'autorité administrative n'en prononce pas la levée,

- La procédure de prolongation de l'HO qui ne prévoyait **pas l'intervention du juge judiciaire** avant l'expiration d'un délai de 15 jours.

Socle de la législation de l'hospitalisation sous contrainte

- Mise en place d'un contrôle systématique par un juge,
- Substitution de la notion d'hospitalisation psychiatrique par celle de soins psychiatriques sans consentement,
- Modifications terminologiques :
 - HO est remplacée par ADRE: Admission sur demande du représentant de l'Etat
 - HDT est remplacée par ADT: Admission sur demande de tiers.
- Création d'un régime de soins sans consentement sans hospitalisation.

Une révision en 2013 allant au-delà de la censure constitutionnelle (QPC du 20 avril 2012) qui portait sur les conditions d'hospitalisation des personnes ayant commis des infractions en état de trouble mental ou les personnes placées en Unité pour malades difficiles (UMD)

LES PRINCIPES RÉGISSANT LES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

ADT

- **Conditions tenant au patient :**
 - Des troubles mentaux rendant **impossible son consentement**,
 - Un état mental qui impose des **soins immédiats** assortis :
 - Soit d'une **surveillance constante** justifiant une hospitalisation complète,
 - Soit d'une **surveillance régulière** justifiant une autre forme de prise en charge.
- **Auteurs de la demande:**
 - Un membre de la **famille**,
 - Une personne justifiant de **l'existence de relations** avec le patient,
 - Exclusion : le personnel soignant (et non-soignant) de l'établissement.
- **Les mentions manuscrites requises pour la demande d'admission :**
 - Identification du demandeur et la justification de sa qualité (A défaut : **illicéité de la décision d'admission**),
 - Identification de la personne visée par la demande,
 - Date et signature.
- **Autorité décisionnaire : le Directeur de l'établissement**

ADRE

- **Conditions tenant au malade:**
 - Troubles mentaux nécessitant des soins,
 - Troubles compromettant la **sûreté des personnes** ou portant atteinte, de façon grave, à l'Ordre public.
- **Arrêté Préfectoral, sur la base d'un certificat médical circonstancié**
- **Possibilité d'admission provisoire :**
 - Prononcée par le Maire ou, à Paris, les Commissaires de Police,
 - En cas de danger imminent pour la **sûreté des personnes** attestée par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique,
 - Obligation d'information du Préfet dans les 24 h qui, sans délai, prononce SB une ADRE.

CERTIFICATS MÉDICAUX CIRCONSTANCIÉS (ADT)

- Datant de **moins de 15 jours** :

- Le 1er établi par **un médecin n'exerçant pas dans l'établissement** :
 - constatant l'état du malade
 - indiquant les caractéristiques de la maladie
 - et la nécessité de recevoir des soins
- **Confirmé par un 2ème certificat** pouvant émaner d'un médecin de l'établissement
- Condition **d'absence de lien de parenté ou d'alliance** (4^e degré) entre les médecins, entre l'un des médecins et le directeur de l'établissement ou le demandeur à la mesure ou le patient

- **Exceptionnellement, en cas d'urgence** et lorsqu'il existe un **risque d'atteinte grave** à l'intégrité d'un malade : un seul certificat suffit, au besoin établi par un médecin de l'établissement

UN CONTRÔLE MÉDICAL (PHASE D'OBSERVATION)

- Dans les 24 h de l'admission :

- Un **examen somatique** complet par un médecin
- Un **certificat établi par un psychiatre** différent de ceux ayant établi le ou les certificats pré-admission.

- Dans les 72h de l'admission :

- Un **second certificat** par un psychiatre,
- Si ce second certificat confirme la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre rédacteur doit **proposer, avec motivation, la forme de prise en charge** (hospitalisation complète ou programme de soins)

- Si les **deux certificats ne s'accordent pas** sur la nécessité de maintenir les soins : **mainlevée immédiate** par le Directeur.

- Si les deux **certificats s'accordent** : **maintien des soins** par le Directeur, avec un nouveau certificat tous les mois (certificat 3j avant la fin de chaque période) et une réévaluation annuelle.

UN CONTRÔLE PAR LE JLD

- **Contrôle facultatif par le JLD, sur saisine par requête** du malade, des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur, du conjoint ou du concubin ou du partenaire Pacsé, du tiers demandeur à l'admission, d'un parent ou d'une un personne susceptible d'agir dans les intérêts du malade, du Procureur de la république, avec une possibilité de saisine d'office du JLD
- Pour pouvoir prononcer la **mainlevée à la suite d'admission sur décision judiciaire**, le JLD ne peut se prononcer que :
 - Après avis du Collège de l'établissement,
 - Après une expertise par deux psychiatres experts inscrits pour pouvoir prononcer la mainlevée
- **Effet de la mainlevée : possible décalage de max. 24 h** pour permettre la mise en place, le cas échéant, d'un programme de soins.

UN CONTRÔLE OBLIGATOIRE PAR LE JLD

- Pour les ADT et ADRE :

- Saisine par le Directeur dans les **8 jours** de l'admission ou de la décision de modification des soins en hospitalisation complète, en joignant l'avis du psychiatre,
- Décision du JLD avant l'expiration d'un délai de **12 jours** à compter de l'admission ou de la modification des soins en hospitalisation complète,
- Allongement des délais **de 14 jours**, en cas d'expertise ordonnée.

- Pour les admissions sur décision judiciaire ou si ADT ou ADRE continue depuis la première décision du JLD

- Saisine par le Directeur dans les 15 jours avant l'expiration d'un délai de 6 mois

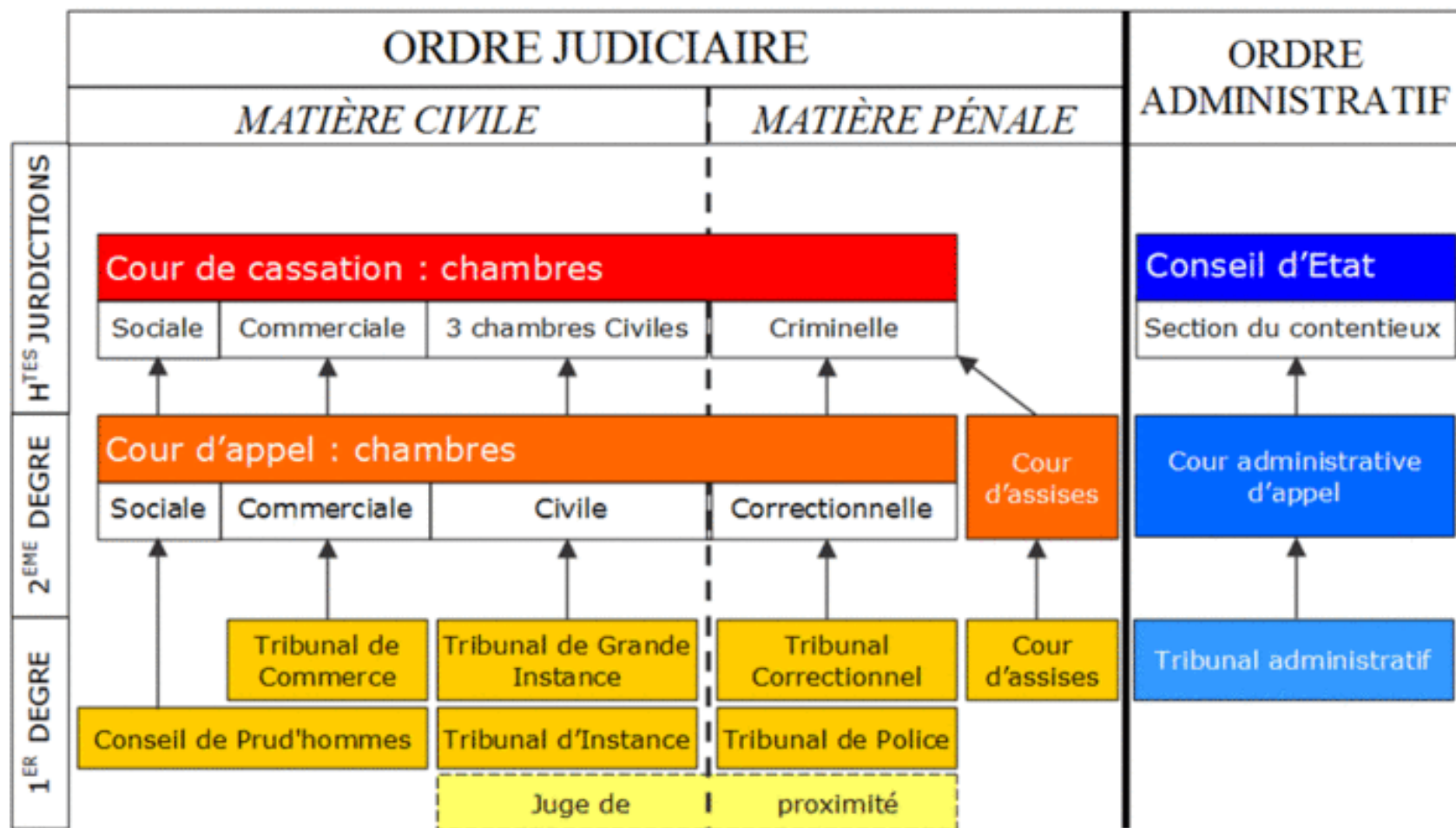
- Délais de saisine et de décision impératifs, à défaut : mainlevée de la mesure.

- Effet de la mainlevée: possible décalage de max. 24 h pour permettre la mise en place, le cas échéant, d'un programme de soins.

2. LOI KOUCHNER

Une loi qui s'inscrit dans une tendance
Le patient devient plus un partenaire.

ORGANISATION JURIDICTIONNELLE NATIONALE FRANCAISE



LE SUICIDE EST IL UN DROIT?

PARTAGE AVEC TIERS PROFESSIONNEL

La loi précise que plusieurs personnes peuvent être amenées à échanger des informations relatives à une personne et ceci dans son intérêt.

Le consentement de la personne en tant que tel n'est pas alors nécessaire mais en revanche il convient de s'assurer de l'absence d'opposition de la personne à ce partage.

Il convient néanmoins de préciser que seule les données nécessaires et strictement utiles doivent être partagés et non l'intégralité du dossier médical, en particulier s'il comporte des données non nécessaires aux soins ou des données particulièrement sensibles+++.

LE SECRET MÉDICAL

Repose sur un triple fondement: moral, déontologique, juridique.

- Condition de confiance dans la relation médecin / patient
- Partie intégrante de la relation contractuelle
- Instauré dans l'intérêt du patient
- Il n'est pas opposable au patient
- **Concerne tout ce que le médecin a pu voir, entendre, comprendre ou déduire**
- Le patient ne peut délier le médecin de son obligation
- Persiste après la mort du patient
- Existe entre médecins

LE SECRET MEDICAL

Les situations les plus fréquentes de violation du secret à l'hôpital :

- Chambres à plusieurs lits
- Réponses par téléphone concernant un patient
- Transmissions orales à haute voix ou devant des tiers
- Tableaux divers avec les noms des patients ou leur traitement...visibles de tous
- Noms sur les portes
- Dossiers à la portée de tout curieux
- Résultats d'analyse nominatifs dans les poubelles ou ailleurs, hors du dossier
- Dossier du patient confié au brancardier et lisible facilement

LE PRINCIPE DU SECRET MÉDICAL

1. Le contenu du secret médical

- L'article 4 du code de déontologie médicale.
- L'article 226.13 du code pénal réprime la violation du secret médical.
- L'article 4 du code de déontologie « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris. »

2. Les conditions de la constitution du délit

- Un dépositaire du secret
- Un secret
- Une révélation
- Une intention

UN DÉPOSITAIRE DU SECRET

Applicable à toute personne qui est dépositaire d'un secret
« par fonction ou par profession »

- Article 226.13 ne concerne pas les seuls faits confiés au médecin mais « *tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.* »
- La conception juridique du secret ne dépend pas de celui qui la confié mais de celui qui le détient: votre patient ne peut vous délier de votre obligation.

UNE RÉVÉLATION

- Il y a violation des lors que les informations sont révélées à un tiers.
- Le tiers, c'est toutes personnes étrangères à la relation duale médecin patient.
- Le principe s'impose même si le patient en a autorisé la révélation
- Une exception: la notion de secret partagé.

UNE INTENTION

- Il n'est pas nécessaire qu'il y est eu intention de nuire
- La forme de la révélation importe peu: écrite(rédaction d'un certificat) ou orale (témoignage d'un médecin en justice)

LES LIMITES DE L'OBLIGATION DU SECRET PROFESSIONNEL

- Les dérogation légales
- Les dérogation liées à la personne
- Le secret professionnel et la justice

LES DÉROGATIONS LÉGALES

- Les dérogations obligatoires
- Les dérogations facultatives
- Les dérogation jurisprudentielles
- Les réclamations devant la commission des relations avec les usagers

LES DÉROGATIONS OBLIGATOIRES

- Les déclarations de naissance et de décès
- La déclaration de certaines maladies contagieuses
- La déclaration de maladie vénériennes en période contagieuse
- La déclaration en cas de maladie mentales
- La déclaration des alcoolique dangereux
- La déclaration des incapables majeurs
- Les pensions civiles et militaires de retraite
- Les pensions militaires d'invalidité
- L'indemnisation des personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion
- La déclaration de dopage des sportifs
- Les risques pour la santé humaine

LES DÉROGATIONS FACULTATIVES

« privations ou sévices infligés à un mineur de 15 ans, ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique »

« violences sexuelles de toute nature, en ayant obtenu au préalable l'accord de la victime. »

- Transmission des informations automatisées ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé
- Évaluation d'activité des établissements de santé
- Accès au dossier hospitalier
- Dangerosité d'un patient détenteur d'une arme à feu

L'OBLIGATION DU RESPECT DU SECRET NE S'ARRÊTE PAS AU DÉCÈS

- connaître les causes de la mort
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir ses droits
- sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès

LES SANCTIONS POUR NON RESPECT

- Les sanctions pénales
- Les sanctions civiles
- Les sanctions disciplinaires

LA PREUVE DE L'INFORMATION OU DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- La preuve de l'information reste à la charge du médecin et/ou de l'établissement de soins (loi du 04/03/2002 et Cour de cassation, 25/02/1997 ; CE, 5/1/2000 GUILBOT/APHP).
- La preuve peut être rapportée par tous moyens (Cour de cassation, 14/10/1997).
- On peut donc rapporter la preuve de l'information par un faisceau de présomptions suivant les circonstances de l'espèce.
- La confection d'un dessin ou schéma personnalisé et non pas une simple photocopie type, donné ensuite au patient avec une copie signée de celui-ci pour le dossier.
- Bien entendu, un écrit recensant les risques graves auxquels s'expose le patient et signé par celui-ci (en donner copie au patient).
- Un délai de réflexion au patient. Sauf urgence, ne pas se précipiter même si le patient le réclame.
- Le médecin reste disponible pour des éclaircissements. En cas de difficulté, les juridictions ont le pouvoir de contrôler la qualité de l'information donnée.

LA PREUVE DE L'INFORMATION OU DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- Le contenu du dossier (qui peut être modifié a posteriori),
- Les témoignages des auxiliaires médicaux ou ceux d'autres médecins peuvent porter à suspicion.
- Une notice d'information. Actuellement, on voit de plus en plus de médecins ou d'établissements de soins qui délivrent une notice d'information aux patients. On peut douter de l'efficacité d'une telle pratique (même signé) qui a pour effet néfaste de dispenser certains praticiens peu consciencieux d'un entretien particulier sur les risques encourus. En outre, si la notice n'est pas complète, elle constitue une preuve contre le médecin. Si elle est trop alarmiste, elle risque de dissuader le patient de se faire soigner.
- Certains praticiens considèrent l'obtention d'un consentement éclairé comme une perte de temps. Cependant, les quelques minutes nécessaires à la délivrance de l'information et au recueil de l'accord du patient ne sont rien comparés au temps qu'il faudra consacrer à une procédure en cas de préjudice lié au non délivrance de cette information.
- Par ailleurs, ce dialogue obligé, ne fera que renforcer les liens et l'empathie entre le chirurgien et son patient. Un consentement éclairé et bien réalisé permettra de réduire les risques de plaintes lorsque le patient ou sa famille se souviendront que la complication a été clairement décrite et envisagée au cours de cette conversation.
- Un consentement éclairé n'est pas un document. Ce document signé ne peut à peine être considéré comme une preuve de délivrance de l'information. L'élément le plus important est le contenu de la discussion. Pour que le formulaire signé ait une valeur, il faut qu'il résume la discussion de telle manière qu'il soit difficile aux patients de dire plus tard qu'on ne lui a rien expliqué. C'est dire qu'elle doit être personnalisée.
- C'est le praticien qui réalise le geste qui doit obtenir le consentement éclairé du patient. Toute délivrance d'information par un autre membre du personnel soignant (infirmière ou interne) est inapproprié,

L'ACCES AUX INFORMATIONS FIGURANT DANS LE DOSSIER

➤ La communication des informations :

- Les détails : 8 jours / 2 mois selon les cas
- Le moyen : consultation sur place ou envoi de copies
- Le dispositifs d'accompagnement
- Les précautions à prendre par l'établissement : vérification de :
 - . L'identité du demandeur et le cas échéant de la qualité du médecin intermédiaire
 - . L'identité et la qualité des ayants droit

S'assurer que les pièces communiquées correspondent bien au motif de la consultation

LA FAUTE MÉDICALE: 3 NOTIONS LIÉES

- Le dommage subi par le patient ou la victime
- La faute du médecin
- Le lien de causalité entre le dommage et la faute

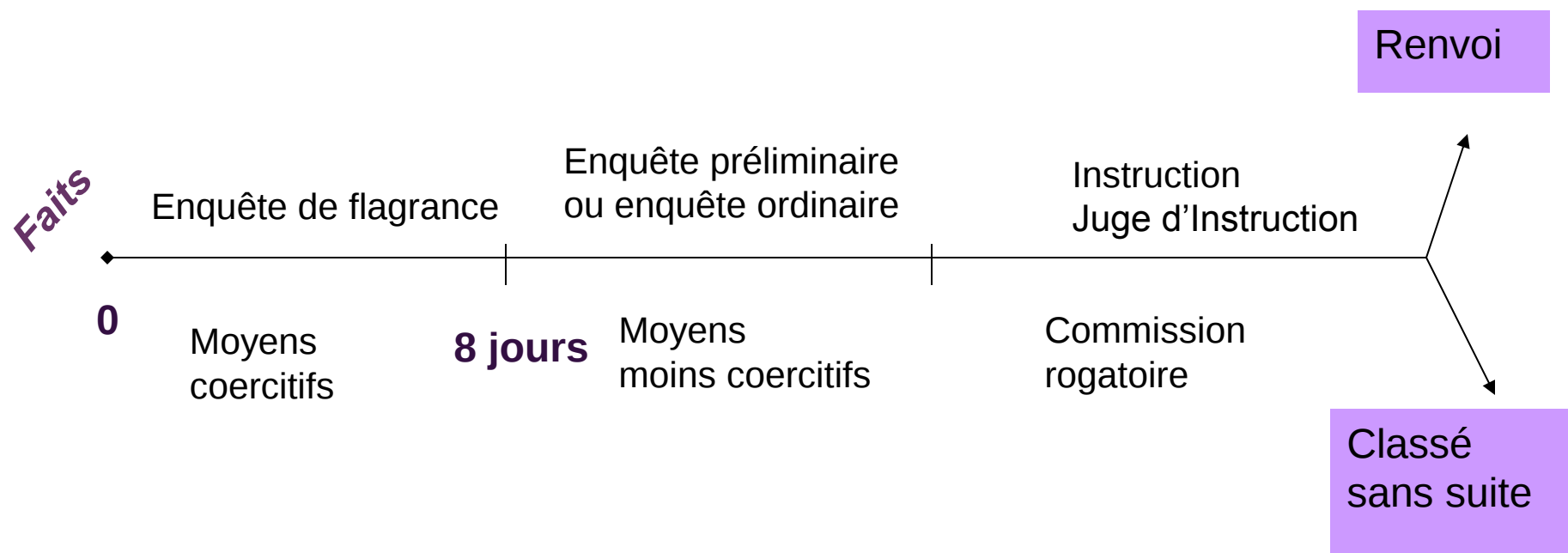
Encore faut-il que le lien de causalité soit DCD :

Direct, Certain et Déterminant

LA FAUTE MÉDICALE

- Le médecin commet une faute
 - s'il ne respecte pas *l'obligation de soins attentifs, consciencieux et conformes aux données de la science*
- La faute est constituée
 - si le médecin fait preuve d'une *"méconnaissance certaine de ses devoirs"*
- La faute s'apprécie
 - par rapport à ce qu'aurait fait *"à sa place, dans les mêmes circonstances, un autre praticien consciencieux et averti"*

3. DROITS, DEVOIRS ET CAT FACE À LA POLICE ET À LA JUSTICE



L'INFRACTION

- **Définition** de l'infraction :
 - Éléments légal, moral & matériel
 - Conditions cumulatives
- **Classification** : contravention, délit, crime
- Correctionnalisation des infractions
(exemple : le taux d'I.T.T)

LES TEXTES GÉNÉRAUX

Quelques dispositions générales applicables
« aux citoyens » : Sur les atteintes à l'action de la Justice
et entraves à sa saisine

- Non dénonciation d'un crime (434-1 CP)
- Omission de témoigner en faveur d'un innocent (434-11 CP)
- Altération ou effacement d'un indice, d'un crime ou d'un délit (434-4 CP)

ZOOM SUR LA GAV

- Maintien d'une personne à disposition de l'OPJ pour les nécessités de l'enquête, en cas préliminaire ou de flagrance
- Mesure de détention policière
- Elle est décidée par l'OPJ
- **Régime unifié** depuis loi du 15 juin n200
Une personne à l'encontre de laquelle il existe « une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner » qu'elle a commis ou tenter de commettre une infraction

24 heures renouvelable une fois & avis au Procureur de la République
Notification, examen médical, appel téléphonique, Avocat

A issue poursuites ou non

LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE ET LE DÉCLENCHEMENT DES POURSUITES

Le Procureur de la République, gardien de l'ordre public, a 3 possibilités :

- Classer sans suite (obligation de motiver) et recours possible auprès du Procureur Général
 - Déclencher l'action publique avec une possible instruction du dossier
 - Mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites ou la composition pénale
- Le Ministère Public reçoit les plaintes et les dénonciations et **apprécie** la suite à leur donner
 - Il dirige l'activité des officiers et agents de police judiciaire dans le ressort de son Tribunal
 - La Comparution sur Reconnaissance Préalable de culpabilité (L 9 mars 2002)

ZOOM : PORTER PLAINTE

- La loi du 15 juin 2000 a renforcé les droits de la victime
- La victime peut porter plainte auprès de n'importe quel service de police, même territorialement incompétent
- Depuis la loi du 9 mars 2004, tout dépôt de plainte fait l'objet d'un procès verbal et donne lieu à la délivrance immédiate d'un récépissé à la victime
- Information par les services du droit d'obtenir réparation et de l'assistance par un Avocat
- Depuis la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007, le dépôt d'une plainte avec constitution de partie civile est plus complexe.
- Deux types de plainte : la plainte « simple » et la plainte avec constitution de partie civile

L'HÔPITAL : AUTEUR D'UNE INFRACTION

- Responsabilité pénale des personnes morales de droit public
- Responsabilité du directeur d'hôpital
- Responsabilité du personnel

LA RESPONSABILITÉ DU DIRECTEUR D'HÔPITAL

- En principe le titulaire d'une compétence doit l'exercer lui-même (responsabilité pénale personnelle)
- Sauf possibilité légale de délégation
- Conditions : partielle, publiée, expresse et précise
- Délégations de **pouvoir**, de signature et de compétence
- Délégations en cascade (subdélégation)
- Délits non intentionnels
- Infractions économiques (délits de favoritisme)
- Infractions liées aux relations du travail (harcèlement moral)

VIOLENCE SUBIE PAR LE PERSONNEL HOSPITALIER

- La violence :
 - Entre membres du personnel hospitalier
 - Du fait d'un usager
- Contexte particulier (urgences, hôpitaux psychiatriques,...)
- **Des dispositions spécifiques**
- Violences et actes d'intimidation commis sur une personne chargé d'une mission de service public ou un professionnel de santé : **(Art 222-8, 222-10, 222-12 et 433-3 du CP)**

ZOOM SUR LE HARCÈLEMENT MORAL

- La loi du 13/07/1983
« Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés du harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel ».
- Art 22-33-2 CP :
« Le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique et mentale, ou de compromettre de son avenir professionnel est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende »

JE VOUS REMERCIE

LES QUESTIONS DE LIBERTE ET DE RESPONSABILITE

Docteur Jean-Pierre VIGNAT

Psychiatre des Hôpitaux

Association TranSFaire

LA LIBERTÉ OU PLUTÔT LES LIBERTÉS

- La liberté politique ou sociale (= de citoyen majeur)
 - Garantie par la constitution, référée à la déclaration des droits de l'homme et du citoyen
 - Elle ne peut être limitée que dans le cadre de la loi et sur décision ou sous le contrôle d'un juge

LA LIBERTE OU PLUTOT LES LIBERTES

- Les libertés plus spécifiquement concernées dans le domaine de la santé:
 - ✓ La liberté d'aller et venir
 - ✓ La liberté de choisir (consentir ou refuser)
 - ⇒ Le droit à l'information

LA LIBERTE OU PLUTOT LES LIBERTES

- La liberté psychologique
 - = Libre arbitre ou capacité de se gouverner
- Elle est altérée dans toutes les maladies mentales (« La maladie mentale est une pathologie de la liberté », Henri EY) et dans toutes les perturbations psychiques

LA LIBERTE OU PLUTOT LES LIBERTES

- Le retentissement de cette altération sur la conduite de la vie du sujet
- ✓ Dépendances
- ✓ Troubles du comportement
- ✓ Incapacité de gestion de ses biens
- ✓ Perturbation durable de la relation aux autres et du rapport à la réalité
- ⇒ Peut entraîner la limitation de la liberté politique
- ☛ Obligation de soin
- ☛ Soins sans consentement

LA MISSION DE LA PSYCHIATRIE

- Restaurer la liberté psychologique du patient
- Afin qu'il récupère sa liberté politique

2 moyens (en lien l'un avec l'autre):

- ✓ Le travail thérapeutique sur la liberté psychologique
- ✓ La loi en appui des soins

LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE SUR LA LIBERTÉ PSYCHOLOGIQUE

- L'important n'est pas le délire mais la distance à l'injonction délirante
- Le problème est moins de la voix qui dit d'agresser que de l'obéissance à la voix (Cf. *L'association des entendeurs de voix*)
- Il est moins du vécu terrifiant d'envahissement ou de morcellement que de la protection qu'on demande de toute urgence

LA LOI EN APPUI DES SOINS

- La réintégration du patient sans consentement dans son statut de citoyen
- ✓ Les droits
 - L'information scrupuleuse sur ses droits
 - La mise à disposition effective des moyens d'exercer ces droits
 - Le soutien dans la démarche

LA LOI EN APPUI DES SOINS

- ✓ La responsabilité
 - L'introduction de la notion de responsabilité
 - La lecture avec le patient de ses actes et de ses comportements
 - La transitionnalité : le code pénal comme tiers
 - L'abandon de la médicalisation systématique des transgressions et des passages à l'acte (= respect des bonnes pratiques HAS)
 - Le dédommagement (endommagement ou destruction de biens) et/ou le dépôt de plainte (agression)

LA MISE EN LIEN DES DIFFÉRENTES LECTURES

- Les lectures du même acte délictueux par le juge, le policier et le psychiatre sont généralement très différentes
- Différences de référentiels
- Différences de représentations de la maladie mentale, de l'acte et de la répression, du soin

LA MISE EN LIEN DES DIFFERENTES LECTURES

- La mise en lien est-elle possible?
- ✓ Un facteur de liaison: la mise en perspective avec la question du sujet et du sens qui traverse tous les « acteurs sociaux »
- ✓ Un facteur de déliaison : le clivage (psychotique ou d'état limite) que le sujet exporte dans son environnement

LA MISE EN LIEN DES DIFFERENTES LECTURES

- Cette mise en lien est indispensable
 - ⇒ démarche de synthèse :
 - ☛ objectifs de la réponse judiciaire
 - ☛ objectifs de la réponse médicale
 - ⇒ modélisation de l'évolution du sujet
- Un préalable : la mise en place d'une méthode consensuelle de réflexion

L'IMPACT ET LE RISQUE DE L'IRRESPONSABILITÉ

- Quel est le sens du soin psychique si le discours et le comportement du patient sont tenus pour lui échappant et non donc plus de sens (« La machine folle »)?
- Tandis que les symptômes et les expressions cliniques ont une fonction et un sens
- La perte de la pensée favorise l'agir

L'IMPACT ET LE RISQUE DE L'IRRESPONSABILITE

- Plusieurs risques sont repérables:
 - ✓ L'effondrement de la cohésion et de la cohérence de l'équipe thérapeutique : une partie de l'équipe se sent abandonnée à la violence du patient et perd toute potentialité soignante
 - ✓ Le patient – psychotique ou état limite – est dans une toute-puissance désorganisatrice du fait de la perte de tout cadre contenant

L'IMPACT ET LE RISQUE DE L'IRRESPONSABILITE

- ✓ La mise en place d'une irresponsabilité externe et d'une responsabilité interne : le lieu de soin devient une zone de non-droit régie par une « loi médicale » exprimée par l'usage de moyens médicaux à des fins répressives (pas nécessairement clairement conscientes)
- ✓ En l'absence de responsabilité du patient, les soignants se sentent responsables de ses actes « Responsabilité par procuration » qui est en fait une prise en otage par le patient

L'IMPACT ET LE RISQUE DE L'IRRESPONSABILITE

- L'irresponsabilité comme facteur de chronicité

« La conviction d'irresponsabilité des malades partagée par les soignants et les malades est l'un des 3 facteurs de la chronicité hospitalière » Hermann SIMON (1930)

TABLE RONDE FUGUES ET DISPARITIONS INQUIETANTES

« Travail collaboratif avec la gendarmerie »
CH St Vaury

Bernadette VAYSSAIRE – Directeur adjoint

Dr Eric DUPRAT – Chef Pôle Adultes

Jacqueline MOUTAUD – Cadre supérieur de santé

&

Jean-Marc BAUBIL – Capitaine de gendarmerie

FUGUES ET DISPARITIONS INQUIETANTES TRAVAIL COLLABORATIF AVEC LA GENDARMERIE

LE CONTEXTE DU TRAVAIL :

Réunion avec le commandant de gendarmerie et les pompiers suite à leurs interventions pour rechercher des patients sortis de l'hôpital sans autorisation médicale .

PRESENTATION DES SITUATIONS :

Patients en soins sans consentement ou en soins libres qui pouvaient se mettre en danger et pour qui les recherches se prolongeaient à la tombée de la nuit .

Dans ce cas , les risques de mise en danger pour le patient sont plus élevés qu'en cours de journée avec une difficulté pour les retrouver .

FUGUES ET DISPARITIONS INQUIETANTES TRAVAIL COLLABORATIF AVEC LA GENDARMERIE

LES DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIES :

La rencontre avec les services de gendarmerie a permis d'identifier les dysfonctionnements suivants :

- Un délai écoulé trop long entre le constat de la disparition du patient et le temps d'alerte à la gendarmerie
- Un manque de précisions sur le signalement du patient
- La chambre du patient polluée par les soignants qui ont cherché des papiers et déplacé des objets .

FUGUES ET DISPARITIONS INQUIETANTES

TRAVAIL COLLABORATIF AVEC LA GENDARMERIE

LES TRAVAUX REALISES:

La gendarmerie a transmis sa fiche de signalement , afin que le CHLV en construise une sur le même modèle .

La fiche réalisée leur a été transmise pour validation .

LES OUTILS CONSTRUITS:

Un document rédigé en format qualité sous forme de logigramme « conduite à tenir lors d'une sortie sans avis médical » .

Une fiche « rapport circonstancié »

La fiche de signalement travaillée avec les services de gendarmerie et intégrée au dossier patient informatisé

LES PISTES D'AMELIORATION

En terme de formation auprès du personnel , faire intervenir le maitre chien afin qu'il explique la conduite à tenir afin de ne pas polluer la chambre du patient

PRESENTATION DES DOCUMENTS

FICHE DE RENSEIGNEMENT DE RECHERCHE D'UN PATIENT GENDARMERIE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS -- RECHERCHE D'UN PATIENT			
Nom :		Hospitalisation : ☐ volontaire ☐ sous contrainte	Photographie
Prénom :			
Nom :			
Date de naissance :			
Taille :		Année du cliché	
Poids :			
Corpulence : ☐ mince ; ☐ moyenne ; ☐ forte			
Teinte de peau : ☐ claire ; ☐ mate ; ☐ foncée			
		Mobilité : ☐ réduite ☐ normale ☐ vive	
Chevelure :	☐ courte ; ☐ longue ; ☐ dégarnie ; ☐ chauve		Conscience : ☐ Pleine ☐ Altérée ☐ Désorientée
	Teinte : _____		
	Précision sur la forme : _____		
Signe particulier : _____			Prise de médicaments : ☐ oui ; ☐ non
☐ Barbe ; ☐ moustache			
LE PATIENT POSSEDE UN TELEPHONE PORTABLE : _____			Risque en cas d'arrêt du traitement : ☐ oui ; ☐ non
Situation familiale :	☐ célibataire ☐ conjoints ☐ veuf ☐ Enfant(s)		Risque : ☐ auto-agressivité ☐ suicidaire ☐ agressivité à l'égard d'autrui
	Profession : _____		
Adresse et coordonnées téléphoniques déclarée par le patient à l'admission :		Addiction connue : ☐ alcool ☐ médicaments ☐ stupéfiants	
Coordonnées de la personne à prévenir :		Pathologie contagieuse : ☐ oui ; ☐ non	
Coordonnées des personnes chez qui le patient pourrait se rendre localement	1	2	Précédent de fugue : ☐ oui ; ☐ non
Coordonnées des personnes chez qui le patient pourrait aller en métropole	1	2	Horaire de découverte de la disparition : _____
Tenue vestimentaire au moment de la disparition :			
Circonstances particulières précédant la disparition :			

FICHE DE RENSEIGNEMENT DE RECHERCHE D'UN PATIENT HOPITAL

		FICHE DE RENSEIGNEMENTS - RECHERCHE D'UN PATIENT		Page : 1/1 Référence : ESOIREN01-A Indice de révision : 1 Date de révision : 05/09/2013
Nom de naissance : Nom marital : Prénom : Surnom : Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M		Hospitalisation : ☐ soins psychiatriques libres ☐ soins psychiatriques sans consentement : ☐ soins psychiatriques sur demande d'un tiers ☐ soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat ☐ soins psychiatriques pour péril imminent		Photographie Année du cliché : _____
Taille : Poids : Corpulence : ☐ mince ; ☐ moyenne ; ☐ forte		Teinte de peau : ☐ claire ; ☐ mate ; ☐ foncée		
Chevelure : ☐ courte ; ☐ longue ; ☐ dégarnie ; ☐ chauve Teinte : _____ Précision sur la forme : _____		Mobilité : ☐ réduite ☐ normale ☐ vive		
Signe particulier : _____ ☐ Barbe ; ☐ moustache		Conscience : ☐ Pleine ☐ Altérée ☐ Désorientée		
LE PATIENT POSSEDE UN TELEPHONE PORTABLE : _____		Prise de médicaments : ☐ oui ; ☐ non Risque en cas d'arrêt du traitement : ☐ oui ; ☐ non		
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ conjoint ☐ veuf ☐ Enfant(s) Profession : _____		Risque : ☐ auto-agressivité ☐ suicidaire ☐ agressivité à l'égard d'autrui		
Adresse et coordonnées téléphoniques déclarées par le patient à l'admission : _____				
Coordonnées de la personne à prévenir : _____				
Coordonnées des personnes chez qui le patient pourrait se rendre localement : _____		1	2	Précédent de fugue : ☐ oui ; ☐ non
Coordonnées des personnes chez qui le patient pourrait aller en métropole : _____		1	2	Heure de découverte de la disparition : _____
Tenue vestimentaire au moment de la disparition : _____				
Circonstances particulières précédant la disparition : _____				

RAPPORT CIRCONSTANCIE DE SORTIE D'UN PATIENT SANS AVIS MEDICAL

	RAPPORT CIRCONSTANCIÉ DE SORTIE D'UN PATIENT SANS AVIS MÉDICAL	Page : 1/1 Référence : ESOIRAP01-A Indice de révision : 1 Date de révision : 05/09/2013
---	---	--

Mode de soins :

- ☐ soins psychiatriques libres
- ☐ soins psychiatriques sans consentement :
 - ☐ soins psychiatriques sur demande d'un tiers
 - ☐ soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat
 - ☐ soins psychiatriques pour péril imminent

Identité du patient : Etiquette du patient ou manuscrite

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ F ☐ M

ETIQUETTE DU PATIENT

- Heure constatée de la sortie sans avis médical et circonstances du constat :

- Actions entreprises (**ordre chronologique et horaires**) :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Fonction :

Date :

Signature :

CONDUITE A TENIR

SORTIE D'UN PATIENT SANS AVIS MEDICAL

	CONDUITE A TENIR LORS D'UNE SORTIE SANS AVIS MEDICAL	Page : 1/5 Référence : OSOICON01-A Indice de révision : 2 Date de révision : 15/10/2015
---	---	--

Description

Objet : Ce protocole décrit la conduite à tenir lors d'une sortie sans avis médical

Documentation

Documents associés :

- Fiche de renseignements ESOIREN01-A
- **Rapport circonstancié de sortie d'un patient sans avis médical ESOIRAP01-A**

Intervenants

Rédigé par :

Nom	Profession	Le	Visa
Marie-Christine CAMPANAUD	Coordinatrice des Soins	15/10/2015	

Validé par :

Nom	Profession	Le	Visa
Dr Eric DUPRAT	Chef de Pôle	15/10/2015	

Approuvé par :

Nom	Profession	Le	Visa
Mr MARTIN Patrick	Directeur	15/10/2015	

Historique

Nom	Indice de révision	Objet
Conduite à tenir lors d'une sortie sans avis médical	0	
Conduite à tenir lors d'une sortie sans avis médical	1	
Conduite à tenir lors d'une sortie sans avis médical	2	Ajout de l'emplacement de la fiche de renseignements sur le logiciel Cariatides

MERCI POUR
VOTRE
ATTENTION

TABLE RONDE FUGUES ET DISPARITIONS INQUIETANTES

« Fugue d'un patient en soins sur décision
du représentant de l'état »
CH Esquirol

Martine VITARD
Directrice des Services Economiques et des Admissions

Dr Danièle BOURLOT
Praticien Hospitalier, Présidente de la C.M.E.

TABLE RONDE LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Processus de l'admission du patient
à son passage devant le Juge des Libertés
et de la Détention (JLD)

CH St Vaury

Patrick MARTIN – Directeur

Marie-Christine CAMPANAUD – Coordinatrice des soins

Dr Marie-Pierre PICHON – Présidente de la C.M.E.

Dr Claudiu DANILA – Vice-président de la C.M.E.

&

Valérie CHAUMOND – Juge des Libertés et de la Détention, TGI Guéret



PLAN DE PRESENTATION

- Freins
- Facteurs de réussite
- Pérennité du projet

PREVOIR

- **Objectif** : présenter 100 % des dossiers conformes devant le JLD en sécurisant les procédures et les pratiques dictées par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, dans le domaine de l'hospitalisation en soins sans consentement.

Indicateur de performance: pourcentage de dossiers non conformes par semestre .

Valeur initiale : 7% sur l'année (à réajuster sur l'année complète 2014) **Valeur cible souhaitée** : 0 %.

- **Pourquoi** : sur l'année 2014 des irrégularités sur les procédures ont abouties à la mainlevée de 12 mesures de soins psychiatriques sans consentement. Un évènement indésirable s'est produit en octobre 2014 , avec une intervention de M Le Procureur de La République et une réunion le 14 novembre 2014 avec l'ensemble des partenaires judiciaires.

Les enjeux sont pour :

- le patient le respect de ses droits fondamentaux et sa protection contre l'arbitraire
- pour le CHLV , la pérennité de l'unité d'admission en soins sans consentement , répondre aux attentes extérieures (ARS , services judiciaires et usagers) en terme de qualité de service rendu , la revalorisation des professionnels .
- **Quoi** : processus de l'admission du patient en soins sans consentement à son passage devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD).
- **Qui** : l'ensemble des services et professionnels (administratifs, médicaux, paramédicaux, AMA) concernés par l'hospitalisation du patient en soins sans consentement de l'admission au passage devant le juge des libertés et de la détention.
Pilote du projet : coordinatrice des soins .
- **Où** : CH La Valette .

PREVOIR

- **Quand:** 6 janvier 2015 au 31 mars 2015
- **Comment :**

DIAGRAMME DE GANTT			
2015			
	JANVIER	FEVRIER	MARS
COMITE DE PILOTAGE	MARDI 6	MARDI 3	MARDI 10
REUNIONS GROUPE DE TRAVAIL	JEUDI 15 - JEUDI 22 - JEUDI 29	JEUDI 5 - JEUDI 12 - JEUDI 18 - JEUDI 26	
DIRECTOIRE (présentation du projet)	MERCREDI 14		
DIRECTOIRE (avancée des travaux)		MARDI 17	MARDI 17
CME (présentation du projet)	Première réunion du mois		PRESENTATION DU PROCESSUS
CSIRMT (présentation du projet)		MARDI 10	
CRUQ (présentation du projet)		Première réunion du trimestre	
INFORMATION INSTITUTIONNELLE			JEUDI 12
REUNION PARTENAIRES JUDICIAIRES ET ARS			VENDREDI 13
FORMATION BGP			JEUDI 19
FORMATION AMA			MARDI 24
FORMATION MEDECINS			LUNDI 30
FORMATION EN TRANSVERSAL		Standard et administrateurs de garde	
FORMATION IDE DE L'UNITE HENRI EY			MARDI 31

METTRE EN OEUVRE

- **L'approche processus** : est la méthode clef du projet pour l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques en terme de respect des procédures pour la préparation des dossiers devant le JLD .
 - Le client est au centre de ce processus .
 - L'enchaînement des étapes concourt à la production d'un résultat .
 - Chaque étape est une succession de tâches faisant intervenir plusieurs acteurs .
 - Les entrées et les sorties du processus peuvent être corrélées avec celles d'autres processus en amont et en aval .
 - Approche systémique .
 - Nécessité de mise sous contrôle .
 - Engagement de la Direction .
-
- **La formation** : ciblée sur les principaux acteurs d'ici fin mars est indispensable à la mise en œuvre .

EVALUER

- **Objectif stratégique :**
Présenter 100% des dossiers conformes devant le JLD en sécurisant les procédures et les pratiques dictées par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, dans le domaine de l'hospitalisation en soins sans consentement.
- **Indicateur de performance:** pourcentage de dossiers non conformes par semestre
- **Valeur initiale :** 7% (à réajuster sur l'année complète 2014) sur l'année **Valeur cible souhaitée :** 0 %
- **Objectifs opérationnels:**
- Qualifier les différents professionnels concernés sur leurs missions au cours des différentes étapes jalonnant l'hospitalisation du patient jusqu'à son passage devant le JLD.
- Renforcer la qualité des dossiers présentés par des actions concrètement définies sur chaque étape.
- Respecter le droit des usagers.
- Satisfaire l'attente des partenaires extérieurs judiciaires et ARS.
- **Indicateur de structure :** nombre de professionnels formés chaque trimestre à compter du premier trimestre de l'année 2015 pour chaque catégorie professionnelle.
- **Indicateur de processus :** nombre d'irrégularités, par catégorie identifiée et listée sur le processus, à compter du deuxième trimestre 2015.
- **Indicateurs de résultat :** pourcentage de patients satisfaits à compter du deuxième trimestre 2015,
taux de satisfaction de chaque partenaire extérieur à compter du deuxième semestre 2015 .

EVALUER

- Revue de processus

Le pilote du processus doit les organiser et rendre compte à la Direction

AMELIORER

- Actions correctives
- CREX
- Tenir compte de la jurisprudence et d'une éventuelle évolution de la loi

FREINS

- Les enjeux et le délai relativement court de réalisation obligent à une rigueur importante en termes de tenue des réunions et rédaction dans un contexte de contraintes institutionnelles sur d'autres calendriers.
- La vigilance à maintenir sur des irrégularités possibles sur les dossiers présentés à Mme le JLD au cours du premier trimestre 2015 avant que le projet ne soit finalisé va engendrer une mobilisation supplémentaire des professionnels concernés par ce projet, ce qui pourrait être facteur de stress.

FACTEURS DE REUSSITE

- C'est un dossier prioritaire.
- Une attente forte, pratiquement sous forme d'injonction, des partenaires extérieurs : judiciaires et ARS.
- L'engagement auprès de ces mêmes partenaires dont le directeur de l'établissement est garant et par voie de conséquence une attente de ce dernier que le projet aboutisse.
- La prise de conscience du médecin responsable de l'unité d'hospitalisation en soins sans consentement et vice-président de la CME que des irrégularités dans la procédure ont des conséquences sur la qualité du soin rendu au patient et qui a accepté d'être au sein du comité de pilotage.
- L'engagement de la coordinatrice des soins, de l'équipe qualité et gestion des risques.
- La sensibilisation des cadres, des AMA et du bureau de la gestion des patients qui ont travaillé sur l'arbre des causes.
- Un projet innovant qui met en œuvre des outils de gestion qualité et gestions des risques liés aux soins : le personnel d'encadrement est en attente pour appliquer ce qu'il a appris en formation. Ceci constituera un modèle pour les actions à mettre en place pour la prochaine Certification V 2014.

PERENITE DU PROJET

- Mise en place de CREX trimestriels sur ce thème. Le premier sera programmé le mardi 12 mai afin de rester dans la dynamique du projet.
- Mise en place de formations pour l'ensemble du personnel paramédical et médical avec validation du DPC.

MERCI POUR
VOTRE
ATTENTION

TABLE RONDE LES SOINS SANS CONSENTEMENT

**Mise en conformité des soins sans consentement
Convention signée par les établissement de la Corrèze en 2011
avec les services de police et de justice**

CH Brive

Michel DA CUNHA – Directeur adjoint

Dr François VIEBAN – Praticien hospitalier

Sandrine DALES – Coordinatrice des soins

&

Christine LONGUECHAUD – Commissaire de police

LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SYNTHESE ET PERSPECTIVES VUES PAR L'A.R.S.

Sophie GIRARD

Direction départementale A.R.S.

Aquitaine Limousin Poitou Charentes



SOMMAIRE DE L'INTERVENTION

- L'organisation de l'ARS ALPC face aux enjeux des SPSC
- Des acteurs multiples et des objectifs partagés
- Les axes d'amélioration des procédures en place

Focus sur le rôle et l'organisation de l'ARS dans la gestion des mesures de SPSC

LE RÔLE DE L'ARS DANS CE DISPOSITIF

- Une mission spécifique incombant à l'ARS:
 - encadrée par le protocole Préfet/DG ARS
 - essentiellement centrée sur les SPDRE
 - l'instruction et la préparation des documents qui sont soumis pour signature au Préfet
 - un rôle central notamment en lien avec les étb et la préfecture
- Des interactions et des liens à faire avec la santé mentale et le 1^{er} recours

LE RÔLE DE L'ARS DANS CE DISPOSITIF

- D'autres missions en lien avec les SPSC:
 - Participation à la commission de suivi médical de l'Unité pour Malades Difficiles
 - Secrétariat de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques
 - Alimentation de la base nationale HOPSYWEB pour les patients en SPDRE et SDDE
 - Vérification de l'inscription dans HOPSYWEB des demandeurs d'autorisation de détention d'armes

L'ORGANISATION DE L'ARS FACE AUX ENJEUX DES SPSC

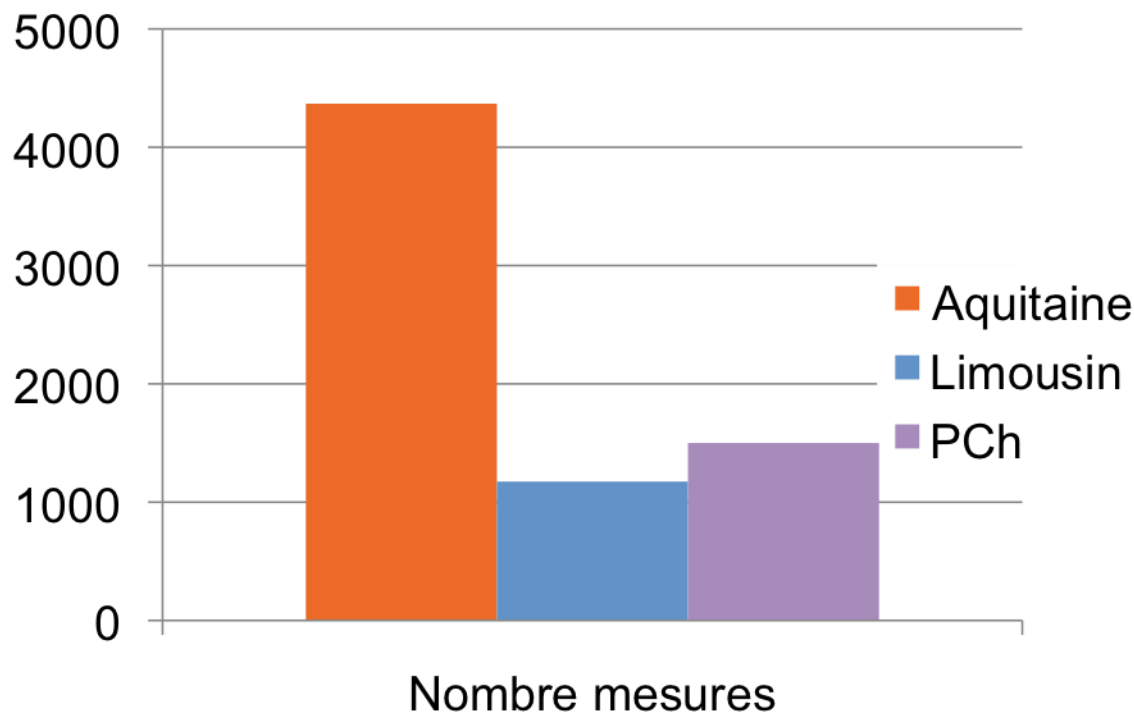
- Une régionalisation de la gestion de ces dossiers amorcée en 2014 en Limousin sur le site de Limoges pour:
 - Sécuriser les procédures par une spécialisation des métiers et de l'expertise en charge de ces dossiers
 - Une égalité de traitement par l'harmonisation des pratiques et des procédures
 - Une garantie de continuité de fonctionnement avec une rationalisation des ressources humaines

L'ORGANISATION DE L'ARS ALPC FACE AUX ENJEUX DES SPSC

L'activité 2015 en Limousin :

- En 19: 310 mesures (115 SDRE et 252 SDDE) et 258 levées
- En 23: 191 mesures (34 SDRE et 158 SDDE) et 145 levées
- En 87: 673 mesures (134 SDRE et 541 SDDE) et 595 levées

L'activité
des ex-
régions
ALPC



POITIERS

- Culture et santé
- Gestion et formation des professionnels médicaux et non-médicaux (y compris gestion de l'internat)
- Gestion des systèmes d'information de santé
- Santé environnementale
- Prévention et sécurité des médicaments et des produits de santé
- Financement médico-social et addictologie (répartition des établissements de la région entre Bordeaux et Poitiers)

LIMOGES

- Appui à la performance
- Adaptation de l'offre de soins et contractualisation *
- Missions premier recours (référént installation) / SAMU / Urgences
- Gestion de l'internat
- Inspection contrôle
- Gestion des signaux *
- Qualité, plateforme vigilances sécurité des soins et des médicaments / produits de santé, autorisations pharmaceutiques et biologiques *
- Expertise, veille et audit financier

BORDEAUX

- Pilotage et parcours et démocratie en santé
- Etudes, statistiques et évaluation
- Animation de la politique régionale de l'offre
 - Maintien à domicile
 - Offre de soins / plateaux techniques
 - Accompagnement des populations
- Conduite de projets innovants : PAERPA, TSN ...
- Pilotage des systèmes d'information de santé
- Adaptation de l'offre de soins et contractualisation *
- Gestion de l'internat
- Prévention et promotion de la santé
- Veille, alerte et gestion des signaux
 - Point Focal Régional
 - Cellule de défense
 - Gestion des signaux *
- Qualité et sécurité des soins, des accompagnements et des produits de santé
 - Pilotage régional
 - Qualité, plateforme vigilances sécurité des soins et des médicaments / produits de santé, autorisations pharmaceutiques et biologiques *
- Fonds d'intervention Régional (FIR)
- Coordination de la gestion du risque
- Financement des établissements de santé
- Financement médico-social et addictologie (répartition des établissements de la région entre Bordeaux et Poitiers)



Légende

DIRECTION DU PILOTAGE DE LA STRATEGIE ET DES PARCOURS
DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE
DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DES FINANCEMENTS

- * Les plateformes
Certaines missions régionales nécessitant une relation de proximité (rencontres régulières avec les partenaires / déplacements, appui méthodologique ou technique). Ces missions sont organisées en 2 plateformes pour mieux répondre aux besoins des territoires :
- la plateforme Nord, pilotée de Limoges
- la plateforme Sud, pilotée de Bordeaux
- ■ Répartition du territoire en plateformes Nord et Sud

1. Cette organisation se mettra en place progressivement.

L'ORGANISATION DE L'ARS ALPC FACE AUX ENJEUX DES SPSC

- Une organisation interdépartementale harmonisée sur la grande région:
 - 12 départements avec **1 site gestionnaire par ancienne région**:
Poitiers (DD86), Limoges (DD 87) et bientôt Bordeaux (DD 33)



Aucune modification en Limousin,
la DD 87 gère les 3 départements 19, 23 et 87.

- La perspective de **structuration d'un réseau professionnel ARS à l'échelle ALPC** et d'une intégration progressive des pratiques

Un dispositif complexe,
encadré, caractérisé par une
multiplicité des acteurs

LES SOINS PSY SANS CONSENTEMENT

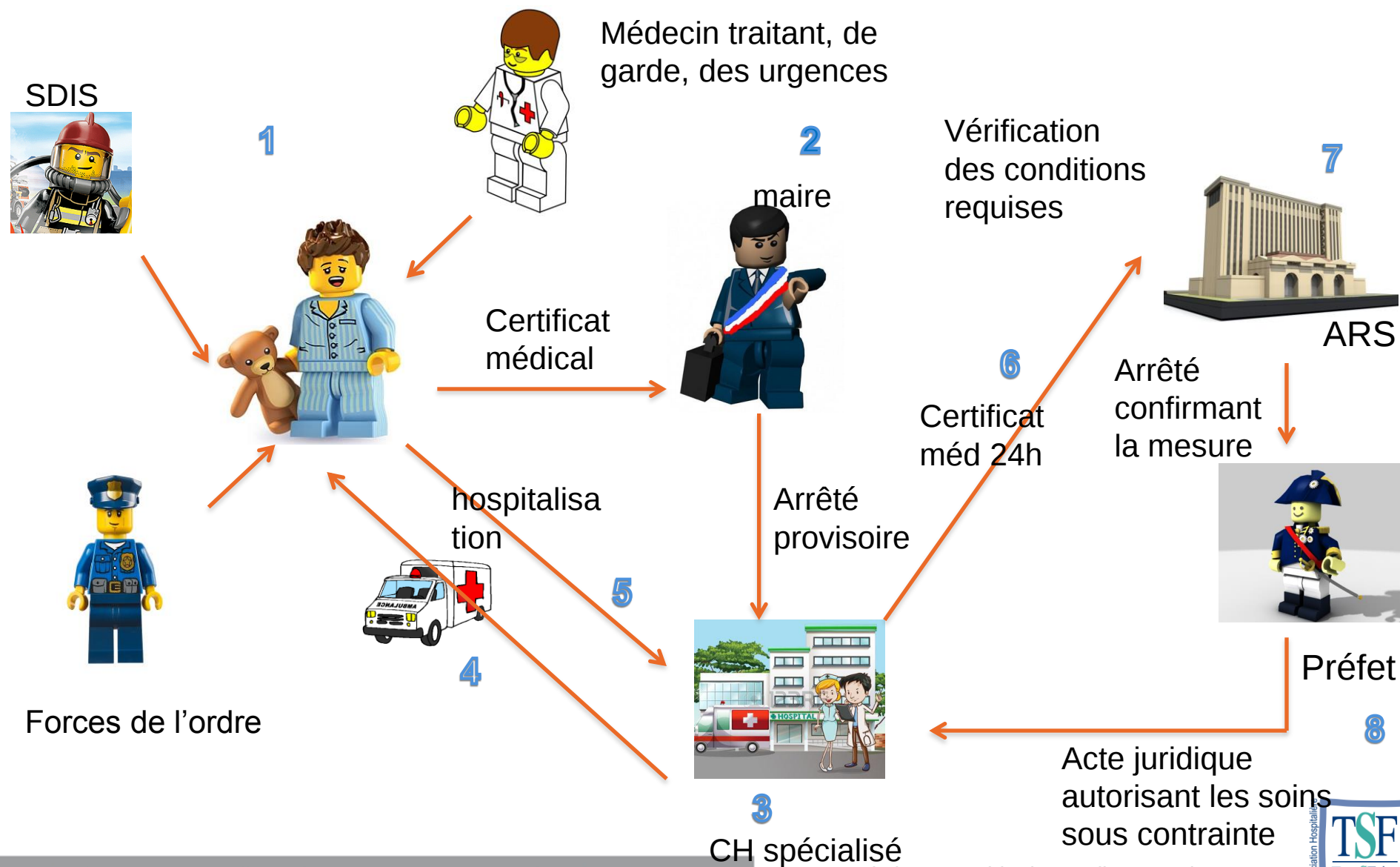
- La contrainte aux soins demeure **une exception** psychiatrique, le **consentement aux soins étant une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique** (art. L 1111-4 du CSP)
- Aucune pathologie en soi et donc aucun diagnostic seul ne suffit à justifier des soins sans consentement
- Le cadre normatif mis en place pour protéger les droits fondamentaux et les libertés individuelles des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement:
 - Loi du 27 juin 1990 relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux modifiée
 - Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
 - Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
 - Loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011
 - Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

LES PROCÉDURES APPLICABLES

- Deux grandes catégories de mesures:
 - Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent - Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement (SDDE):
 - Présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne
 - Un état mental imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière ou constante
 - Une prise en charge prononcée par le directeur de l'établissement
 - Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE):
 - Existence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public
 - Compétence de principe pour prononcer des soins non consentis appartenant au Préfet.
 - Admission provisoire pouvant être prononcée par le maire dans le cadre de ses pouvoirs de police administrative, en général motivée par des exigences de rapidité de mise en œuvre de la mesure.

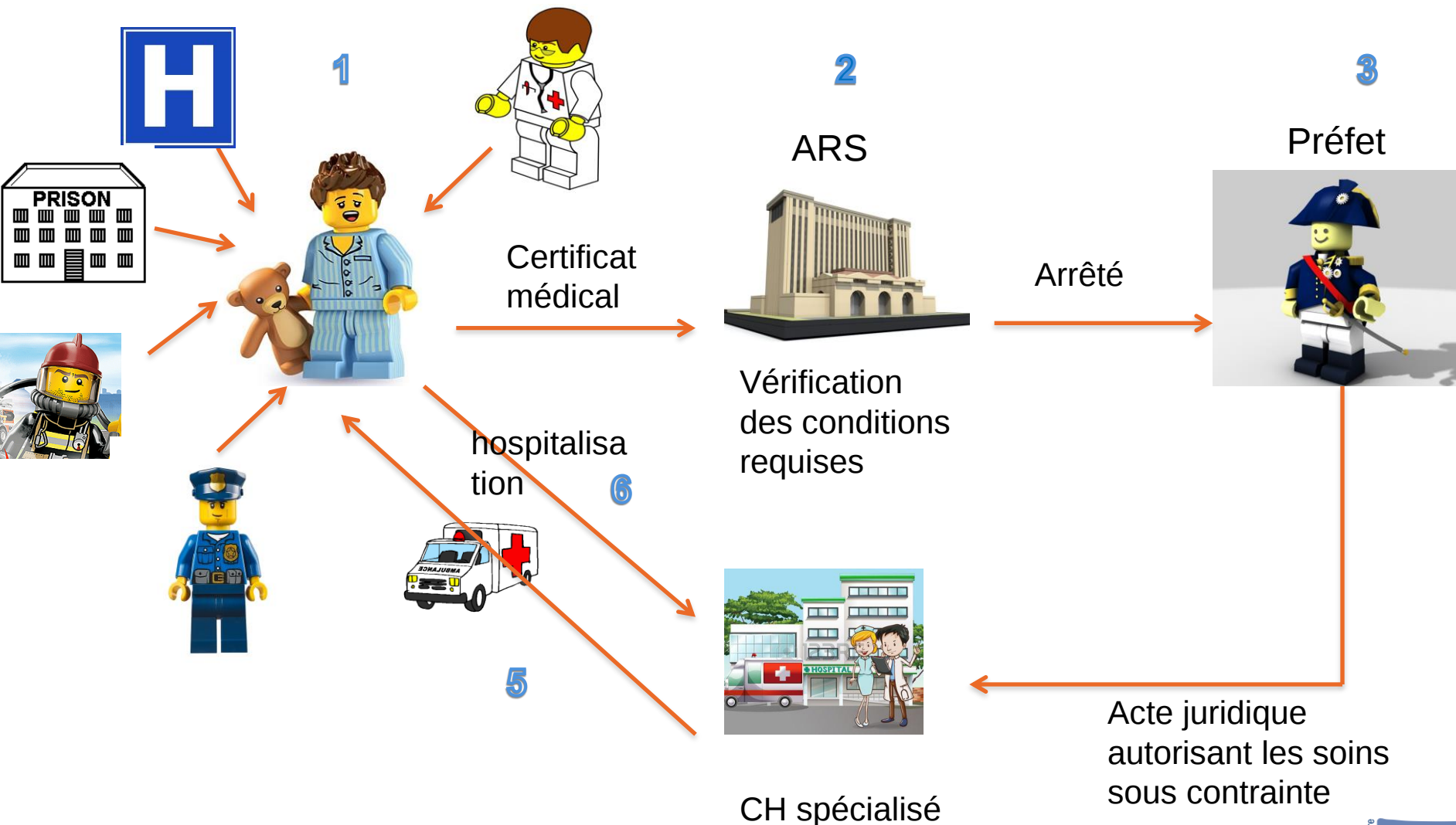
LA MULTIPLICITÉ DES ACTEURS

EX: ADMISSION SDRE AVEC DÉCISION PROVISOIRE DU MAIRE



LA MULTIPLICITÉ DES ACTEURS

EX: ADMISSION EN SDRE DIRECTE PRÉFET



LES AUTRES INTERVENANTS

- Le Juge des Libertés et de la Détention
- Le Procureur de la République
- La Commission départementale des soins psychiatriques



UNE MÉCANIQUE COMPLEXE

- Multiplicité des intervenants, **certains hors du champ de la santé**
- Dans un cadre procédural strictement encadré et contrôlé avec des spécificités
ex: Irresponsables pénaux
- Dans un environnement évolutif lié aux réformes du dispositif ou aux réformes institutionnelles



Vigilance Partagée – Maîtrise des risques juridiques – Maintien de la réponse au besoin de soins du patient

DES ENJEUX PARTAGÉS

- Assurer des soins aux patients qui en ont besoin
- Protéger les personnes et/ou l'ordre public
- Respecter les droits et libertés de la personne

Les principales problématiques repérées et les pistes de travail à partager

UN BESOIN DE SÉCURISATION DES PROCESSUS

- Intervention de plusieurs acteurs dans la gestion des mesures de soins sans consentement:
 - Lecture commune du cadre normatif et des procédures
 - Sécuriser les procédures Préfecture/ARS/Etb

A poursuivre / approfondir:

- **Systématiser les échanges départementaux**
Préfecture/ARS/Etb et en tant que de besoin la Justice, la DDSF
- **Rapprochement des procédures** Etb/ARS/Préfecture
à l'échelle des 3 départements

UN BESOIN DE SÉCURISATION DES PROCESSUS

- Harmonisation et appropriation des outils et procédures par les personnels et praticiens des étb:
 - Diversité des documents utilisés avec potentiellement des évolutions normatives non intégrées
 - Appropriation hétérogène des documents, des attendus et des risques / fragilités juridiques inhérents.

A poursuivre / approfondir:

- Mise en place **d'outils communs** (ex: travaux GCSMS santé mentale 19, CH Esquirol)
- **Partage** des outils pertinents (ex: répertoire des urgences psy élaboré par le CH de St Vaury)
- Consolidation de la pratique d'actualisation et de fiabilisation des documents types.
- **Formation** interne

UN BESOIN DE SÉCURISATION DES PROCESSUS

- Information et accompagnement des acteurs hors du champ du soin:

- Expliquer les enjeux en termes de libertés et de droits fondamentaux, et les incidences en termes de procédure
- Faire comprendre les rôles et contraintes de chacun

A engager / poursuivre / approfondir:

- Organiser la **communication** auprès:
 - des médecins **libéraux** notamment via le CDOM (Bulletin, réunions d'informations...),
 - des médecins **urgentistes** (à voir avec étb, CLMU, SAMU),
 - des **maires** (via l'ADM)
- Mise en place d'un appui spécialisé rapide d'aide à la décision, à la prescription des MG
- Elaboration et **diffusion de documents type** (modèles d'arrêtés, de certificats...), de référentiels de procédure

DIFFICULTÉS DE MOBILISATION D'UN MÉDECIN EXTÉRIEUR À L'ÉTB

- SDRE: la loi impose a minima **un avis médical** pour une hospitalisation psy sans consentement

Pistes à étudier:

- un **avis médical distant** par le SAMU-Centre 15

- cadre défini en amont via une **convention multipartenariale**:

- * éléments médico-légaux confirmant un trouble mental manifeste et un danger imminent pour la sûreté des personnes (check-list)

- * constat formalisé de l'impossibilité d'un examen médical

- * modèle d'avis médical à distance

DIFFICULTÉS DE MOBILISATION D'UN MÉDECIN EXTÉRIEUR À L'ÉTB

- SDDE: la loi impose a minima **un certificat médical préalable au transport** pour une hospitalisation psy sans consentement

Pistes à étudier:

- dans une situation de crise, la possibilité pour **le SAMU-Centre 15 de mobiliser les moyens nécessaires au transport** vers un Etb de santé adapté où réalisation de l'examen médical justifiant ou non l'hospitalisation sous contrainte
- la prise en compte de la notion de non-assistance de personne en danger
- **Elaboration d'un dispositif de réponse aux urgences psy formalisant les modalités d'intervention des différents acteurs**, y compris l'intervention si besoin des forces de l'ordre

ORGANISATION DU TRANSPORT

- Optimisation de la gestion des transports
 - L'établissement d'accueil organise et assure le transport.
 - Des délais parfois longs entre la gestion de la situation individuelle du patient et l'arrivée de l'ambulance.
 - Quelle marge d'anticipation des établissements avant réception de l'arrêté signé?
- **Pistes à étudier:**
 - **Anticipation de l'envoi du transport** à réception d'un certificat médical ne faisant pas de doute = repose sur l'expertise des personnels des établissements .
 - Problématique des WE et nuit avec des personnels non spécialisés

ORGANISATION DU TRANSPORT

- Hospitalisations hors département
 - Dispositions spécifiques sur les transferts notamment UMD.
 - Situations particulières pour lesquelles le patient est accueilli dans un étb d'un autre département (absence de places disponibles, détenus...): qui assure le transfert? L'escorte éventuelle?
 - **Pistes à étudier:**
 - **Protocoler les situations spécifiques** de transports hors de département en identifiant les rôles et compétences respectives, y compris des forces de l'ordre si besoin d'escorte.
 - Plus spécifiquement, formaliser une organisation pour les patients détenus à la maison d'arrêt de Guéret ne pouvant être hospitalisés au CH de St Vaury

**« On ne fait jamais attention
à ce qui a été fait.
On ne voit que ce qui reste à
faire »**

Marie Curie

CONCLUSIONS DES TRAVAUX ET CLOTURE

Isabelle DESCAMPS
Déléguée Régionale ANFH Limousin