

Questionnaires sur l'application de la loi de juillet 2011

Justine BOUNIARD, interne en psychiatrie, service du Dr M-N Petit, PAN,
CH Montfavet

Dr Marie-Nöelle PETIT, présidente ANPCME, chef du Pôle Avignon Nord,
CH Montfavet

Strasbourg « La Bussière » 13-14 juin 2013

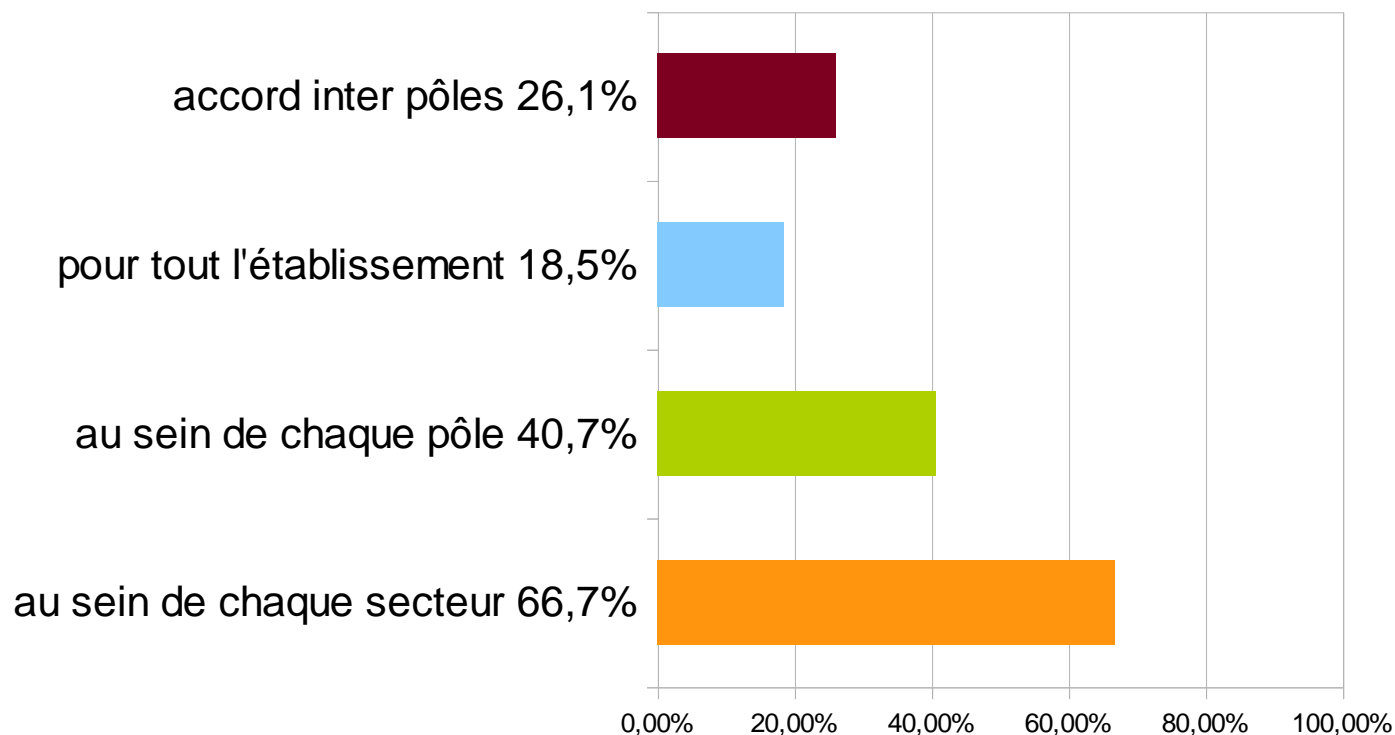
Taux de réponses à l'enquête

Nombre de questionnaires : 28

Nombre de questionnaires additionnels : 16

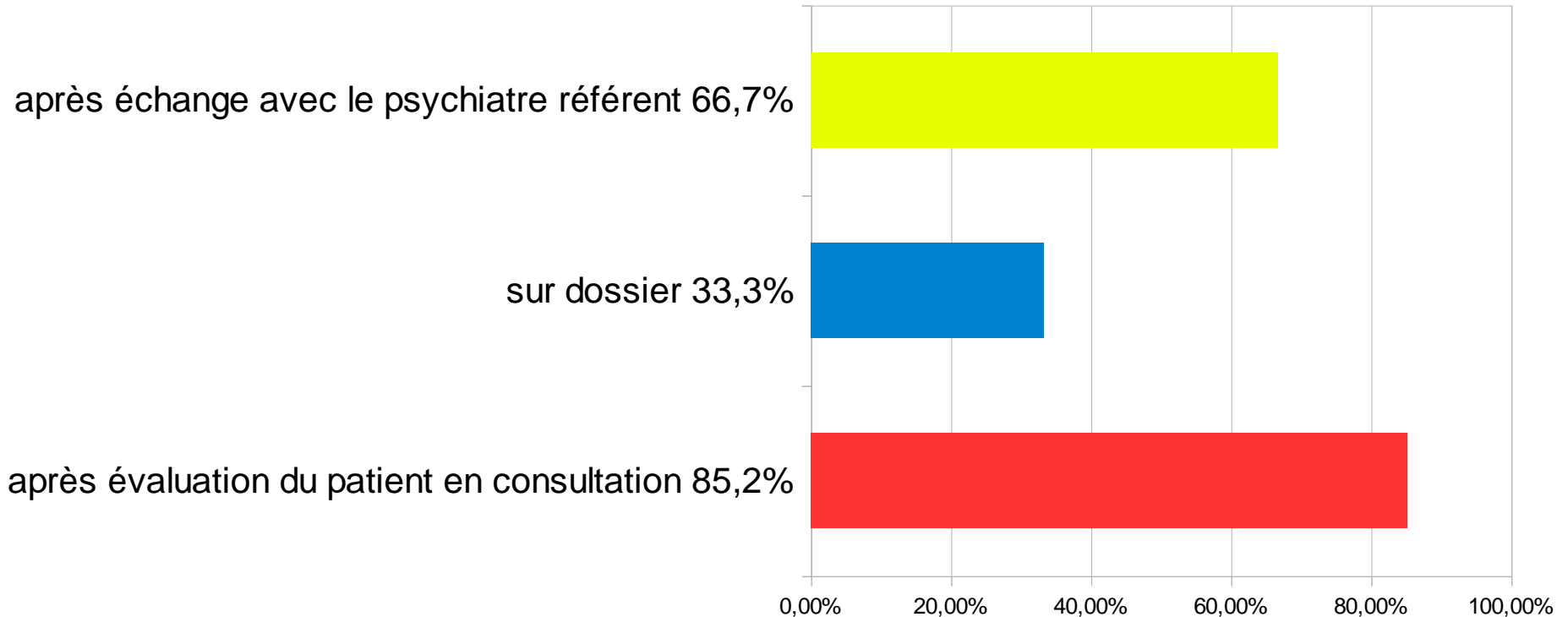
1- Les certificats

Organisation des psychiatres certificateurs



En conclusion : les services ont pu s'organiser sans nécessité de faire appel à un psychiatre certificateur dédié dans la plupart des cas.

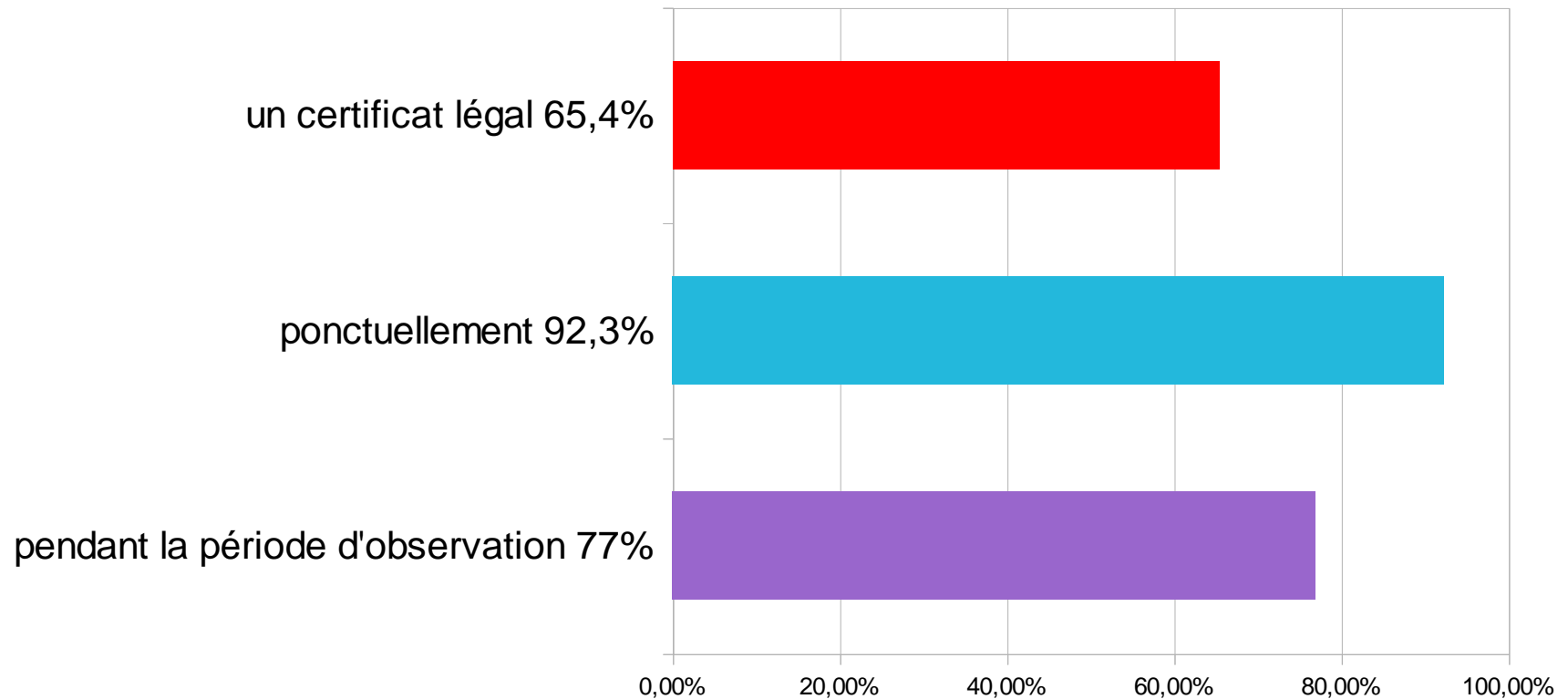
Rédaction de l'avis conjoint



Les avis conjoints sont réalisés la plupart du temps après consultation du patient, ce qui n'est pas spécifié par la loi (différence entre avis et certificats), et il y a le plus souvent échange avec le psychiatre référent.

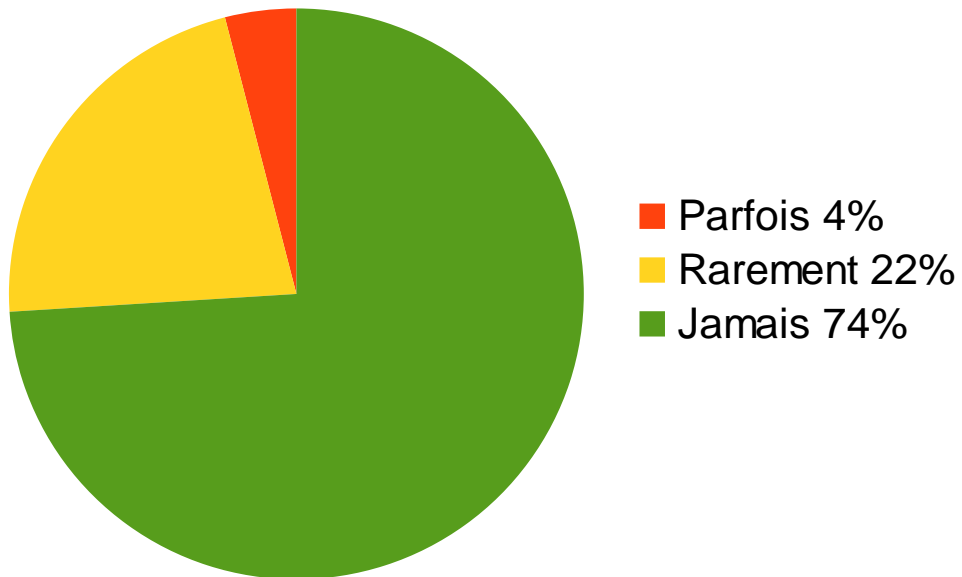
Le médecin ne participant pas à la PEC

Peut intervenir auprès du patient :

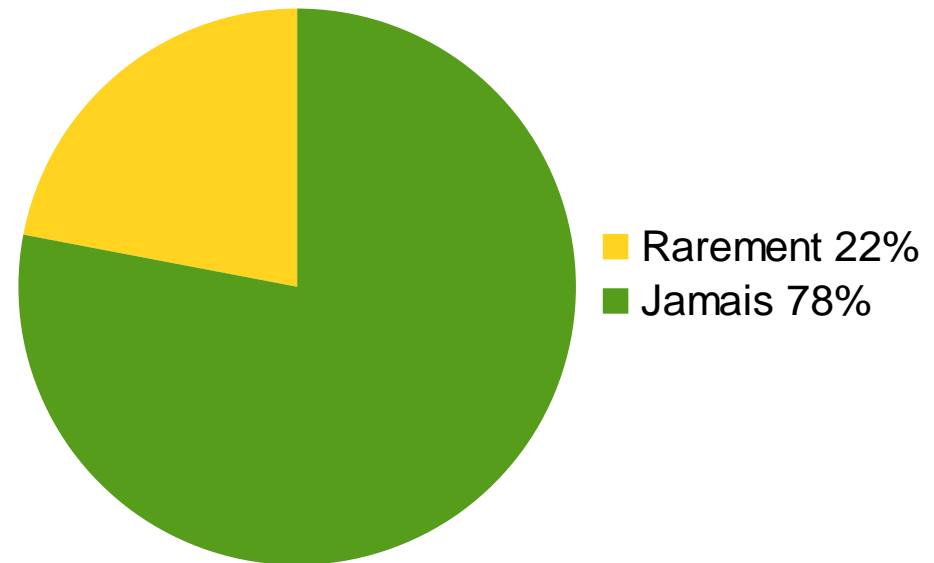


Divergence des avis

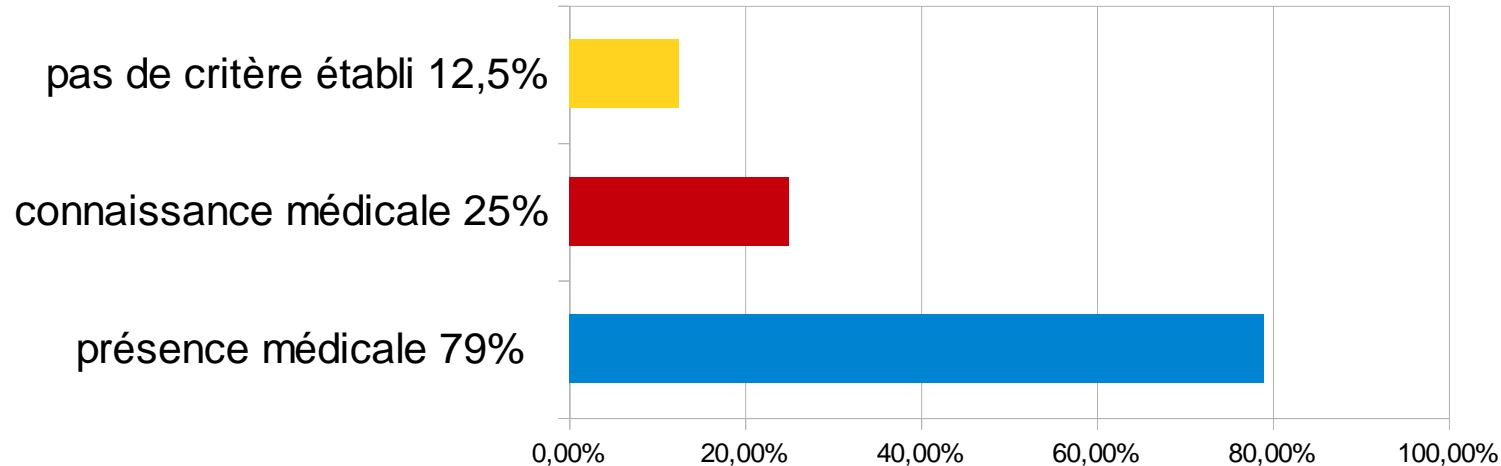
Avis conjoints :



Avis du collège :



Critères de choix du praticien ne participant pas à la PEC



La présence médicale 79% est le critère majeur de choix du praticien certificateur ne participant pas à la PEC.

Peu de réponses mentionnent l'importance de l'absence de certificat réalisé au préalable pour le patient en question.

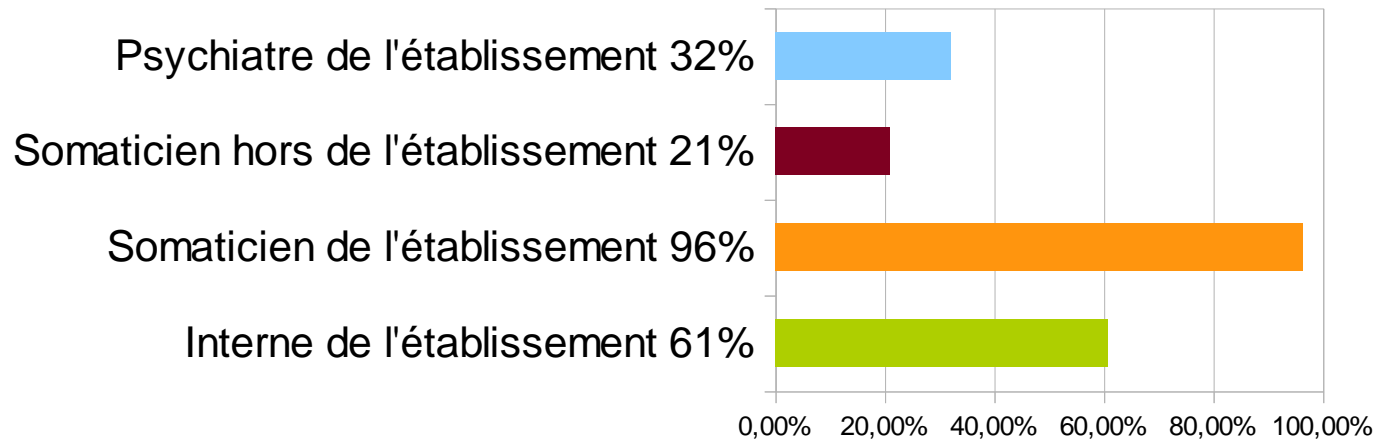
Dans un des hôpitaux de l'étude une « astreinte de certificat » a été mise en place

2- Le bilan somatique

Est pratiqué dans les 24h pour 82%.

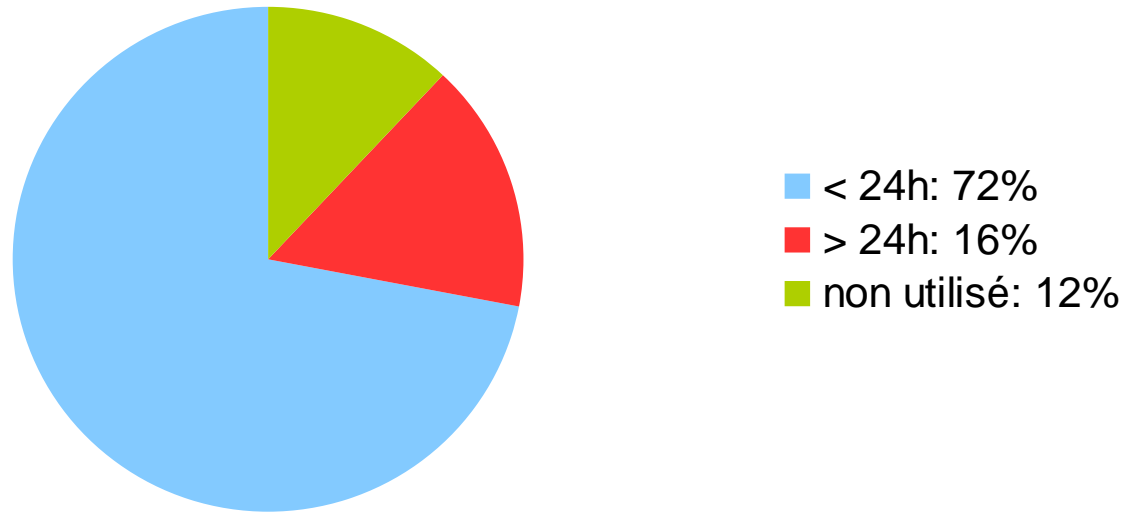
Se déroule en amont dans un service d'urgences distincts de l'établissement d'accueil dans 75% des cas mais aussi dans l'établissement d'accueil lui-même dans 96% des cas.

Le bilan somatique est pratiqué par :



3- Les modalités d'hospitalisation sans consentement

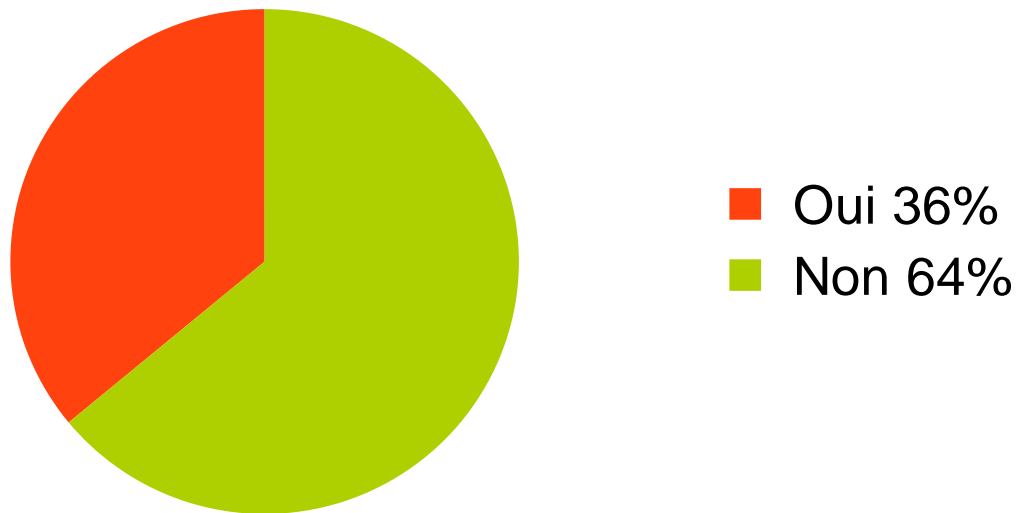
Durée minimum de sortie non accompagnée pour être considérée comme ambulatoire avec PS :



Selon la loi, **chaque** sortie non accompagnée devrait entrer dans le cadre d'un PS, mais en pratique :

- 72% des établissements utilisent le PS pour une durée de sortie < 24h
- seulement 12% des établissements n'utilisent pas de notion de durée pour mettre en place le PS
- 16% des praticiens ne mettent en place de PS que dans le cas de sortie prolongées, > 24h

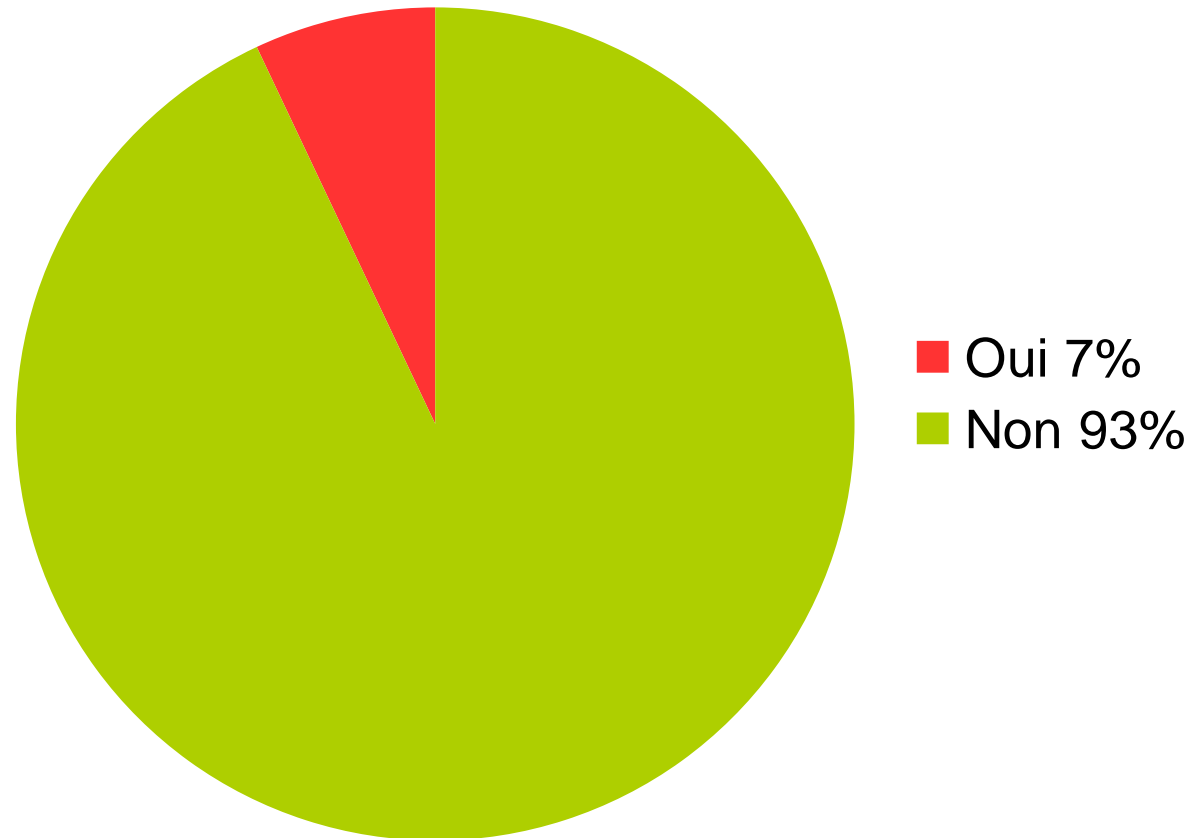
Périodicité des sorties non accompagnées



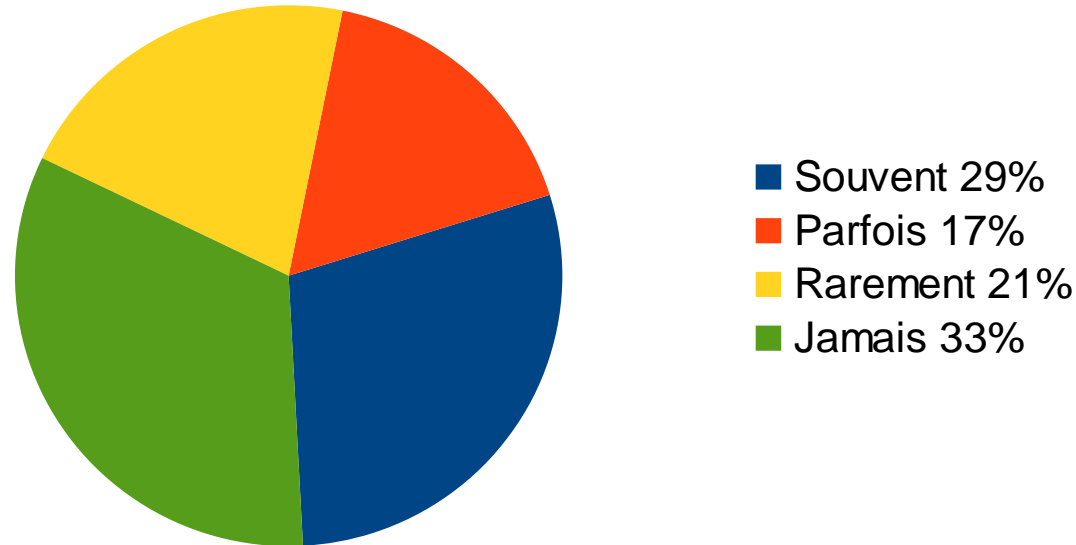
Dans 64% des cas, les sorties sont organisées **sans périodicité mais selon la clinique.**

Pour les 36% de réponses « oui » : Périodicités variables allant de quelques heures/jour à plusieurs jours par semaine, intégrant parfois des sorties programmées pour se rendre sur les unités de soin.

Le PS est parfois mis en place par anticipation d'un risque de levée d'HC



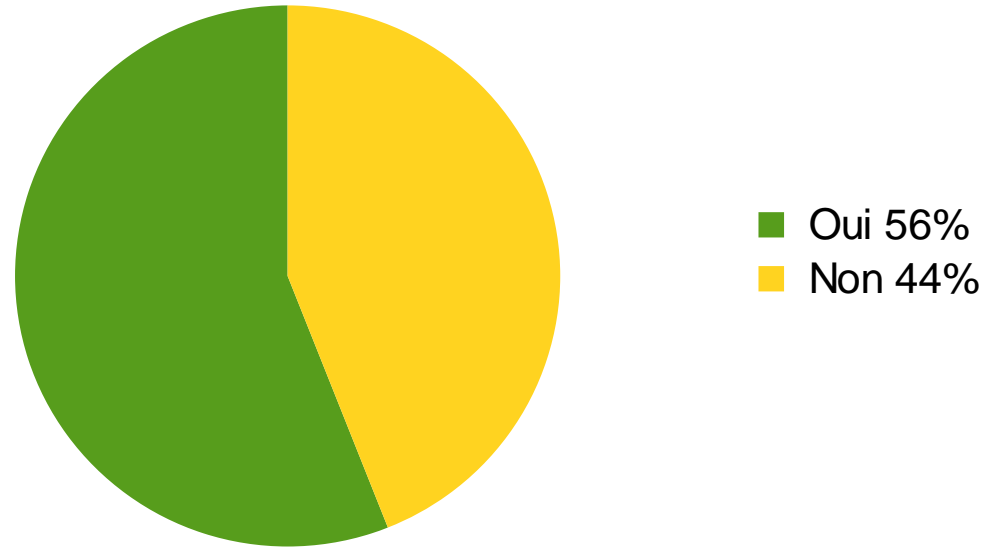
Patients en PS en service fermé avec restrictions de sortie



Dans 54% des cas, les patients en PS ne sont jamais ou rarement hospitalisés en service fermé avec restriction des sorties en dehors de celles prévues par le PS.

Lorsque c'est le cas, il peut s'agir de raisons médicales ou un comportement rendant impossible une sortie sans accompagnement.

PS prévoyant séjours consentis hospitaliers ou en clinique

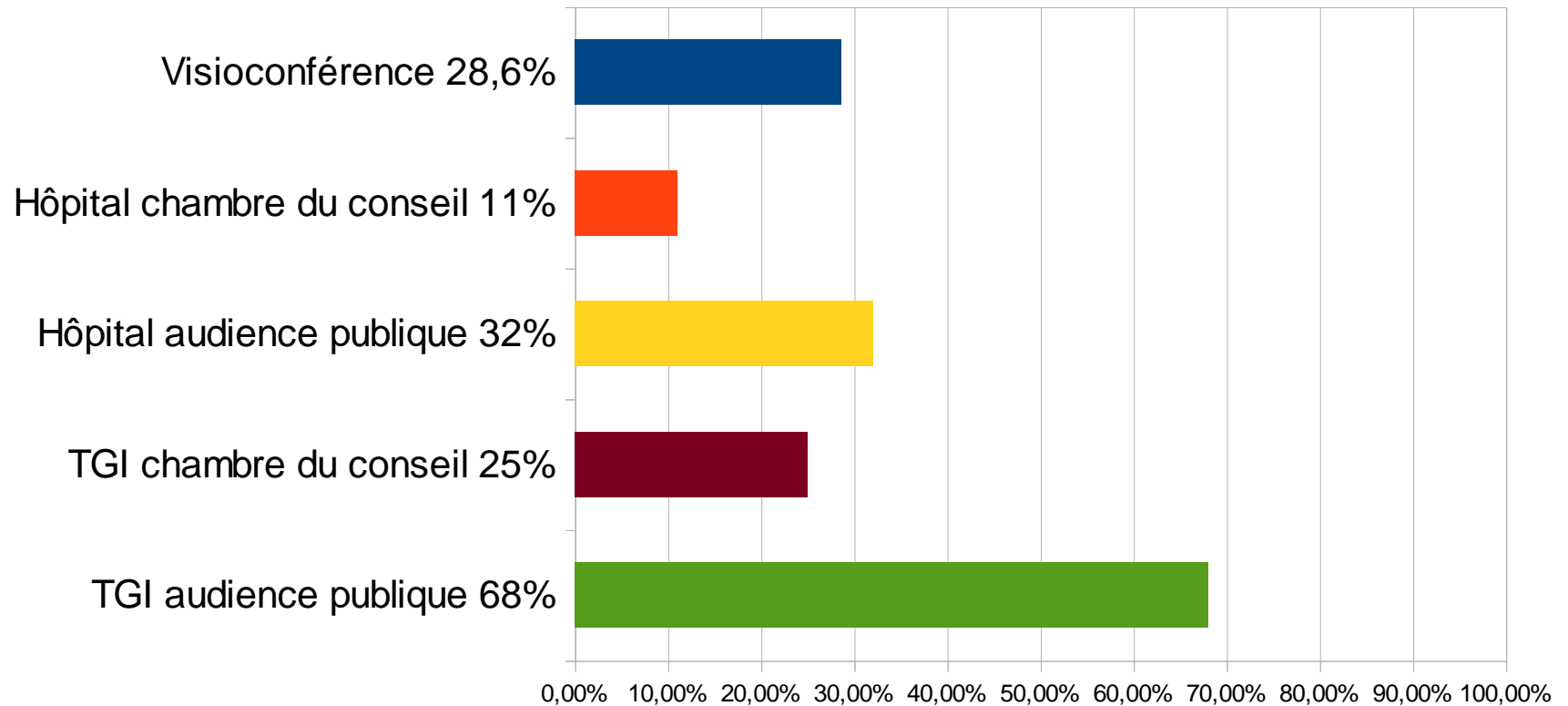


56% des PS peuvent comprendre de courtes hospitalisations consenties. En unité ouverte, en hospitalisation partielle (voire séquentielle) avec permissions et le plus souvent au sein d'autres structures que l'hôpital (clinique, centre de post-cure), avec maintien des consultations en CMP.

La PEC des patients en PS : est toujours (100% des cas) effectuée par l'établissement d'accueil, et ponctuellement en collaboration avec un autre établissement (17,6%) ou un psychiatre en libéral (8%).

4- Les auditions par le JLD

Lieu des audiences



Organisation de l'audience

Au Tribunal de Grande Instance :

- Les patients attendent l'audience :
 - pour 56% dans une salle commune avec les autres justiciables
 - pour 44% dans une salle à part

Au tribunal et à l'hôpital :

- Le nom des patients n'est pas affiché à l'extérieur de la salle d'audience dans la plupart des cas (81%)
- Mais dans 64% il y a indication de l'existence de la salle d'audience où les patients sont reçus

Transport des patients au TGI

A- Transport des patients :

Véhicule de service ou ambulance de l'**hôpital** dans 100% des cas
Véhicule de police si SDRE et à la demande du procureur dans un cas

B- Personnel mobilisé :

- Conducteur / ambulancier 100% des cas
 - Soignants dans tous les cas (**IDE +/- AS**) :
 - 1 ou 2, variable selon la clinique 50%
 - 2 soignants 45,5%
 - 1 soignant 4,5%
- associés à un agent de sécurité : 4,5%
- psychologue non mobilisée mais joignable : 4,5%

C- Durée de mobilisation :

très variable allant de 1h à 4h de temps, avec dans 43% des cas nécessité d'une ½ **journée**.

Moyenne = 2h et 52 mn

Audiences au sein de l'établissement

A- Personnel mobilisé :

- 1 ou 2 soignants (IDE ou AS) : 91 %
- 1 agent administratif : 27 %
- cadre de santé : 18 %
- agent de sécurité : 18 %
- 1 conducteur/ ambulancier : 18 %
- assistante sociale : 9 %

B- Durée de mobilisation (pour les soignants):

Très variable de 20 mn à 1h (50 %) jusqu'à ½ journée, en **moyenne = 1h20**

Le temps d'occupation soignant dépend avant tout du **nombre de patients à accompagner** (varie selon l'organisation de l'hôpital, selon les jours...)

Audiences en Visioconférence

A- Personnel mobilisé :

1 à 2 soignants (IDE, AS)

+/- chauffeur

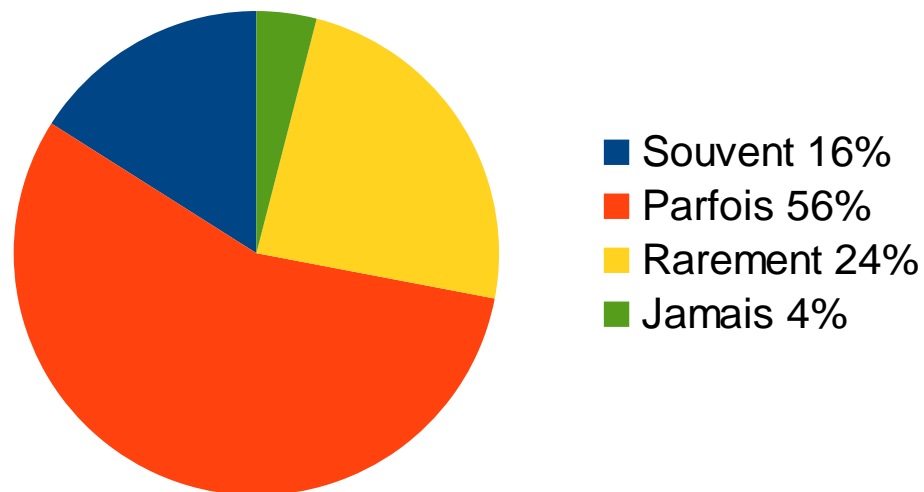
B- Durée de mobilisation :

30 mn à ½ journée selon le personnel (plus importante pour le personnel administratif)

(peu représentatif car seulement 4 réponses au questionnaire)

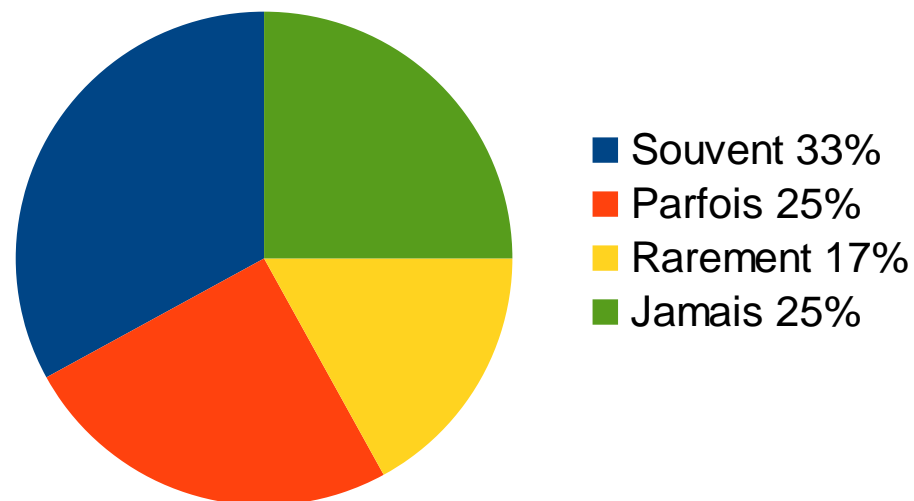
Refus pour motifs thérapeutiques

Du transport vers le TGI :



25 réponses/28

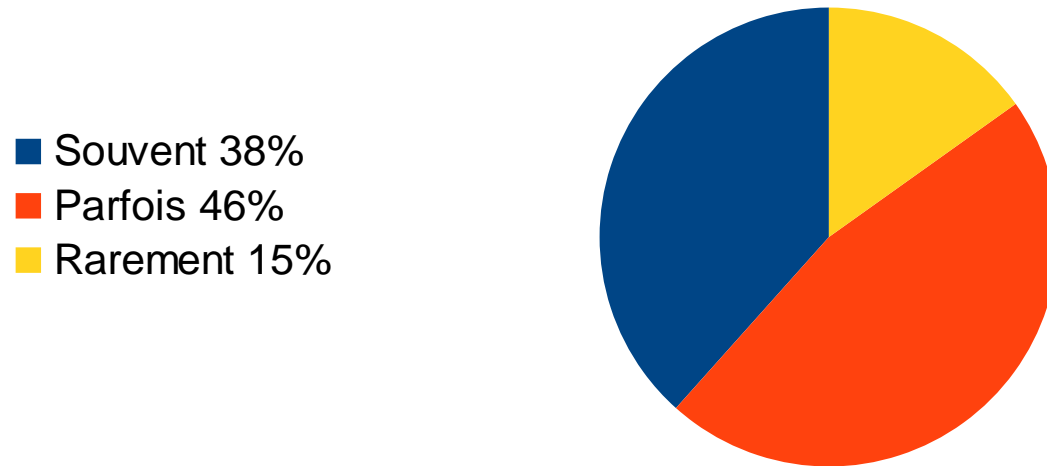
De la visioconférence :



12 réponses/28

Les Avocats

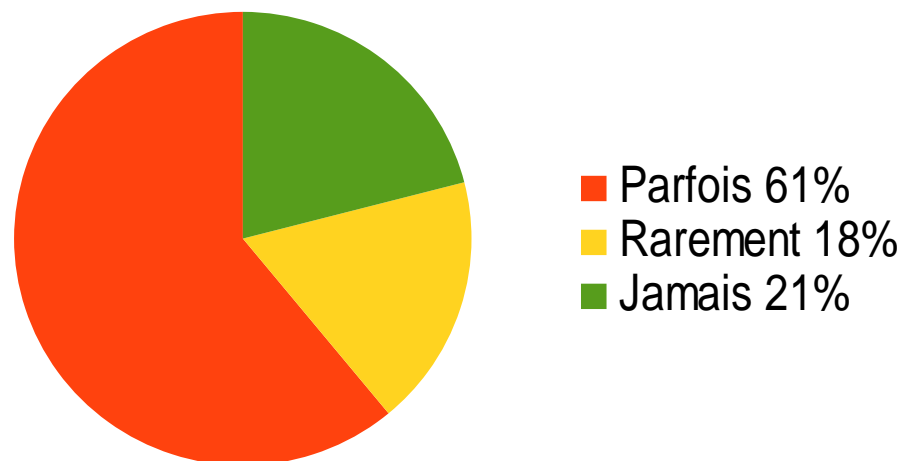
- Sont présents :



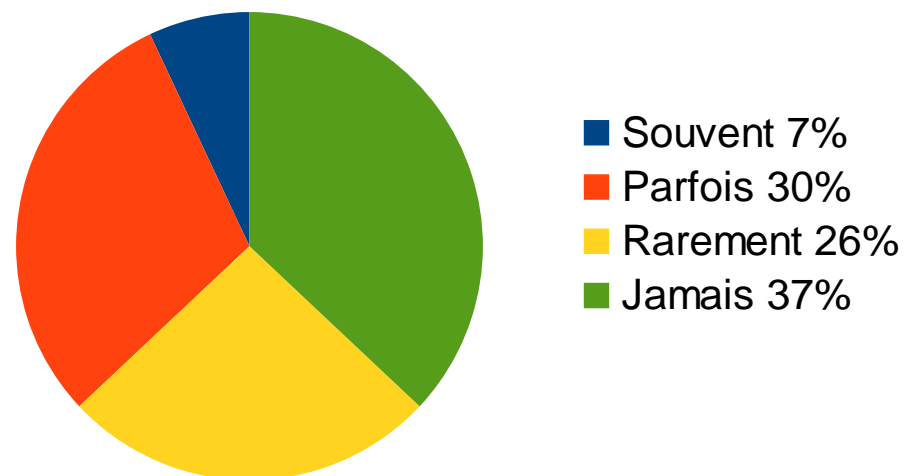
- Se déplacent rarement voire jamais avant l'audience dans 88% des cas, et dans rarement à jamais dans 71% des cas pour l'annonce du résultat des délibérations.

Fréquence d'interpellation/réponses des infirmiers par le JLD

Interpellations des infirmiers :



Réponses données :



Dans plus de la moitié des cas (64%), il n'existe **pas de protocole** prévu par l'établissement à ce sujet.

Motifs d'interpellation des infirmiers par le JLD à l'audience



Les questions portent dans 50% des cas sur les PEC.

Parmi les autres motifs d'interpellation du JLD, on retrouve :

- **déroulement hospitalisation** : bonne prise de traitement, comportement du patient dans l'unité 57%
- notions médicales : « compléter » un certificat du 8ème jour jugé insuffisant, informations sur la pathologie du patient 29%

Plus ponctuellement sur :

- contexte familial, domicile...
- déclinaison identité
- en cas de difficulté lors de l'audience (trouble du comportement)

Transmission des données

- Délais de transmission des saisines :

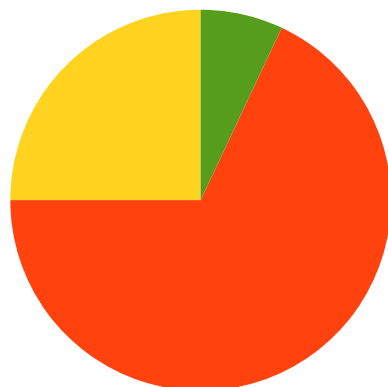
Ce sont ceux prévus par la loi dans 74% des cas : c'est à dire J+12.

Dans les 26% d'hôpitaux pour lesquels les délais requis sont différents, dans 2 cas les saisines doivent être transmises à J+8 au lieu de J+12.

- Liste des pièces exigées : Elle est fournie par le juge dans 40% des cas.

Levées d'hospitalisation complète

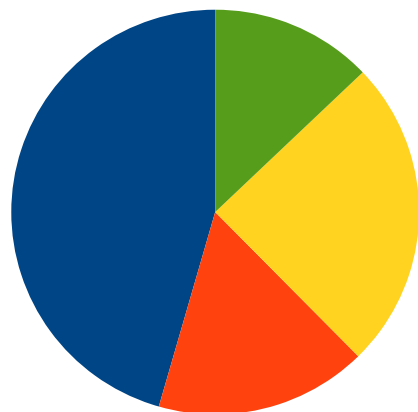
Fréquence :



- Parfois 25%
- Rarement 68%
- Jamais 7%

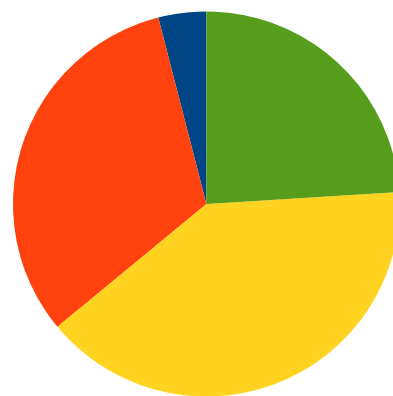
Cette décision est motivée dans **95%** des cas. Les motifs peuvent être :

Non-respect de la procédure :



- Souvent 46%
- Parfois 17%
- Rarement 25%
- Jamais 13%

Etat clinique du patient :

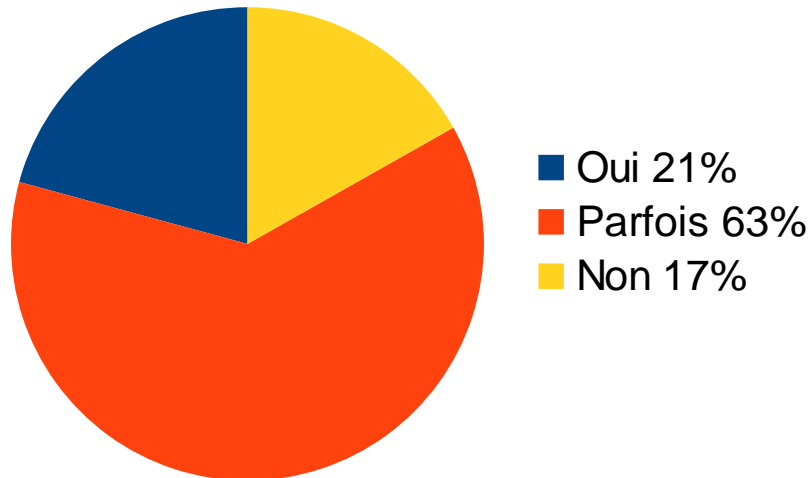


- Souvent 4%
- Parfois 32%
- Rarement 40%
- Jamais 24%

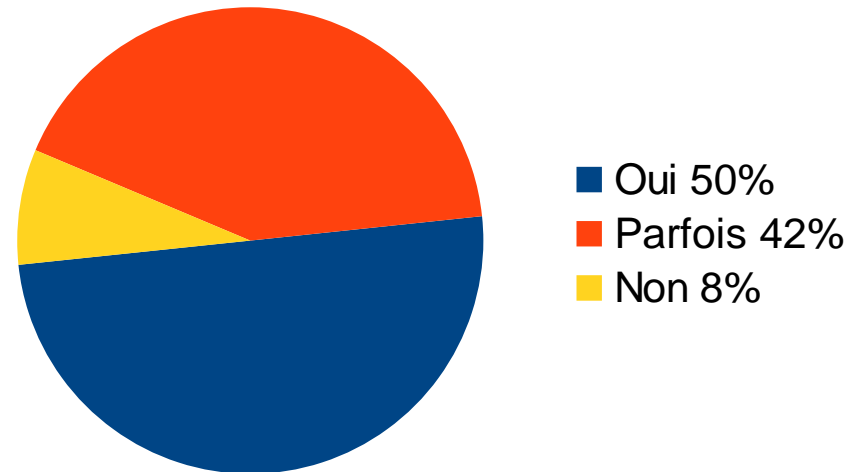
Poursuite sous forme de Programme de Soins

- **Possibilité laissée** par le JLD dans **87%** des cas.
- Dans les où la poursuite en PS est possible :

Levée de la mesure :



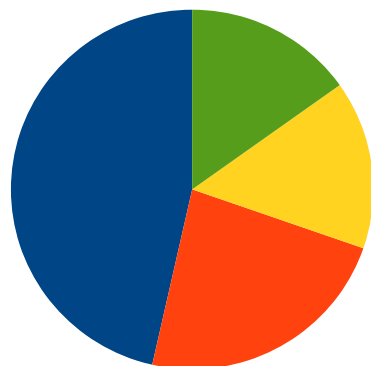
Soins sans consentement ambulatoires :



Appel

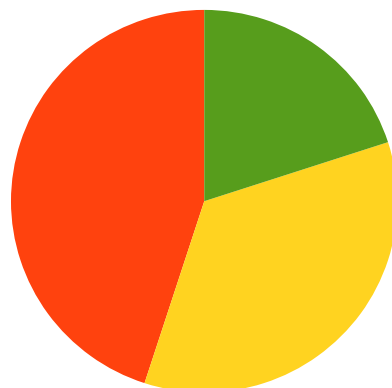
- Dans **84%** des cas, les médecins font **jamais voire rarement appel** après une levée d'HC du JLD.
- De même, le signalement au procureur pour obtenir un appel suspensif est **jamais voire rarement fait** dans **83%** des cas.

La cour d'appel
suit l'avis médical :



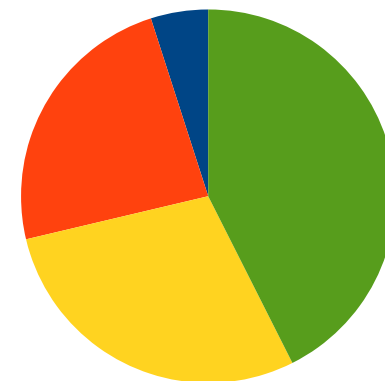
■ Souvent 46%
■ Parfois 23%
■ Rarement 15%
■ Jamais 15%

Expertise
complémentaire :



■ Parfois 45%
■ Rarement 35%
■ Jamais 20%

Certificat de situation :

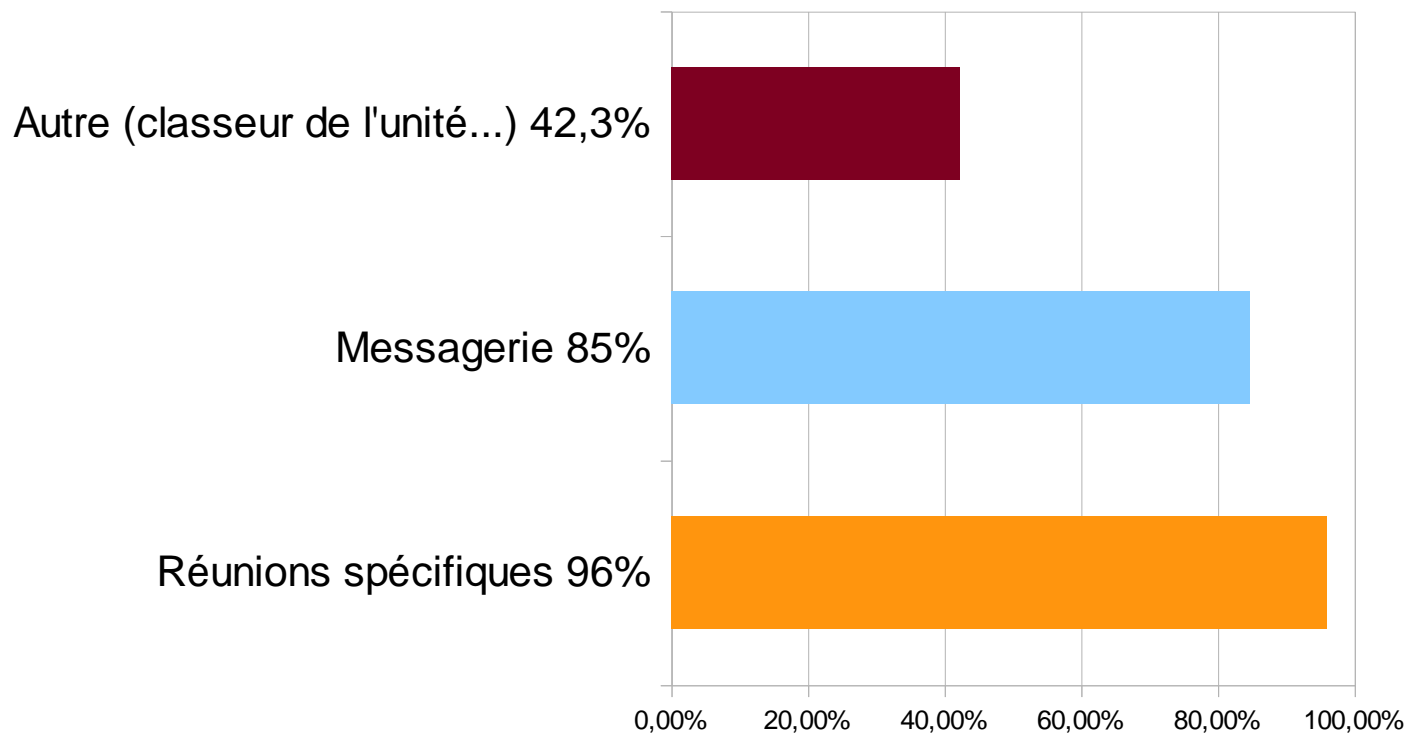


■ Souvent 5%
■ Parfois 24%
■ Rarement 29%
■ Jamais 43%

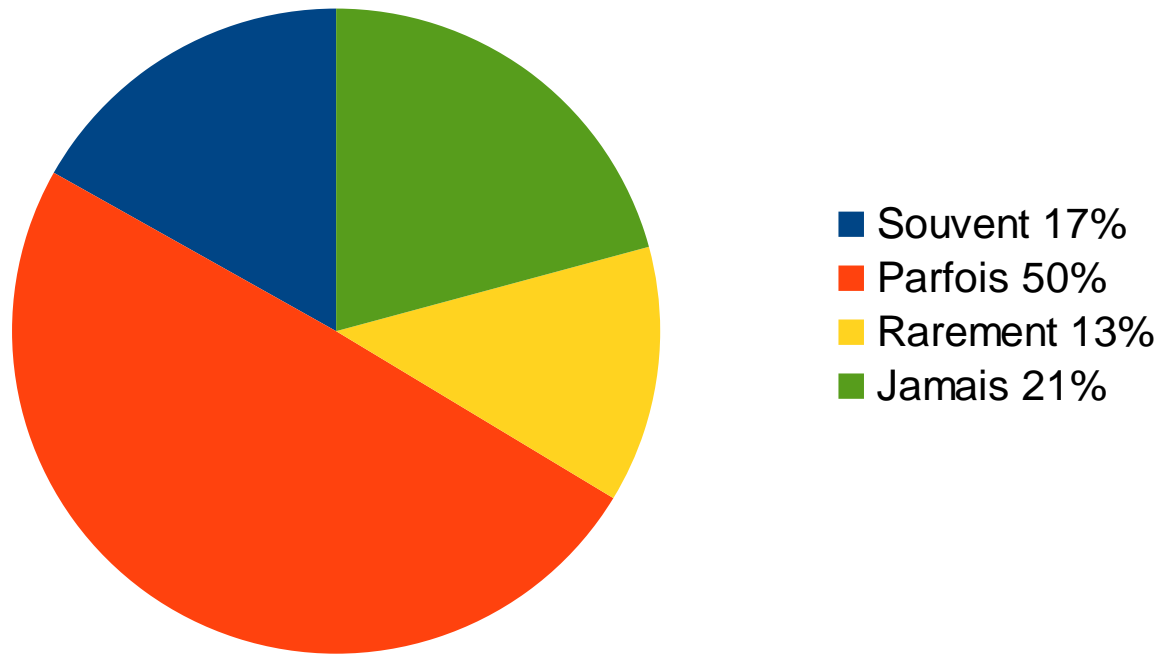
5- Information sur la mise en œuvre concrète de la loi

Information concernant la loi

Au sein même de l'établissement :



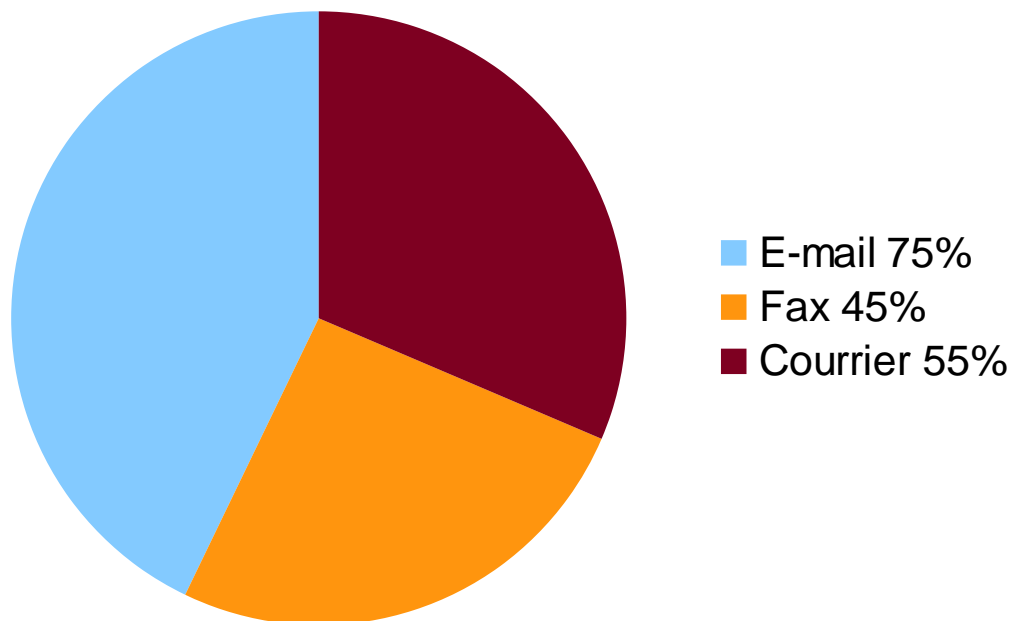
Rencontres président de CME - JLD



Les échéanciers des certificats sont tenus par :

- les secrétariats pour 96% des cas
- le bureau des entrées pour 96% des cas

Modalités d'échange de documents et certificats avec TGI / préfecture



Dans **75%** des cas les documents médicaux sont transmis par **e-mail**, avec cryptage le plus souvent.

Puis les courriers papiers sont transmis dans 55% des cas et les fax utilisés dans 45% des cas.

6- Sentiment global concernant la loi

- Les conditions d'applications de la loi ne paraissent **pas claires** dans 61% des cas.
- Cette loi paraît **défendre les droits** des patients dans 58% des cas.
- Elle paraît **difficile à appliquer** dans 93% des cas.

Points positifs

- Rigueur du **contrôle des privations de liberté** par intervention du JLD : **57%**
renforcement des droits des patients, re-sensibilisation des acteurs, regard extérieur du JLD
- **Information des patients** concernant leurs droits, égalité patient-reste de la population **33,3%**
- Médecin n'est pas le seul à décider, **responsabilité partagée avec la justice** dans l'organisation des soins sans consentement **14,3%**
- Mise en place de **soins ambulatoires** sans consentement : (une meilleure structuration des soins nécessaire notamment aux psychotiques ; diminution du temps d'hospitalisation complète) **33%**
- Travail en collaboration : avec secrétariats médicaux, présidence de CME, magistrats **9,5%**
- Possibilité d'hospitaliser sans tiers **9,5%**
- 2 avis psychiatriques, examen somatique obligatoire 4,7%
- Précisions des soins aux détenus et utilisation des UMD, avis de collège au bout d'un an 4,7%
- Désaccord psychiatre/préfet en faveur du psychiatre, primauté du juge en faveur du préfet 4,7%
- Aucun **9,5%**

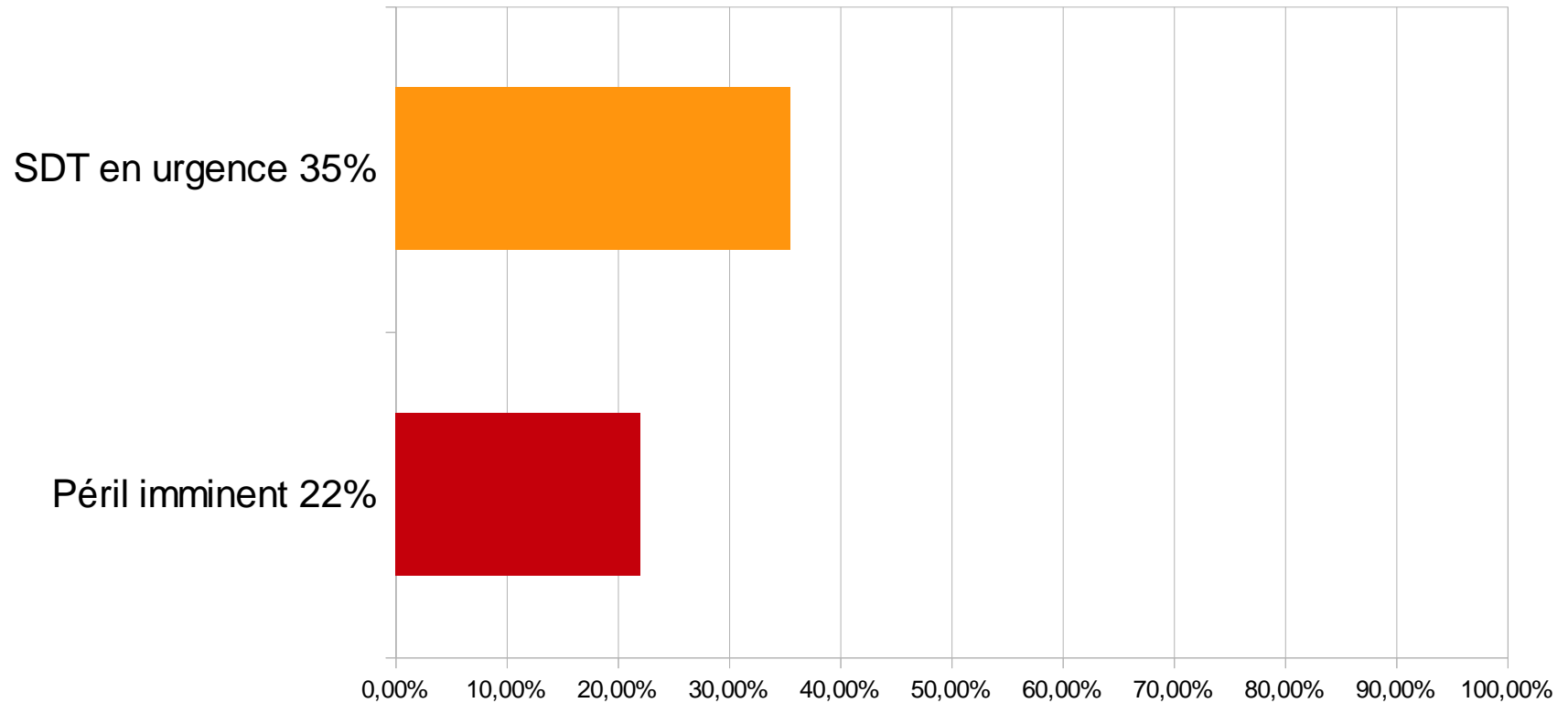
Points négatifs

- **Surcharge de certificats et autres procédures et temps perdu au détriment des soins : 91%**
difficulté d'organiser des permanences médicales, pas de pertinence du nombre de certificats
- Délais impossibles à respecter en terme d'information des autorités, ARS très « tyrannique » 13%
- Calendriers de saisine difficiles à tenir pour patients longtemps hospitalisés, distincts SDT/SDRE 4,4%
- Audiences au TGI trop consommatrices de temps 8,7%
- Avis conjoints et Collège médical inutiles et lourds 4,4%
- **Intervention du JLD trop tardive 13% ou trop précoce 13%**
- **Imprécisions de la loi propices à interprétations divergentes** (hôpital, ARS, préfecture),
manque de précision concernant les réintégrations des PS, disparités d'application de la loi en fonction des tribunaux, PS peu clair ne correspondant pas à la pratique **26%**
- A la levée de la mesure, retour dans le service et responsabilités du médecin et de l'établissement engagées 8,7%
- Pas de contrôle pour les PS 8,7%
- Dérive de la multiplication des SPI et SDTU qui devraient rester exceptionnels 4,4%

- **Mauvaise interprétation du passage devant le juge** par le patient : faute ou analogie avec établissements pénitentiaires où nécessité de voir le JLD pour sortir (hôpital = lieu de privation de liberté) **17,4%**
- **Déstabilisation des patients** : pas toujours en état de recevoir l'information concernant la loi, délai trop court pour obtenir son adhésion, non respect de sa maladie, perturbé par consultations de différents psychiatres **35%**
- Nuisance à la relation soignant-soigné lors des explications concernant l'audience 4,4%
- Problème des permissions et mise en place de PS uniquement pour pallier au manque de modalité de sortie non accompagnée 8,7%
- Problème de secret professionnel lors d'audiences publiques 8,7%
- dispositions particulières des personnes présumées dangereuses = stigmatisation 4,4%
- Vécu de remise en question des compétences du médecin, non de défense des droits du patient.... 8,7%

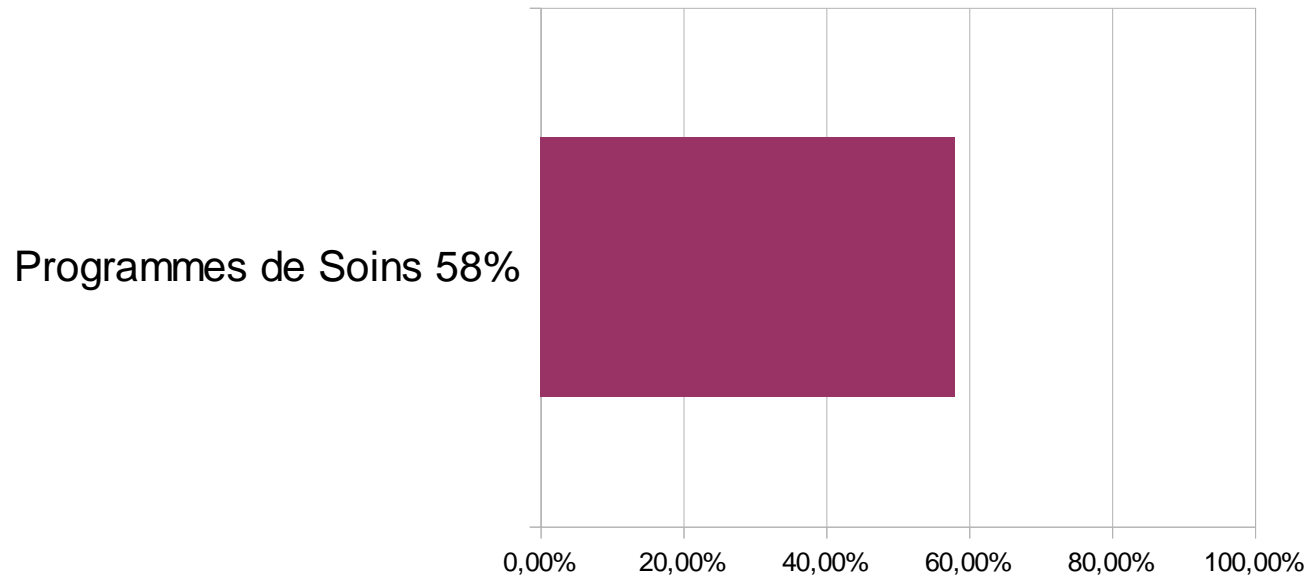
Questionnaire additionnel

Entrée dans les soins sans consentement

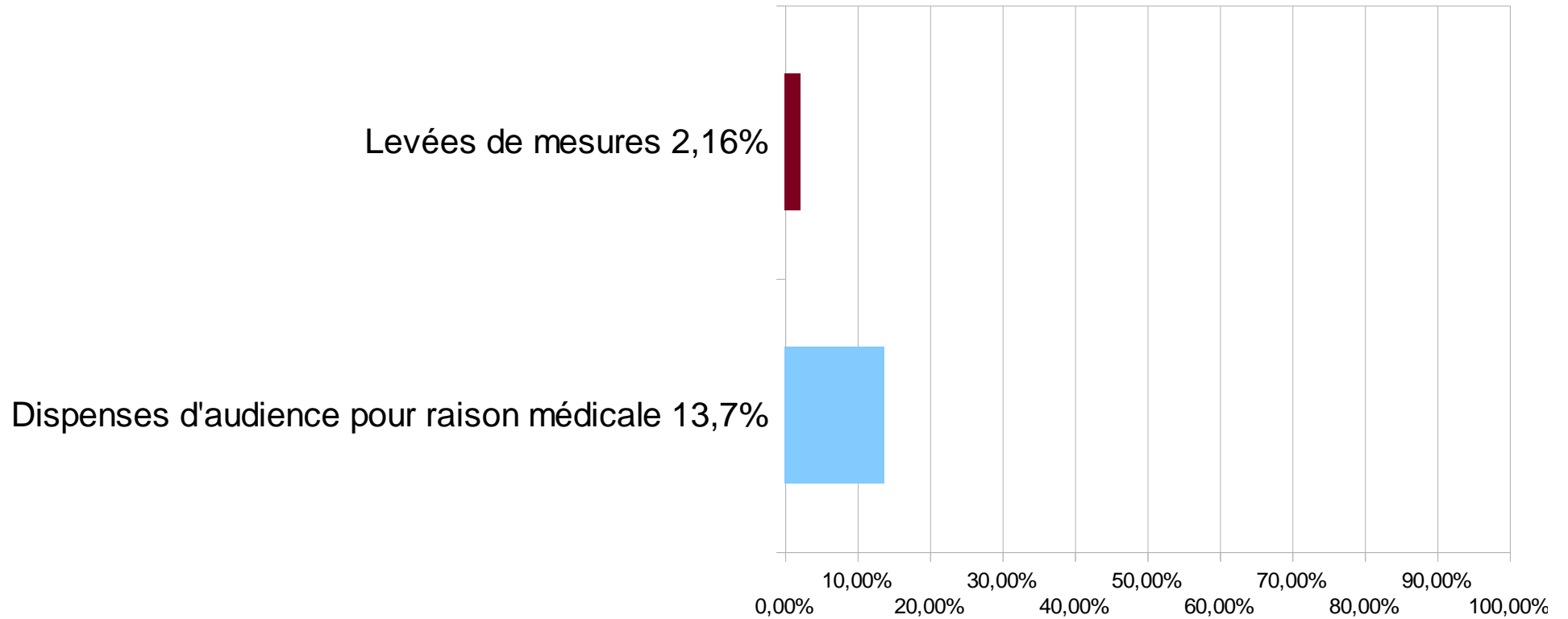


Programmes de Soins

Par rapport au nombre total des mesures (SDT-SDRE confondues)



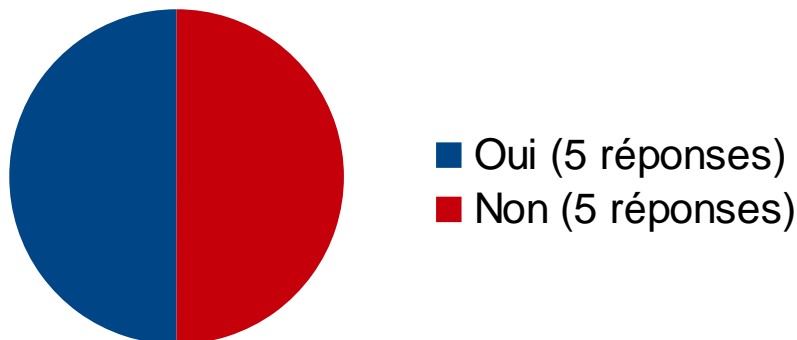
Dispenses d'audience et Levées de mesure



Organisation de l'établissement

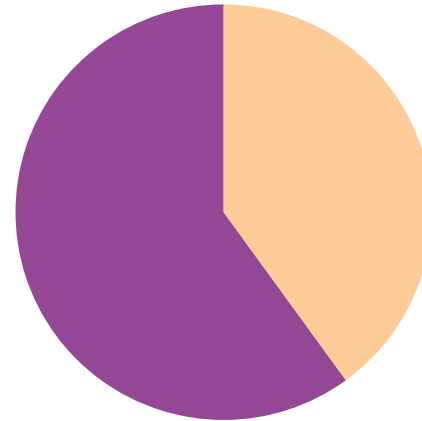
- Aménagement d'une **salle** d'audience/visioconférence (6 réponses)
- **Equipement** de visioconférence + matériel bureautique (5 réponses)
- **Personnel** du BDE, créations de poste d'infirmière coordinatrice, de vigile (5 réponses)
- Personnel pour accompagnement (2 réponses)
- Astreinte médicale pour les certificats (1 réponse)

Etude sur les coûts engendrés par la mise en œuvre de la loi :



Mise en détention de patients en SDRE

- Nombre de patients concernés :



- Une personne (3 réponses)
- Aucune (2 réponses)

- Levée de la mesure : 3 cas/5, 1 réponse « vide juridique »

- Nouvelle mesure de SDRE :

Oui (2 réponses/3), à l'hôpital psychiatrique (D398) ou à l'UHSA

Non (1 réponse/3), nécessaire seulement si hospitalisation

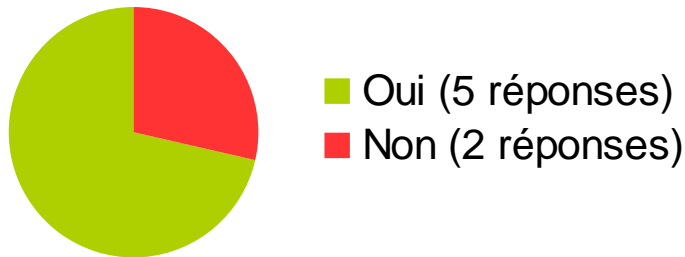
- Aucun patient détenu faisant l'objet d'une SDRE ne l'effectue pas pour des raisons judiciaires ou pénitentiaires.

Avis du psychiatre de l'établissement pénitentiaire

Le psychiatre de l'établissement pénitentiaire donne son avis :

- Par prise de contact (téléphonique ou autre) (3 réponses)
- En se déplaçant dans les services (2 réponses)
- par le biais du SMPR au sein même de l'établissement
- « non applicable » (1 réponse)

L'avis conjoint est toujours rendu de manière conjointe par les 2 psychiatres :



Le JLD ne lève **jamais** de mesure faute de consultation du psychiatre pénitentiaire.

Difficultés spécifiques aux détenus

- Organisation des audiences dans un cadre spécifique
- Mobilisation importante de personnel
- Problèmes de sécurité
- Les demandes d'escortes soumises à l'appréciation du préfet sont parfois refusées
- Encombrement des chambres d'isolement pour un temps long
- Difficulté d'obtention de l'avis conjoint du psychiatre du centre de détention lorsque le patient ne fait qu'un bref passage en milieu pénitentiaire

En résumé

Selon les statistiques retrouvées :

- Meilleure **information** des patients et meilleure **protection** de leurs libertés individuelles
- Responsabilité partagée avec la justice de la mise en soins sous contrainte

Pourtant

- Les médecins ne sont pas majoritairement convaincus de la garantie des droits de leurs patients
- La loi est pour la plupart **difficile à appliquer et peu claire**
- Elle constitue une **surcharge** de procédures administratives au détriment des soins pour les médecins, ainsi qu'une surcharge de travail pour les secrétariats
- Les imprécisions de la loi peuvent entraîner des **diversités d'application**
- L'intervention du JLD prévue à J+15 paraît **trop tardive ou trop précoce**
- Les patients peuvent être déstabilisés par l'audience
- L'intérêt de leur passage devant le juge peut être mal interprété