



**HAL**  
open science

# Analyse territoriale des soins sans consentement dans la ville de Marseille

Sonia Ho

► **To cite this version:**

Sonia Ho. Analyse territoriale des soins sans consentement dans la ville de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02086625

**HAL Id: dumas-02086625**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086625v1>**

Submitted on 1 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Analyse territoriale des soins sans consentement  
dans la ville de Marseille**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
MARSEILLE**

**Le 23 Octobre 2018**

**Par Madame Sonia HO**

**Née le 12 mars 1989 à Marseille 02eme (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**

**Monsieur le Professeur BOYER Laurent**

**Monsieur le Professeur DA FONSECA David**

**Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre**

**Monsieur le Docteur HENRY Jean-Marc**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Directeur**



**Analyse territoriale des soins sans consentement  
dans la ville de Marseille**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
MARSEILLE**

**Le 23 Octobre 2018**

**Par Madame Sonia HO**

**Née le 12 mars 1989 à Marseille 02eme (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**

**Monsieur le Professeur BOYER Laurent**

**Monsieur le Professeur DA FONSECA David**

**Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre**

**Monsieur le Docteur HENRY Jean-Marc**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI

**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

## **DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
	CHAMLIAN Albert		LUCIANI Jean-Marie
	CHARREL Michel		MAGALON Guy
	CHAUVEL Patrick		MAGNAN Jacques
	CHOUX Maurice		MALLAN- MANCINI Josette
	CIANFARANI François		MALMEJAC Claude
	CLEMENT Robert		MATTEI Jean François
	COMBALBERT André		MERCIER Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		METGE Paul
	CORRIOL Jacques		MICHOTÉY Georges
	COULANGE Christian		MILLET Yves
	DALMAS Henri		MIRANDA François
	DE MICO Philippe		MONFORT Gérard
			MONGES André

DELARQUE Alain  
DEVIN Robert  
DEVRED Philippe  
DJIANE Pierre  
DONNET Vincent  
DUCASSOU Jacques  
DUFOUR Michel  
DUMON Henri  
FARNARIER Georges  
FAVRE Roger  
FIECHI Marius

MM

PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX  
Michel  
RUFO  
Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET  
Daniel  
VIALETTES  
Bernard  
WEILLER  
Pierre-Jean

MONGIN Maurice  
MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony

Colette

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

	1967	
MM. les Professeurs		DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
	1974	
MM. les Professeurs		MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
	1975	
MM. les Professeurs		O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
	1976	
MM. les Professeurs		P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
	1977	
MM. les Professeurs		C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
	1978	
M. le Président		F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
	1980	
MM. les Professeurs		A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
	1981	
MM. les Professeurs		H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
	1982	
M. le Professeur		W.H. HENDREN (U.S.A.)
	1985	
MM. les Professeurs		S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
	1986	
MM. les Professeurs		E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
	1987	
M. le Professeur		P.J. DYCK (U.S.A.)
	1988	
MM. les Professeurs		R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
	1989	
M. le Professeur		P. MUSTACCHI (U.S.A.)

	1990	
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
	1991	
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
	1992	
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
	1994	
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
	1995	
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
	1997	
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
	1998	
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
	1999	
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
	2000	
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
	2001	
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
	2002	
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
	2003	
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
	2004	
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
	2005	
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
	2006	

M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)	
	2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)	
	EMERITAT	
	2008	
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
	2009	
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
	2010	
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
	2011	
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
	2012	
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
	2013	
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
	2014	
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
	2015	
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016
	2016	
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019

M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	DESSEIN Alain Surnombre	KERBAUL François
BARTOLIN Robert Surnombre	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERLAND Yvon Surnombre	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIELLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	ENJALBERT Alain Surnombre	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	FAUGERE Gérard Surnombre	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	FRANCES Yves Surnombre	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		MARANINCHI Dominique Surnombre
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	MARTIN Claude Surnombre
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	MUNDLER Olivier Surnombre
CHARPIN Denis Surnombre	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	GRILLO Jean-Marie Surnombre	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
SAMBUC Roland Surnombre  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

## PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

## PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)  
ANGELAKIS Emmanouil  
ATLAN Catherine (disponibilité)  
BARTHELEMY Pierre  
BARTOLI Christophe  
BEGE Thierry  
BELIARD Sophie  
BERBIS Julie  
BERGE-LEFRANC Jean-Louis  
BEYER-BERJOT Laura  
BIRNBAUM David  
BONINI Francesca  
BOUCRAUT Joseph  
BOULAMERY Audrey  
BOULLU/CIOCCA Sandrine  
BUFFAT Christophe  
CAMILLERI Serge  
CARRON Romain  
CASSAGNE Carole  
CHAUDET Hervé  
COZE Carole  
DADOUN Frédéric (disponibilité)  
DALES Jean-Philippe  
DAUMAS Aurélie  
DEGEORGES/VITTE Joëlle  
DEL VOLGO/GORI Marie-José  
DELLIAUX Stéphane  
DESPLAT/JEGO Sophie  
DEVEZE Arnaud Disponibilité  
DUBOURG Grégory  
DUFOUR Jean-Charles  
EBBO Mikaël

FABRE Alexandre  
FOLETTI Jean- Marc  
FOUILLOUX Virginie  
FROMNOT Julien  
GABORIT Bénédicte  
GASTALDI Marguerite  
GELSI/BOYER Véronique  
GIUSIANO Bernard  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie  
GONZALEZ Jean-Michel  
GOURIET Frédérique  
GRAILLON Thomas  
GRISOLI Dominique  
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné  
GUIDON Catherine  
HAUTIER/KRAHN Aurélie  
HRAIECH Sami  
KASPI-PEZZOLI Elise  
L'OLLIVIER Coralie  
LABIT-BOUVIER Corinne  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina  
LAGIER Aude (disponibilité)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude  
LEVY/MOZZICONACCI Annie  
LOOSVELD Marie  
MANCINI Julien  
MARY Charles  
MASCAUX Céline  
MAUES DE PAULA André  
MILLION Matthieu  
MOTTOLA GHIGO Giovanna  
NGUYEN PHONG Karine

NINOVE Laetitia  
NOUGAIREDE Antoine  
OLLIVIER Matthieu  
OUDIN Claire  
OVAERT Caroline  
PAULMYER/LACROIX Odile  
PERRIN Jeanne  
RANQUE Stéphane  
REY Marc  
ROBERT Philippe  
SABATIER Renaud  
SARI-MINODIER Irène  
SARLON-BARTOLI Gabrielle  
SAVEANU Alexandru  
SECQ Véronique  
TOGA Caroline  
TOGA Isabelle  
TROUSSE Delphine  
TUCHANT-TORRENTS Lucile  
VALLI Marc  
VELY Frédéric  
VION-DURY Jean  
ZATTARA/CANNONI Hélène

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad  
BARBACARU/PERLES T. A.  
BERLAND/BENHAIM Caroline  
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise  
BOYER Sylvie  
COLSON Sébastien

DEGIOANNI/SALLE Anna  
DESNUES Benoît  
MARANINCHI Marie  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky  
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte

POGGI Marjorie  
RUEL Jérôme  
STEINBERG Jean-Guillaume  
THOLLON Lionel  
THIRION Sylvie  
VERNA Emeline

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité  
4501

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH)

FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECC Véronique (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA  
Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;

MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH)  
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre

GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
HABIB Gilbert (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre  
GAUDART Jean  
(PU-PH) GIORGI  
Roch (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG  
Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie  
(MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH) OLLIVIER  
Matthieu (MCU-PH)

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony  
PU-PH)  
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre  
SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice  
(PU-PH)

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

CHIRURGIE PLASTIQUE,

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

COLLART Frédéric (PU-PH)

D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-  
PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

ALIMI Yves (PU-PH)

AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202SEITZ Jean-François (PU-PH)**

VITTON Véronique (PU-PH)

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

**BEROUD Christophe (PU-PH)**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)

KRAHN Martin (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)

GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

COLSON Sébastien (MCF)

DUSI

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

### GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre  
THIRION Xavier (PU-PH)  
BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETTELE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRABELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

### IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

### HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)

DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)

### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN  
Andréas (PU-PH)

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

### VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)  
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)  
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

NEPHROLOGIE 5203

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanie (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

### NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)

### NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

### NEUROLOGIE 4901

#### ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

#### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

### DESSI Patrick (PU-PH) PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE FAKHRY Nicolas (PU-PH) PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)  
NICOLLAS Richard (PU-PH)  
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BLIN Olivier (PU-PH)  
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
VALLI Marc (MCU-PH)

#### PHILOSOPHIE 17

#### PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

section) DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
MARY Charles (MCU-PH)  
RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème

#### PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
SARLES Jacques (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
FABRE Alexandre (MCU-PH)  
OUDIN Claire (MCU-PH)  
OVAERT Caroline (MCU-PH)

#### PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGÉON Fabienne (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite  
1/5/2018 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

### YCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

#### RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

#### BARLESI Fabrice (PU-PH)

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
Laurent (PU PH)

CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER

#### PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANUEL Michel (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

### *REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802 AMBROSI Pierre (PU-PH)*

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

## Remerciements

Je tiens à remercier

Le Dr Henry, dont l'appui, les directives et le soutien ont été fondamentaux à cette étude. Je lui suis reconnaissante de m'avoir fait confiance pour mener à bien ce travail, ainsi que de ses encouragements.

Le Professeur Naudin, de me faire l'honneur de présider mon jury. Je le remercie également pour son attitude bienveillante et ses conseils tout au long de cette formation.

Le Professeur Le Coz, dont la réflexion pour la prise en charge d'autrui est un exemple,

Le Professeur Boyer, d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse, ainsi que pour ses conseils et le lien avec les équipes de statistiques

Le Pr Da Fonseca, d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse, pour son écoute et ses conseils,

Au Dr Coldefy, dont les travaux et le temps des conseils ont initié ce travail,

Au Dr Fond pour ses conseils statistiques et sa patience pour la poursuite de la réflexion,

A Mme Pauly qui a su comprendre ma détresse face au fichier Excel, et à Mme Murcia pour sa gentillesse et sa disponibilité pour l'exploitation des données,

Je remercie mes parents Bay et Mesk, qui m'ont appris que l'effort et le respect du travail ouvrent beaucoup de chemins.

A ma compagne, Géraldine, qui a su, années après années, me soutenir dans mes choix et me conseiller. Sans compter la correction des fautes d'orthographe et la direction du comité de relecture de la thèse.

A mon frère Lucas, à qui je dois ma patience,

A mon oncle Tu Tam et ma tante Angela pour leur soutien constant,

A Christine et Marc, pour leur aide dans les projets et leur accueil chaleureux,

A mes amis, Marie, Nicolas, Karen, Gabriel, Angélique, Clara, Elisannes, Nicolas et Justine qui ont ancré des énergies positives à ce parcours de formation. A Lahcene, Samir et Alice qui me permettent de maintenir une pensée pour l'humilité et la bonne humeur. Ainsi qu'à tous ceux que je ne cite pas, car leur présence est indéniablement un support à mon envie de prendre en charge autrui.

# Sommaire

<b>CHAPITRE I : PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
I.1 INTRODUCTION .....	3
I.2 LA PSYCHIATRIE .....	4
I.2.1 <i>Humanité, Animalité et Folie</i> .....	6
I.2.2 <i>Déviance et pathologie</i> .....	8
I.2.3 <i>L'hospitalité</i> .....	9
I.3 LES ENJEUX ETHIQUES .....	12
<b>CHAPITRE II : LES LOIS ET LES EVOLUTIONS.....</b>	<b>17</b>
II.1 LES LOIS PRECEDENTES .....	17
II.1.1 <i>Les politiques de santé mentale</i> .....	22
II.2 D'UN POINT DE VUE MONDIAL .....	23
II.3 MEDECIN ET JUGE .....	25
II.3.1 <i>Les certificats</i> .....	28
II.3.2 <i>Le consentement</i> .....	28
II.3.3 <i>L'évaluation du consentement</i> .....	29
<b>CHAPITRE III : ANALYSE LOCALE DES SOINS SANS CONSENTEMENT.....</b>	<b>32</b>
III.1 LIEU D'ETUDE : MARSEILLE .....	32
III.2 MATERIELS ET METHODES.....	34
III.3 RESULTATS .....	37
III.3.1 <i>Observations en valeurs absolues</i> .....	38
III.3.2 <i>Observation statistique</i> .....	46
III.4DISCUSSION .....	54
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>63</b>
ANNEXE DES TABLEAUX EN VALEURS ABSOLUES .....	68
ANNEXE DES TABLEAUX STATISTIQUES .....	72
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>74</b>

« L'homme libre, autodéterminé par la raison, est une fiction »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Jean Jacques Kress Rapport de Belmont

# Chapitre I : Préambule

## I.1 Introduction

Les soins sans consentement sont des mesures légales d'obligation de soins en psychiatrie. Il s'agit de la seule mesure capable de contraindre un individu à une hospitalisation ou à des soins. Cette contrainte, légalement admise, répond à des mesures spécifiques de prises en charge, par la présence d'un parcours étayé et appuyé par des certificats médicaux. Pourtant, depuis la loi du 5 Juillet 2011 intitulée : « *loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », une augmentation du nombre de soins sans consentement a été relevée sur l'ensemble du territoire national sans pour autant que la population prise en charge en psychiatrie ne soit également augmentée<sup>2</sup>. Cette augmentation générale présente cependant des disparités régionales et territoriales.

La disparité des soins sans consentement pourrait-elle être due à une disparité de prise en charge ? L'objectif de la présente étude est de faire un premier point épidémiologique sur le territoire de la ville de Marseille sur trois années : de 2015 à 2017. Il s'agira ensuite d'analyser des secteurs de prise en charge entre eux, chacun en charge d'un arrondissement spécifique, pour formuler des hypothèses sur l'origine possible de ces disparités. L'hypothèse de travail s'appuie sur une existence de différence de prise en charge liée à une différence humaine. L'intérêt de la recherche est d'observer une disparité des soins sans consentement à un niveau infra-local afin d'identifier des facteurs à l'origine de cette disparité. L'étude a pu être réalisée d'après un recueil des mesures de soins sans consentement, grâce aux différents services informatiques des établissements des Centres Hospitalier Psychiatriques de la ville de Marseille. La recherche présentée, est à la fois un regard à un temps donné sur la situation des soins psychiatriques à Marseille, mais également un regard sur les pratiques de cette discipline. La volonté de ce travail est de pouvoir porter un œil critique sur l'évolution actuelle de la psychiatrie et l'implication politique de ces dernières années. La psychiatrie est définie comme

---

<sup>2</sup> Magali Coldefy ; Sarah Fernandes ; avec la collaboration de David Lapalus. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

la spécialité en charge des pathologies mentales. Le terme pathologie notifie le rôle de la psychiatrie comme soins d'une maladie<sup>3</sup> et non comme soins de la santé. Cette différenciation est essentielle pour rendre compte de la limite qu'il est nécessaire d'observer et de maintenir, entre le normal et le pathologique. La psychiatrie n'a pas la vocation de la normalité. Elle n'est pas en charge d'identification, ni de codification de la déviance, de l'anormal et du pathologique. Elle est une discipline médicale, aux implications sociales directes, et se trouve dans ses fondements, au croisement de l'anthropologie, de la philosophie et de la santé publique. La société, quant à elle, est liée à l'opinion générale des individus la composant. Cette masse humaine est influencée et influence les domaines de la justice et de la psychiatrie, ce qui les lie indéniablement. D'autant plus que le droit encadre les limites de la psychiatrie pour les soins sans consentement.

Après une introduction à la psychiatrie, son évolution législative, et les tensions éthiques abordées, nous étudierons les résultats obtenus de 2015 à 2017 pour chaque arrondissement de Marseille. Une discussion sur l'ensemble des facteurs observés et sur les limites de l'étude sera développée avant de conclure sur les limites et l'attention à porter à la spécialité.

## I.2 La psychiatrie

L'étymologie grecque du mot psychiatrie est la suivante : *psukhé*, qui veut dire *âme* et *iatros* qui signifie le *médecin*. Cette définition de médecine de l'âme reste liée au fantasme du pouvoir du psychiatre. Mais l'âme, en terme physique, n'en reste pas moins mal délimitée. L'âme n'est pas identifiée au sens clinique du terme, bien qu'un lien avec le système nerveux central puisse être mis en avant. La pathologie de l'âme, la maladie qui est affiliée à la psychiatrie, est la folie. Elle n'est pas une atteinte d'un organe spécifique. Il existe des atteintes physiques ou biologiques dont les signes cliniques miment des pathologies psychiatriques, mais il n'existe pas à ce jour de taux analogique de la folie qui confirmerait la présence de cette maladie. Le comportement et le regard d'autrui sont les marqueurs de la folie. Celle-ci est liée au regard d'autrui car c'est en comparaison avec autrui que l'on présente un comportement incohérent et désordonné.

---

<sup>3</sup> Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF. 1966. 280 p. (Quadrige).

La psychiatrie est ainsi axée sur les soins, de ce que l'on nomme, les maladies mentales. En effet, comme l'a précisé Canguilhem, on soigne d'une maladie et non de la santé. La psychiatrie ne traite donc pas de la santé mentale. La nuance est nécessaire pour atténuer l'omnipotence du psychiatre dans l'évaluation de la normalité. La psychiatrie vient prendre en charge la maladie, et l'analogie avec la prise en charge du diabète est souvent utilisée. Cette analogie est utile, dans le sens où il est demandé au patient diabétique de participer à ces soins : repérer les phases d'hypo ou d'hyper glycémies, comme il est demandé au patient psychotique de prêter attention à la recrudescence des phases d'hallucination ou de repli, et de rééquilibrer la situation ; dans un cas par l'insuline, de l'autre par l'appel à son psychiatre traitant. L'autonomie, définie comme la capacité de participer à la prise en charge, est différente dans ces deux pathologies mais l'accompagnement médical est toujours nécessaire.

La psychiatrie existe en tant que discipline médicale depuis Philippe Pinel (1745-1826), médecin aliéniste, considéré comme le père fondateur de la psychiatrie. Cette discipline a évolué, comme l'état politique français, en changeant de nom mais également en changeant son vocabulaire. Nous pourrions faire un parallèle entre les différentes évolutions politiques françaises et les différents courants de la psychiatrie qui se sont succédé. On nomme, par exemple, la psychiatrie post-moderne comme la psychiatrie communautaire. Il s'agit d'un reflet de l'évolution nécessaire de la psychiatrie, ainsi que son adaptation en fonction de l'environnement politique.

En médecine, il est souvent explicité qu'il n'y a jamais de retour à un état antérieur possible. On ne peut pas donc pas être « comme avant », même s'il s'agit d'une formulation souvent utilisée par les patients. Comme « avant » le traumatisme, ou comme « avant » les événements qui ont mené à la rencontre médecin-patient. La rencontre avec le psychiatre, et donc avec la psychiatrie, représente une scission pour le patient. Cette scission temporelle marque l'entrée de la maladie. Le cortège de la maladie, accompagné des mots, tels que les *antécédents de prise en charge*, les *traitements*, les *allergies*, les *hospitalisations*, font écho à la fragilité humaine. Quelle est la part des soins, concernant la fragilité humaine et la folie ?

Lors d'une mise en place d'une mesure de soins sans consentement, il est fréquent que ses proches tentent, une ultime fois, de raisonner le patient par cette phrase « C'est pour ton bien ». La certitude du bienfondé de la décision de soin est fragile, voire inexistante pour le

patient pour qui ce « bien » n'est que théorique, et dépend du sens commun. Nous pouvons citer en contre-exemple : le cas du *plancher de Jeannot*, où la décision d'absence de soins a été prise. Le plancher de Jeannot est un plancher entaillé de mots gravés par Jeannot. Un individu qui s'est donné la mort à 30 ans après avoir passé du temps reclus, à graver de ses mains sur le sol de sa maison, les mots qui lui pesaient. Il fut laissé sans soins par inquiétude de ses proches, qui vivaient dans l'espoir que cet état se dissiperait. Cet exemple interpelle en raison du jeune âge du sujet au moment du décès, mais également par la marque de souffrance laissée. Se replier, inscrire à même le sol les mots qui traversaient son esprit dans le but de soulager sa conscience semble être une part de perte de la raison. Ce plancher montre effectivement l'intérêt de soins spécialisés psychiatriques, même lorsque les personnes ne sont pas en demande.

Il appartient au psychiatre d'évaluer la limite entre une souffrance tolérable accessible à des soins ambulatoires, et celle qui atteint un degré particulier de gravité et d'urgence, et qui nécessite une hospitalisation en Psychiatrie. Dans ce cas, le psychiatre ne dicte pas les normes. Il a, au contraire, la volonté et la vocation de pouvoir soulager l'individu de ses maux et non de lui imposer un seuil de souffrance à ne pas dépasser. Les êtres humains peuvent être soumis à leur passions et à leurs sens. Cela nous permet une transition entre l'homme et l'animal.

### I.2.1 Humanité, Animalité et Folie

Intéressons-nous à l'animalité résidant en chaque être humain. En d'autres temps, nous parlerions sûrement de passion mais c'est sur un caractère bien plus primitif sur lequel nous allons nous pencher. L'animalité est liée à l'agressivité. Un état où la réflexion est mise de côté. Soit par manque d'exercice de réflexion antérieur soit par pulsions supérieures à la raison. Beaucoup d'expressions évoquent des éléments péjoratifs lorsqu'est évoqué le côté animal. « *Bête comme un âne* », « *Bête à manger du foin* ». Ce critère d'animalité est également pris en compte comme un élément négatif lors des jugements : « *Il s'est comporté comme un animal* ». Ces expressions marquent la hiérarchie instituée entre l'homme et l'animal. Ce classement est, par ailleurs, utilisé dans les essais pour les médicaments ou une première phase est d'abord animale avant d'être humaine. L'homme ne possède pas de classification différente en biologie. Il est intégré au cycle des mammifères. C'est un premier lien biologique et anatomique avec le monde animal. On ne peut que souligner la ressemblance de classification des pathologies, comme le DSM, au système de classification des animaux selon leurs caractéristiques

anatomiques. Mais au-delà de la classification et de l'anatomie, c'est le comportement sur lequel nous allons nous pencher.

L'homme et l'animal peuvent être comparés par leur recherche de protection. L'appartenance à un groupe, que l'on appelle meute ou société, est développée dans ce but. La pluralité vient renforcer l'individu seul. Les hommes, les individus, les citoyens vivent en communauté pour former une ville puis une société. Pour que celle-ci puisse évoluer, ou, tout du moins perdurer, il faut que des règles soient établies<sup>4</sup>. Comme si, les règles, représentaient une lumière, éloignant les animaux, et avec eux l'application possible de la loi du plus fort. Cette loi implique que le plus fort décide seul, ce qui ne peut se produire dans une  *cité* . La notion de territoire est également importante. La psychiatrie est l'étude de la maladie mentale, de la souffrance et de la difficulté éprouvée d'un individu dans son environnement. Concernant l'espace, la psychiatrie apaise les sens de l'individu pour qu'il puisse retourner à son environnement. Concernant le temps, tout homme ou animal, est soumis à la recherche d'un habitat pour le développement favorable de l'espèce mais également à sa pérennisation. Pour l'homme, l'évolution a permis une augmentation d'une durée de vie et la lutte contre les maladies. Cette évolution permet alors de se demander comment la ressemblance entre les extrêmes de vie peut être autant rapprochés ? On note bien, que l'on dit d'une personne atteinte d'une démence «  *Il est retombé en enfance*  ». Ces âges extrêmes sont cités pour mentionner des périodes où la raison n'est plus. La raison n'est ainsi pas un critère ou un élément primaire de la nature humaine. Il faut travailler son raisonnement pour l'affûter. Rien ne permet d'être sûr de conserver sa raison avec le temps. La folie, d'un autre côté, n'a pas besoin d'être élaborée. Elle touche, l'individu, cet être humain, peu importe son âge, sa catégorie sociale ou son niveau d'apprentissage.

Les catégories, les classifications, les systèmes de comparaison ne sont finalement que des instruments de comparaison qui permettent d'identifier et de classer ce qui est différent entre l'autre et soi. C'est en définitive, très intéressant de chercher des points de ressemblance et de dissemblance avec autrui. La question même de l'altérité a échelonné les réflexions des individus à travers le temps pour mettre en place des systèmes de comparaison, de supériorité et d'infériorité d'une ethnie à une autre, d'une société à une autre. Ces systèmes arithmétiques et de mesures sont même capables d'aboutir à un processus de déshumanisation. Comparer

---

<sup>4</sup> Hobbes T. Léviathan. Folio essais. 2000. 968 p. (Gallimard).

l'ardeur du travail d'un individu à sa valeur en tant que plus-value, perd toute notion d'humanité.

### I.2.2 Déviance et pathologie

L'œil humain détecte les moindres défauts. Il est plus simple de mettre en avant ce qui ne va pas. Cette réflexion permet de mieux expliciter la première dichotomie entre les fous et les non fous. Cette distinction s'effectue par un premier symptôme : un stigmate. Une cicatrice qui est portée comme une identité. La stigmatisation est un élément de rejet. C'est un élément négatif car il classe le porteur du stigmate comme inférieur à l'observateur.<sup>5</sup> L'altération répond en écho à l'altérité. Dans les stéréotypes de la maladie, les personnes considérées comme folles sont remarquables par leurs propos, leurs habits ou leurs comportements : une personne qui crie dans la rue, sans interlocuteur direct, à moitié nue est plus facilement remarquée que la personne alcoolisée au coin d'un immeuble. Pourtant ces deux personnes sont exclues et l'observateur s'en éloignera plus spontanément qu'il ne s'en rapprochera. Les stéréotypes permettent une compréhension simplifiée du monde qui nous entoure, les stigmates sont des indicateurs visuels sur les personnes que l'on rencontre. La nuance est fine, les stéréotypes n'imposent pas une frontière comme le stigmate. Ce qui véhicule la peur de la différence c'est la possibilité d'une contagion de l'altération de l'individu.

La communication autour de la maladie qu'est la dépression a permis une diminution de la stigmatisation vis-à-vis de la psychiatrie<sup>6</sup>. Ce ne sont pas les faibles et les démunis qui sont atteints par les maladies mentales, mais bien n'importe quel individu soumis à une souffrance psychique. La notion de souffrance, ayant une résonance plus commune, permet d'unifier les individus.

La santé, selon l'OMS<sup>7</sup>, est un état complet de bien-être physique et psychique. La question d'une définition servant de modèle à une norme est à poser. Il est parfois mentionné un esprit normatif de la définition de la santé. Il faut donc avoir un état complet de bien-être physique et psychique pour avoir une bonne santé. La déviance, au sens de la psychiatrie est une maladie. D'un point de vue géométrique, dévier de la norme, comporte un écart à ce qui est

---

<sup>5</sup> Goffman E. Stigmate : Les usages sociaux des handicaps. Les éditions de minuit. 1975.

<sup>6</sup> Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale [Internet]. janv 2010

<sup>7</sup> Constitution de l'OMS : ses principes. Texte adopté en 1946

admis. La question d'une autorisation à être malade est donc à relever. Le droit d'être malade, est peut-être synonyme du droit de la différence. Pour mieux comprendre la maladie mentale, il convient de se pencher sur ce qu'elle n'est pas. Elle n'est pas un cancer, par exemple, car elle n'est pas reliée, ni ses manifestations, à un organe spécifique qui présenterait des atteintes malignes. Le cancer est repéré, analysé et surveillé selon l'organe atteint. Le traitement en lui-même peut alors s'opérer, et distinguer le malade de la maladie est plus simple. Mais pour les pathologies psychiatriques, il n'y a pas d'entité distincte entre le malade et la maladie. Le rejet du malade par ses pairs s'en trouve d'autant plus fréquent. La question intéressante posée par M. Latthiasson est de savoir : « *A quel point êtes-vous tolérant en tant que personne et à quel point la société, dans son ensemble, est-elle tolérante à un comportement différent ?* »<sup>8</sup>

### I.2.3 L'hospitalité

L'hospitalité est l'action d'accueillir un étranger et de lui offrir repas et protection. Elle est liée à la « *générosité du cœur* »<sup>9</sup> et comporte une connotation religieuse, ce qui lie l'hospitalité aux prémices de la psychiatrie. La religion et la folie ont été fortement associées avant de parler de maladie et de soins. Les maux de l'esprit étaient perçus comme une punition divine, et les troubles ne permettaient pas de vivre libre. Les aliénés étaient mis dans un premier temps en dehors de la ville, avant d'être enchaînés à l'intérieur de celle-ci<sup>10</sup>.

L'hospitalité quant à elle, est donc définie comme un espace d'accueil. La désignation de cet espace par l'asile, puis l'hôpital, est parallèle à la désignation de ces occupants par les aliénés puis les malades mentaux. Les hôtes quant à eux étaient des médecins aliénistes avant d'être des psychiatres. L'évolution de la psychiatrie ces dernières années a été telle qu'elle a changé la dénomination du lieu de soins, ainsi que la dénomination des différents acteurs. Les *fous*, les *aliénés* sont devenus des *acteurs de soins*, des *bénéficiaires*, des *citoyens atteints d'une maladie*. Pour toute autre discipline médicale, les différentes dénominations possibles des lieux de soins sont, soit les *cabinets libéraux*, soit *l'hôpital*. En exemple, la chirurgie, spécialité qui a également connu des évolutions au cours du temps a toujours été et, est actuellement liée à la salle opératoire. Jamais jusqu'à présent, on a désigné la salle d'opération, ou d'accouchement comme un asile. Tout au plus, on parle de *passer sur le billard*.

---

<sup>8</sup> Pall Matthiasson Moins de soins sous contrainte. L'expérience islandaise

<sup>9</sup> Définition hospitalisée selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <http://www.cnrtl.fr/definition/hospitalit%C3%A9>

<sup>10</sup> Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. 1976. 663 p.

L'asile est également un espace de protection. Le terme asile est pourtant fortement imprégné dans la culture française. Un asile est de toute façon lié au mot fou. Bien qu'actuellement les demandeurs d'asile soient davantage liés à la notion *d'accueil* en lien avec l'immigration, qu'à la notion de soins en psychiatrie. L'asile était un espace à part, un lieu de soins imposés pour permettre qu'il devienne également un lieu de vie : « *l'asile, rupture et imitation de la ville* »<sup>11</sup>. Dans un premier temps à part de la  *cité* , l'asile était le lieu de reproduction du lien social. Lieu d'accueil mais également de vie des patients en psychiatrie<sup>12</sup>. Comme le dit Mme Livia Velpry « *le rapport à la ville est un enjeu idéologique en psychiatrie, intriqué avec la définition du soin* ». Cet enjeu est lié à ce va-et-vient entre les murs de la psychiatrie. Cette mise à distance spatiale fait écho à la mise à distance humaine lorsqu'un individu rejette un de ses pairs sur une différence. Cette différence étant dans notre étude une incohérence. On pourrait surement définir la folie comme une incohérence humaine.

L'incohérence humaine est un terme qui n'est pas du tout médiatisé lorsque l'on évoque des pathologies psychiatriques. Les faits médiatisés sont ceux qui font sensation<sup>13</sup> et appuient la notion de peur, en lien avec les actes des patients. Une incompréhension ressort de ces actes. L'incompréhension de l'observateur, vient juger l'incohérence de l'observé. C'est un jugement immédiat, qui impose une prise de partie. Dans l'incohérence, une analyse du comportement ou de la phrase émise a été faite, mais laisse une part d'interrogation plutôt que de jugement. La cohérence permet la compréhension. L'incompréhension n'est pas synonyme d'incohérence mais marque bien un rejet. Ce qui est étonnant c'est que cette culture ne change pas, cette appréhension n'est pas modifiée, même lorsque l'on travaille en psychiatrie. Je fais ici référence à une étude qui a démontré que les soignants ont autant d'a priori, que la population générale concernant les soins, a priori liant la folie au terme de dangerosité. Ce dernier mène à s'interroger sur les soins et sur l'image liée à la psychiatrie. Ce changement de nom est aussi lié à un changement d'espace. Les soins en psychiatrie ont évolué avec le temps et l'espace dédié. Dans un premier temps mis à part de la  *cité* , l'enjeu actuel de la psychiatrie est de pouvoir soigner dans la  *cité* . L'environnement de l'usager en psychiatrie est une partie intégrante de la prise en charge. Il s'agit de la question d'être avec autrui au milieu d'un espace et de

---

<sup>11</sup> Velpry L. Les malades mentaux dans la ville vus par les ethnographes. :8

<sup>12</sup> COLDEFY M. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. 2010 ;519

<sup>13</sup> Le Coz P. Le gouvernement des émotions...et l'art de déjouer les manipulations. Albin Michel. 2014

comprendre comment cet espace peut être investi, par l'usager, au milieu d'autrui.<sup>14</sup> En retrait, puis parmi les autres. « *Par un double mouvement d'investissement, le sujet va habiter un espace et être habité par lui lorsque les mécanismes d'expressivité et de subjectivité peuvent s'exprimer.* »<sup>15</sup>

L'hospitalité en latin *hospitalitas* est l'action de recevoir comme hôte. Il comprend déjà la notion de rencontre entre une personne dans le besoin et une personne qui peut accueillir. Dans le lien avec la psychiatrie, il s'agit d'accueillir le patient avec sa maladie. Le patient est lié à une maladie qui prend place sur sa conscience. Cette place prise, est telle qu'elle empêche le patient d'agir en pleine autonomie, soit en pleine capacité de prendre des décisions. D'un autre côté, il est souvent affirmé que le génie n'est pas loin de la folie, ou en tout cas, qu'en tout génie réside une part de folie. La folie serait alors inhérente à tout être humain ? Le psychiatre est-il hôte ou intermédiaire de la société face à cette folie ?

### Être fou

La folie est définie comme une croyance erronée. La première question, posée avec appréhension par les patients est bien celle d'être fou « *Est-ce que je suis fou ?* ». Cette interrogation fait écho à la difficulté du patient à se fier à un tiers inconnu, plutôt qu'à ses sens. Cette question, qui appelle une réponse dichotomique, marque une première scission pour le patient. Scission entre sa pensée et la pensée normée, représentée par le sens commun. Comme si après cette question, l'ensemble de la prise en charge pouvait être altérée. Il s'agit de la première expérience concernant l'alliance thérapeutique. Le patient présente une peur, dont la réponse qu'il espère est détenue par le psychiatre, peut-être même par le noyau de la relation médecin patient qu'il convient de favoriser. La folie pourrait être définie par la souffrance de ressentir sa propre altérité.

L'homme vient au monde avec une palette sensorielle à développer, puis à conforter. Après cette phase de développement, puisque le système visuel est en place, vient le discernement d'autrui : la reconnaissance de l'autre. Cette reconnaissance implique une

---

<sup>14</sup>, Géographie et psychose J. Englebert J-M Gauthier

<sup>15</sup> Erasme. Eloge de la folie. Garnier Flammarion. 1964. 126 p.

approche puis une intégration que l'autre possède, comme moi, un système de pensée. La compréhension de l'autre personne, qui vient interagir dans mon monde, mais qui possède également ses propres pensées et ses propres envies, différentes des miennes, demandent beaucoup d'adaptation et de développement. Elle est liée à la capacité d'empathie. La prise en compte d'autrui se développe à ce moment. On comprend les limites, on apprend les règles et on entend pour la première fois « *Ne fais pas aux autres ce que tu ne veux pas que l'on te fasse* ». On peut ainsi appréhender la difficulté inverse lorsque les sens font défaut. Ces sens ou ces perceptions étant nos premiers appuis, les remettre en doute et accorder notre confiance, au raisonnement d'autrui, relèverait de la folie.

L'homme est un animal social. Comme tout animal cela n'empêche par le rejet de ses pairs s'il montre des signes d'inadaptation ou de comportements différents. Les conflits sont inhérents aux interactions. Il y a toujours confrontation ou juxtaposition. L'homme est celui qui s'impose par l'argumentation, comme les animaux entre eux par leurs bruits respectifs. Cette distinction est nécessaire à garder à l'esprit, puisque la limite entre le soin et la sanction, fait partie d'un enjeu éthique. La sanction n'est pas représentée par le corps médical mais par le corps politique. La politique est liée à l'influence sociétale. L'opinion publique est à maintenir. Cependant l'opinion publique donne rapidement sa sanction lorsque l'on aborde la psychiatrie.

### I.3 Les enjeux éthiques

*« L'éthique ne concernant pas la nature des décisions, mais la démarche qui y a conduit »*

S. Nézélof

Le soin fait partie de la déontologie médicale. S'engager dans cette voie, implique de porter attention à autrui, avec la volonté de lui porter secours. Cependant, il existe des situations de soins qui provoquent des tensions. L'éthique est différente de la déontologie et elle est supérieure à la morale. C'est une réflexion humaine, après avoir pesé toutes les situations avec les bénéfices et les risques pour analyser la meilleure décision possible. Et l'avantage de cette réflexion réside dans son caractère groupal ; à l'image de la société, dont l'évolution est participative. Toutefois, plus le nombre d'individus est important, plus la prise de décision en

est compliquée<sup>16</sup>.

L'éthique, est nécessaire à la psychiatrie. Puisqu'il s'agit d'une interaction d'humain à humain, l'intérêt du patient est toujours à garder à l'esprit. Avec cette incertitude de la meilleure réflexion à apporter à chaque patient. Les principes éthiques d'autonomie, de bienveillance, de non malfeasance et de justice, prennent toute leur ampleur dans le cadre des soins sans consentement en psychiatrie.

Le premier écueil concerne le principe d'autonomie. Il se définit comme une information adaptée au patient, afin qu'il puisse choisir au mieux et participer à la décision médicale. Il serait simpliste de dire qu'aucun individu accepterait, sciemment, d'être privé de sa liberté d'aller et venir. Cependant, il faut se rappeler que cet individu, ce patient, est dans un état où il ne peut donner son consentement du fait des troubles mentaux. La privation d'autonomie n'est pas due à une entrave humaine, mais à la maladie. Le comportement désordonné rapporté, et la souffrance exprimée sont les preuves apparentes de cette restriction de liberté. Quel est l'intérêt d'aller et venir sans raison ? Il y a une atteinte à la dignité humaine lorsqu'il y a atteinte à la liberté de déplacement.

L'attention est ainsi portée au rôle du psychiatre. Il n'est pas le détenteur de la liberté du patient mais l'être qui assigne une préservation du patient, en contenant la maladie. La dichotomie entre le patient et la maladie est à prendre en compte. Et cette nuance a été portée tout au long de l'évolution des lois dédiées à la prise en charge des patients en psychiatrie. L'autonomie a été favorisée avec l'évolution des lois. Il y a un « *glissement du paternalisme médical vers un modèle autonomiste* »<sup>17</sup>

La santé mentale d'une personne, représente une intimité dans laquelle le psychiatre peut faire intrusion sans son consentement. Cette intrusion est permise par les paroles rapportées du patient qui sont le témoignage de son vécu et de son appréhension. Le *sans consentement* s'appréhende ainsi plus à « sans la conscience directe » du patient. La même conscience qui est atteinte lorsque le patient ne se rend pas compte de sa maladie, qu'il est dans une phase de déni, ou d'anosognosie. Cependant, un acte de bienveillance ne peut être décrit comme tel, que si le patient ressent et exprime cette bienveillance. Où est le principe de bienveillance dans le cadre des soins sans consentement ? C'est le second écueil. La question de la bienveillance sans l'accord du patient permet de mentionner de nouveau un déséquilibre. Et une bienveillance

---

<sup>16</sup> Rousseau. Du contrat social

<sup>17</sup>Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. déc 2016 [cité 19 mai 2018];174(10):832-8. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003492>

excessive peut être apparentée à de la malveillance. Le vécu des soins sans consentement est peu interrogé. Une première expérience filmographique rapporte un point de vue concernant la procédure judiciaire des soins sans consentement face au juge<sup>18</sup>, mais le ressenti de la mesure en elle-même n'a pas été interrogée auprès des patients. L'hospitalisation sous contrainte est dictée par le principe de bienveillance<sup>19</sup> car l'intérêt du patient est recherché à long terme et non dans l'immédiat. L'immédiat est, en effet, remis à un autre temps car le patient est considéré en phase aigüe de sa maladie. Le soin fait partie du cadre de la bienveillance. Apporter du soin ou porter de l'attention au patient est la définition même de la bienveillance dans le domaine de la santé.

La relation médecin-malade quant à elle est une relation asymétrique. En effet, par la position du patient, qui est en attente, face au savoir théorique du médecin. Néanmoins, dans le cadre des soins sans consentements, la demande de soins n'émane pas du patient. Comme le note Mme Lamouille-Chevalier : « *Le refus de soin, n'est pas le refus de tous les soins* ». <sup>20</sup>

Quant au principe de justice, il est lié à l'évolution de la société et de l'image de la psychiatrie. Le patient en psychiatrie dispose-t-il de droits différents de ceux des autres citoyens ? Le principe de justice peut être mis à mal, non pas en termes de répartition de temps de soins à chaque individu, mais en temps de liberté de chaque individu dans la société. Le principe de justice vient ainsi raisonner sur l'équité du temps de chacun et sa répartition. L'évolution des lois, revient affirmer l'humanité mais aussi la citoyenneté des patients pris en charge en psychiatrie. La dénomination de la loi du 5 juillet 2011 « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* » appuie cette absence de différence, bien que la notion de protection souligne une fragilité des patients. Le propos n'est pas de contester ou d'affirmer cette fragilité, mais bien de faire attention aux libertés individuelles de chaque patient. Le principe de justice pourrait être mis à mal en psychiatrie si une attention aux soins était portée de façon différente aux patients selon leur pathologie. Mais cela ne se présente pas, l'évolution de la société a entraîné un élargissement des soins à une plus grande partie de la souffrance psychique. On peut ainsi dire, que l'ensemble des fragilités sont prises en compte en psychiatrie.

Ainsi, dans le cadre de notre réflexion, le principe d'autonomie et de non malfaisance

---

<sup>18</sup> Documentaire 12jours par Raymon Depardon

<sup>19</sup> K.Rossini, JL Senon, H.Verdoux Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale

<sup>20</sup> Lamouille-Chevalier C, Toporski J, Bouvel B, Rivasseau-Jonveaux T, Claudot F. Refus de soins somatiques et troubles délirants : comment concilier devoir médical et droit du malade ? La Presse Médicale [Internet]. avr 2018

sont en tension avec le principe de bienveillance. Et cette tension est concomitante au début de la prise en charge des soins sans consentement. Cette tension éthique, est ressentie au niveau clinique et au niveau humain, lors de l'annonce de la mesure, ainsi que tout au long de la prise en charge. De façon régulière, le patient est informé de la mesure, du parcours médical et judiciaire à entreprendre. Parcours, où le patient sera accompagné par le service où il est pris en charge. L'une des premières phrases des patients, qui ne désirent pas de soins psychiatriques est très souvent « *Vous ne pouvez pas me retenir* ». Pourtant la réponse positive, qui suit cette affirmation, vient désarçonner le patient qui comprend la question d'une altérité supérieure dans le cadre des soins. Cette supériorité, est finalement parallèle à la relation médecin-malade. Seulement, dans ce cadre, la maladie a un visage, et il est unique à la psychiatrie. Le visage de la maladie est, dans la réalité immédiate vécue par le malade, un visage médical. Elle constitue ici une projection de cette incompréhension commune de la société face au déraisonnement, face à la maladie du patient.

Les soins sans consentements sont difficiles à penser, même pour les professionnels, psychiatres, infirmiers psychiatriques et aussi bien souvent les médecins urgentistes et médecins de famille, qui en sont les acteurs. Il faut parfois prendre le chemin du pire, tout en espérant le meilleur. C'est dans cette optique que les soins sans consentement doivent être considérés. Il n'existe aucun sentiment d'accomplissement chez le psychiatre lorsque la contrainte est imposée au patient. C'est même, au contraire, une situation d'embarras. Comme l'a énoncé Mme Dastur « *il s'agit alors vraiment de rencontrer autrui, c'est-à-dire, comme ce mot l'indique bien- il contient en effet le mot « contre » de faire face à l'autre, voire de s'opposer à lui en toute indépendance et en toute liberté, mais aussi selon l'autre sens du mot « contre », de venir au contact de l'autre.* »<sup>21</sup>

Par ce raisonnement, il y a ainsi un respect du principe de non malfaisance. Il ne s'agit pas de faire subir un mal à un patient, qui n'aurait pas de sens pour lui. Dans notre étude, l'hospitalisation en psychiatrie, n'est pas à prendre comme un mal. Mais c'est l'hospitalisation sans consentement qui est à étudier. Les soins sans consentement doivent rester une pratique exceptionnelle. Ce qui est rassurant, c'est que ces hospitalisations sous contrainte constituent une part minoritaire des hospitalisations, même si elles sont en augmentation ces dernières années. Il s'agit du débat des utilitaristes face aux humanistes, dans le cadre de l'éthique.

---

<sup>21</sup> F.Dastur L'expérience de la rencontre

*« L'éthique psychiatrique, indissociable de l'intention thérapeutique »<sup>22</sup>*

---

<sup>22</sup> G.Berthom Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique

## Chapitre II : Les lois et les évolutions

Les lois sont des parties intégrantes de l'institution judiciaire et permettent de coordonner la vie des hommes en société. Ce sont des règles dont le respect permet de s'assurer une part de tranquillité. Leur transgression implique des sentences. Puisqu'il faut bien un moyen de dissuasion pour que les lois ne soient pas simplement des mots<sup>23</sup>. La liberté de chaque individu doit être incluse dans un équilibre sociétal impliquant ainsi une part de responsabilisation et de respect envers autrui. Les juges, représentant de l'institution judiciaire, sont les garants du respect des règles de vie en société. « *La loi est pensée comme un signal capable de régir les comportements individuels. Son but est de faire respecter le contrat social et de prévenir les usages pathologiques de la liberté.* »<sup>24</sup> Dans le domaine des soins sans consentement, le patient et le médecin sont des citoyens égaux devant le juge. L'évolution des lois reflète les mœurs et l'opinion publique d'une société qui sont liés. Ces lois tentent ainsi de maintenir un équilibre entre la cité, l'histoire et l'évolution dans le temps.

### II.1 Les lois précédentes

L'évolution des lois concernant les patients bénéficiant de soins psychiatriques marque une progression concernant l'intégration des patients dans le système de santé puis dans la communauté. Nous verrons comment l'essor et l'évolution des lois, sont liés à une meilleure intégration des patients en vue d'une diminution de la stigmatisation. En effet, la psychiatrie est une spécialité qui a un champ d'action en lien avec la liberté. Ce champ d'action est lié à un regard extérieur. En effet, plus on approche de l'étude de la psychiatrie, plus l'on s'aperçoit que le champ d'étude de la psychiatrie est celui de la recherche de compréhension du comportement. Nous aborderons ainsi dans les prochaines lignes : la loi de 1838, loi de reconnaissance des patients en souffrance, la circulaire de sectorisation des soins de 1960, la loi Evin de 1990 pour terminer sur la loi du 5 juillet 2011.

---

<sup>23</sup> Léviathan Hobbes

<sup>24</sup> D.Salas La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibéral

La loi de 1838, loi dite « des aliénés » était la première loi qui explicitait les champs d'action de la psychiatrie d'un point de vue légal. Elle marquait ainsi une première approche des patients atteints de folie : les aliénés. Ces personnes aux comportements explicitement différents, n'étaient plus à exclure et un soin était envisageable dans leur prise en charge. Ces aliénés bénéficiaient enfin d'interventions médicales. Ces personnes qui étaient auparavant exclues dans des navires ou en dehors de la ville, expérimentaient une première démarche de soins<sup>25</sup>. L'exclusion persistait néanmoins : les asiles étaient situés à distance des centres villes et des villes. Cela correspondait au point de vue des aliénistes, affirmant que le calme étant nécessaire pour les soins<sup>26</sup>. Cette loi était, ainsi, une première reconnaissance médicale de la folie. Comme cité par son auteur, Esquirol : « *Cette loi ne doit pas être contre, mais pour les aliénés : il ne suffit pas qu'elle rassure la société contre le désordre que ces malades peuvent provoquer et qu'elle pourvoie à la conservation de leur fortune, mais elle doit veiller à ce que l'aliéné étant un malade soit traité de sa maladie* »<sup>27</sup> La folie est enfin reconnue comme une maladie qui nécessite des soins et un environnement adapté à ces soins.

L'environnement étant fondamental aux soins psychiatriques, une division des soins par région était donc à maintenir. Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie après la seconde Guerre Mondiale permet l'aboutissement de la loi concernant la sectorisation psychiatrique en 1960. La circulaire du 15 mars 1960 visait à améliorer la prise en charge des patients au plus proche de leur environnement. Il s'agissait de favoriser les soins de proximité et donc une intégration même à la communauté. A partir de cette circulaire, l'impact et la création des établissements psychiatriques a eu un essor majeur.<sup>28</sup> Cela représentait l'acceptation sociétale et la création de structures de soins, dans la mesure du possible, au détour d'une validation législative. La législation ayant une valeur de reconnaissance de l'existence et de la nécessité d'une prise en charge dans ce cadre.

La loi de 1990, dite loi Evin, est une reformulation des hospitalisations sans consentement. Elle est nommée par ailleurs : « *loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.* » Un premier ajustement est d'ailleurs nécessaire avant de mentionner les

---

<sup>25</sup> M. Foucault Histoire de la folie à l'âge classiques

<sup>26</sup> M.Coldefy De l'asile à la ville. Une géographie de la prise en charge

<sup>27</sup> G.Bollote Le projet d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838

<sup>28</sup> De L'asile à la Ville. Thèse Mme Coldefy

lois contemporaines. Les lois jusqu'au XXème siècle encadraient les hospitalisations d'office et les hospitalisations à la demande d'un tiers. La notion de soins concernait effectivement l'espace : l'hôpital, premier lieu d'asile pour des patients souffrant de troubles. Ces troubles peuvent être définis comme des difficultés d'interactions, de compréhension de l'entourage, de l'environnement, de la société au point qu'un temps d'exclusion semblait nécessaire. La loi Evin a pour objectif de sortir de l'hospitalo-centrisme. L'isolement thérapeutique ne devient plus la règle<sup>29</sup>. La sectorisation et la valorisation de l'autonomie sont des notions qui s'immiscent dans les soins psychiatriques. Le terme d'exclusion s'apparente dans ce cadre à la place des lois régissant l'hospitalisation. L'évolution des lois, objectivant la place des malades entre l'éloignement des villes dans un premier temps vers le soin dans le milieu d'origine, ne pourra être mentionnée qu'une fois que la notion de réhabilitation sera inscrite dans les esprits : esprit de la société et esprit des soignants. Une étude a effectivement mentionné que c'est en France que les mots *danger* et *fous*<sup>30</sup> sont le plus reliés.

Puisque nous abordons les notions de *fou* et de *dangerosité*, nous ne pouvons omettre les causes de l'évolution de la loi de 1990 : La Cour européenne des Droits de l'Homme et la stigmatisation. L'urgence de la réforme a été appuyée par la Cour européenne des Droits de l'Homme qui jugeait la loi précédente comme anticonstitutionnelle<sup>31</sup>. En effet, le médecin psychiatre était le seul en charge de la décision de la liberté du patient. Spécificité, de nouveau, du seul domaine de la psychiatrie. Dans le droit commun, tout citoyen privé de sa liberté d'aller et venir, avait accès au juge des libertés et de la détention alors que du côté de la psychiatrie le juge administratif était en charge de la forme, seulement, de l'hospitalisation sans consentement. Concernant la stigmatisation, on peut citer la médiatisation du drame qui a eu lieu en 2000 à Grenoble. Un patient soigné en psychiatrie avait poignardé au hasard un passant dans la rue, et causé sa mort, ce qui a appuyé cette image de violence et de dangerosité de la psychiatrie. Avec le concours également du discours d'Antony prononcé par le Président de la République. Ce discours insistant sur un système plus restrictif que libertaire concernant les patients soignés en psychiatrie, insistant d'autant plus sur l'amalgame entre malade mental et criminel<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Frédéric Rouillon Psychiatrie française et psychiatrie en France

<sup>30</sup> Gravier B, Moulin V, Senon J-L. L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. L'information psychiatrique [Internet]. 2012

<sup>31</sup> J. L. Senon, C. Jonas, M. Voyer Les soins sous contraintes des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011

<sup>32</sup> Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. L'information psychiatrique

Cette loi, a répondu aux deux questions de priorité constitutionnelle, dont la loi Evin, avait fait l'objet. Elle met en place des changements majeurs, tel que le contrôle de la procédure de façon systématique par un juge des détentions de la liberté après 12 jours d'hospitalisation. Elle met aussi en place une nouvelle mesure de soins sans consentement : les soins en péril imminent. Cette nouvelle mesure répond à la demande de soins en psychiatrie pour des patients isolés, en situation de grande précarité, permettant des soins psychiatriques en l'absence de tiers. La psychiatrie est dans ce cadre toujours en lien avec les exclus. Dans un premier temps pour les préserver d'un rejet d'humanité, la psychiatrie pense maintenant aux personnes qui sont exclues avec le temps mais qui demeurent en état de nécessité de soins.

La loi du 5 Juillet 2011, nommée « *loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », marque le rapprochement de la personne souffrante de troubles, anciennement *malade mental*, au citoyen, membre intégré de la communauté. C'est pourquoi cette loi « *insiste sur le fait que la personne prise en charge ne peut être considérée uniquement comme un patient incapable de consentir mais reste une personne humaine, un justiciable, un citoyen* »<sup>33</sup>. Cette loi est aussi imprégnée des principes européens. Un nouveau principe de responsabilité individuelle résulte de cette évolution.<sup>34</sup> La responsabilité n'est plus seulement celle du médecin qui prend soin du patient. Ce patient a maintenant une voix qu'il faut prendre en compte. Une distinction clinique avec une part législative dont il faut tenir compte. Cela reflète ainsi l'interrogation qui suit notre sujet d'étude à savoir : Comment est-il possible d'avoir une augmentation du nombre d'hospitalisations assorties de soins sans consentement (de 12% entre 2012 et 2015)<sup>35</sup> alors que la liberté et le point de vue des patients sont de plus en plus favorisés d'après les lois ? Nous tenterons un début d'élément de réponse après une analyse locale sur la ville de Marseille, puisqu'il semble paradoxal d'observer une favorisation de l'autonomie du patient dans sa prise en charge avec une augmentation des soins sans consentement. Les mesures introduites par la loi du 5 Juillet 2011 (péril imminent et programmes de soins) semblent provoquer une

---

<sup>33</sup> V. Dujardin, E. Pechillon La judiciarisation des soins psychiatrique : le point de vue du juriste

<sup>34</sup> <sup>7</sup>Rossini, Casanova Des lois sans consentements à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie

<sup>35</sup> Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.

hétérogénéité de la prise en charge, liée à une marge de manœuvre laissée au médecin et / ou l'absence de critères cliniques spécifiques.

La différence de la psychiatrie par rapport aux autres disciplines médicales, est son degré de liberté dans la prise en charge du patient. Ce qui peut paraître paradoxal puisqu'il s'agit d'une spécialité qui a possibilité de contraindre la liberté d'autrui.

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2013, le Juge Des libertés et de la Détention est le seul compétent pour connaître la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques. La recherche d'équilibre entre libertaire et sécuritaire est omniprésente concernant les soins sans consentement. Cet équilibre est en réalité un état d'équité dont l'importance doit être partagée avec le patient. On parle des droits des patients et de la possibilité d'accéder à leur dossier médical depuis la loi du 4 Mars 2002. Mais on pourrait même évoquer une charte des droits de l'Homme hospitalisé, où le garant désigné, par le psychiatre, doit faire la part entre la Responsabilité, la Sécurité et la Liberté. « *Plus on punit, plus on tente de soigner en impliquant les soignants*<sup>36</sup> ».

L'ensemble des reformes, des réflexions concernant les lois encadrant la psychiatrie au cours de ces années reflètent l'évolution de l'image de la psychiatrie d'un point de vue sociétal. Cette spécialité médicale, qui traite de la souffrance d'un individu et de son environnement, ne peut être séparée de l'évolution de la société. La question est alors de savoir ce qui a le plus de sens dans les soins : L'individu ou l'environnement ? Faut-il changer l'individu ou son environnement ? Peut-on simplement opposer l'un et l'autre sur la ligne du soin ? « *Il ne faut pas en démocratie faire de texte à part pour une catégorie d'hommes, au risque d'en faire des hommes à part* »<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> G. Berthom Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique

<sup>37</sup>G. Berthom

### II.1.1 Les politiques de santé mentale

Une société peut être jugée en fonction de la façon dont elle traite ses membres les plus faibles. Comme, il a été vu précédemment, le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux a évolué, aussi bien dans la perception de ces personnes que dans leur dénomination. Il est fait état de l'évolution capitaliste des sociétés européennes et de la part de l'autonomie qui est privilégiée<sup>38</sup>. Cette autonomie sociétale est ainsi redistribuée à tous les individus. Le patient atteint de maladie mentale, de troubles ou de souffrance psychique, est invité à prendre part à ses soins. Cependant, la distinction entre invitation et injonction est à interroger. On peut citer, par exemple, les programmes de soins qui sont une nouvelle possibilité de soins, en dehors d'un service d'hospitalisation en psychiatrie. Ce programme est mis en place dans le cadre des soins sans consentement, après la période initiale d'observation hospitalière de 72h. En effet, au détour d'une évaluation, si le patient ne se présente pas à ses rendez-vous dans le cadre du programme de soins, ce dernier peut être réadmis à l'hôpital. Le terme de *réintégrer* est bien évidemment évité pour ne pas faire d'analogie avec la prison. Même si le parallèle est souvent fait entre psychiatrie et prison par les patients, compte tenu de la restriction de liberté ressentie, à la différence de la prison où cette restriction est effective.

Les politiques sont menées en vue de préserver la population, et la population peut exercer un regard critique sur les politiques pratiquées. Une réévaluation des systèmes de santé est nécessaire pour favoriser une évolution constante des libertés. C'est ainsi que la communauté européenne a appuyé la demande de réforme concernant la loi de 1990 car celle-ci s'est révélée non conforme à la Constitution. De plus, la loi s'est appuyée davantage sur l'avis des associations d'usagers de la psychiatrie et de leurs proches plus que sur celui des soignants.

En résumé, les différentes réformes politiques de la santé mentale sont:

- Loi de 1838 : loi des aliénés.
- Circulaire 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Loi du 27 juin 1990 dite loi Evin : Relative aux droits et à la protection des personnes

---

<sup>38</sup> Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. avr 2012

hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

-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 psychiatrique et aux modalités de leur prise en charge

-Loi du 27 Septembre 2013, venant apporter des modifications à la loi du 5 juillet 2011.

-Loi du 26 Janvier 2016 : Modernisation du système de santé relative à l'isolement et à la contention.

La qualité de soins et l'importance éthique de la prise en charge de cet autre être se sont affinées au fur et à mesure. Que la présence d'un tiers soit effective ou non, cela a un impact sur notre comportement. L'appréhension du jugement possible, permet d'agir en fonction de l'approbation d'un meilleur comportement en société. L'évaluation se fait toujours en fonction d'autrui. L'évolution législative a d'abord créé une loi pour les aliénés, puis des droits aux personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux, pour ensuite être des soins aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Intéressons-nous aux soins psychiatriques sans consentements dans d'autres pays.

## II.2 D'un point de vue mondial

L'existence de soins sans consentement à un niveau mondial, montre alors que la folie n'est pas seulement dédiée à une société, une ethnie, une culture ou à un mode de pensée donné. Le questionnement concernant la folie est univoque. Comme le décrit Armelle Grenouilloux : « *la folie de l'autre soit l'expression de la possibilité de folie de tout membre du groupe* »<sup>39</sup>. Cette citation souligne la crainte de la folie qui est universelle. La défiance est liée à l'interrogation concernant la perte de contrôle de chacun et de la réaction possible face à une personne en détresse. Il est supposé que cet état mène à une détresse car il y a une perte de raison. Raison au sens analytique du terme. L'association des nombres, des mots et des idées n'est plus commune. Il y a des sensations altérées avec un impact des passions qui peut mener à une perte : perte de contact avec la réalité ou perte de l'intérêt de la vie selon les maladies prises en compte. La psychiatrie n'a pas de frontière précisément délimitée. Ceci contribue à la diversité des prises en charge ainsi qu'à son évolution et sa remise en question selon la société. Du statut de folie à celui de malade il y a eu là, une véritable révolution. Pourtant les soins sans

---

<sup>39</sup> A. Grenouilloux Ethique et normes en psychiatrie et santé mentale

consentement demeurent nécessaires à la prise en charge. En effet : le nombre de soins sans consentement est aussi en augmentation au niveau mondial.<sup>40</sup> Il persiste ainsi une appréhension qui engendre ce phénomène de retrait. Le retrait peut venir soit de la personne atteinte, d'où l'existence des soins en péril imminent, soit retrait de la société qui demande alors un avis extérieur : celui du psychiatre.

La maladie est bien une altération de la santé. La définition utopique de l'organisation mondiale de la santé est, certes, difficile à mettre en œuvre mais l'expansion de la diversité humaine montre bien une diversité de la santé humaine. Santé et folie ne sont pas opposées. Cependant, il est plutôt rassurant de prendre un état de bien être psychique comme faisant partie intégrante de la qualité de vie. Un premier écart avec des contraintes socioéconomique.

La politique des soins sans consentement diffère d'un pays à un autre. Mais ce qui est certain c'est qu'il n'existe pas de société, à proprement parler, aut centrée sur la folie. Cela signifie qu'il n'existe pas de société qui favorise la folie. La folie n'est pas une culture mondiale. Même si l'art produit par les patients est d'une réelle qualité et donne accès à une part énigmatique du cortex cérébral indécélable actuellement. La raison, comme la folie, n'a pas d'entité anatomique définie ou délimitée. Aucune équipe de recherche à ce jour, n'a pu montrer le fonctionnement ou le dysfonctionnement d'une aire cérébral à l'origine d'une improductivité. On parle ainsi, dans la démence, d'une diminution de substance grise, donc une perte de neurones mais pas d'entité anatomoclinique qui signe une pathologie de façon certaine. Ainsi la folie, définie comme une fragilité, au niveau mondial, n'a pas d'essence prédéfinie. Pour autant, l'essor mondial tend vers une désinstitutionalisation avec une diminution des lits dédiés à la psychiatrie. La recherche d'une diminution des soins sans consentement est présente par une recherche d'une diminution des contraintes possibles. Il n'existe aucun pays qui ne possède pas de soins sans consentement. Le contrôle de la cité semble toujours nécessaire. On peut parler de maintien de l'ordre public. L'intérêt de la pluralité devient supérieur à l'intérêt individuel lorsque la base est le maintien de l'ordre public. La liberté et la sécurité sont souvent liés car l'un détermine l'autre dans le sens du Gouvernement. Il y a une sorte de procuration de la liberté des individus en échange de leur sécurité dans la société.

---

<sup>40</sup> Nair V Indu, K Vidhukumar Asian Journal Determinant in Compulsatory admission 2016

Au niveau européen, la psychiatrie est étroitement liée à l'histoire, comme le démontre la difficulté d'obtenir des statistiques concernant des soins sans consentement en Allemagne après la réunification de l'Allemagne de l'Est et de l'Ouest.<sup>41</sup> Ou encore si l'on mentionne des épisodes de famine en France où de nombreux patients en institution psychiatrique sont décédés durant la seconde guerre mondiale sous le régime de Vichy. Sur le territoire européen, la procédure des soins sans consentement semble analogue. L'absence de capacité à donner son consentement et la présence d'un risque auto-agressif comme hétéro-agressif est pris en compte<sup>42</sup>. Ainsi malgré une différence de comportements ou d'idées, on ne peut pas être insensible à l'humanité d'autrui qui résonne à la nôtre. C'est pourquoi la recherche d'une compréhension de la mesure par la personne est toujours visée. Cette compréhension est transmise par le regard. Le lien ainsi établi fait appel à la préservation d'autrui et cela, même à une échelle internationale. Les émotions, la détresse font partie d'un mode de communication qui sont sans frontières, à l'image de la folie. Le champ lexical des soins sans consentement dans les différents pays renvoie à la notion d'absence de volonté du patient : il y a la santé mentale, les soins sans consentement, les admissions involontaires ou obligatoires : *salud mental* pour les Argentins, *compulsory admission* pour les Britanniques, *involuntary admission* pour les Nord-Américains. Après cette comparaison à d'autres pays, ayant des mesures législatives différentes, nous pouvons nous intéresser aux liens entre le patient, le médecin et le juge.

### II.3 Médecin et Juge

Le domaine médical et le domaine juridique possèdent une forte influence sociétale. En effet, toute société doit pouvoir s'appuyer sur ses lois, qui prodiguent une meilleure cohésion sociale et sur son système de santé pour préserver ses citoyens. Nous ne parlerons, ni de l'éducation, ni du système militaire qui constituent également les autres piliers de la société. L'influence des deux professions, est liée à leur ancienneté mais aussi à leur domaine de savoir qui n'est pas commun. Il nécessite un apprentissage supplémentaire. Cet apprentissage entraîne une meilleure compréhension des règles et mène donc à des compétences supplémentaires. Cela s'entend comme un semblant de pouvoir, défini comme la capacité à comprendre, lié à la

---

<sup>41</sup> Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe Hans- Joachim Haug Wulf Rössler

<sup>42</sup> Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. 2012 ;8

connaissance. Le vrai pouvoir est donc la capacité de décision fondée sur une capacité d'apprentissage. Ces professions font partie de celles où la personne se laisse guider dans le parcours de vie, parcours médical ou parcours juridique. Une appréciation est donnée dans le cadre médical comme un jugement dans le cadre juridique. Il ne s'agit pas d'un jugement de personnalité concernant le médecin, mais un jugement de la maladie. Cette maladie altère le comportement et la pensée du patient mais avec l'espérance que cela ne soit pas définitif.

Ce sont deux professions auxquelles tout individu espère l'évitement de la rencontre. Le premier représente la nécessité de soins face à la maladie, le second représente la faute commise. Deux situations auxquelles personne ne peut échapper. Maladie et jugement font partie de l'ensemble de l'histoire de l'humanité. Ces représentants, médecins et juges, ne sont pas opposés. Ils appartiennent simplement à des domaines différents. La conduite du médecin est encadrée par des lois. Il y a ainsi le Code de Déontologie, car tout savoir que le médecin possède doit être encadré par la loi. Même étant représentant de la société, le juge ne peut déroger à la maladie et aura besoin de l'assistance du médecin. On aborde ainsi le positionnement de ces professionnels. La position du psychiatre a évolué durant ces dernières décennies. Le paternalisme médical a cédé la place à la vision de l'autonomie du patient. Quant au juge, lui non plus, n'est pas au-dessus des lois, mais il veille à leur respect et leur application. Il a le devoir de sanction. Ce que ne possède pas le médecin, car ce dernier ne pourra pas sanctionner une maladie, même si le patient ne prend pas régulièrement ces traitements.

La modification législative, dans le contexte d'urgence, a été vécue avec appréhension par les soignants. L'ajout de certificats augmentait ainsi un temps administratif et diminuait le temps de soins. De même, le médecin était placé en situation de jugement concernant son travail face au juge. Par ailleurs, le juge pouvait lui aussi représenter une source d'appréhension pour les patients. Certains patients, non stabilisés, pouvaient voir en la personne du juge, une nouvelle source de persécution<sup>43</sup>. Pourtant, les objectifs de réassurance et de contrôle sont essentiels dans la procédure. Le citoyen est entendu. Ce qui conforte la priorité constitutionnelle de cette mesure. Les soins sans consentement répondent alors à une conformité législative applicable à tous les citoyens. L'individu est responsabilisé à tous les niveaux de la société, que cela soit en tant qu'individu de la collectivité mais aussi en tant que qu'individu nécessitant des soins.

---

<sup>43</sup>Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. L'Encéphale

Dès lors, malgré l'appréhension et la difficulté administrative supplémentaire de la nouvelle procédure, la passerelle entre Psychiatrie et Justice est nécessaire pour marquer le rapprochement des citoyens qui nécessitent des soins avec le reste des citoyens. Le médecin juge de la nécessité des soins, et dans cette procédure, le juge assiste le patient dans le contrôle et le respect de sa liberté. Cette diminution des clivages possède un élément de réassurance concernant l'intérêt égal pour autrui. C'est un premier pas pour diminuer ces disparités. La réflexion est nécessaire pour diminuer les phénomènes d'exclusion car la réflexion sur le sujet représente un intérêt à autrui. « *La médecine et le droit peuvent et doivent ainsi s'accorder sur le respect de l'humain, chacun dans son domaine* »<sup>44</sup>

Ainsi, dans le cadre des soins sans consentement, le domaine médical est soumis au contrôle du domaine judiciaire. Ce qui semble juste et nécessaire car : « *il est essentiel que le système de santé ne soit pas à la fois juge et partie dans la restriction et l'atteinte aux droits* ». <sup>45</sup> L'intervention du juge, permet une triangulation des soins. Cette triangulation est un atout majeur puisque cela permet d'éviter une attitude omnipotente du médecin. Décharger de la restriction d'aller et venir, le médecin communique alors son inquiétude et la nécessité de soins dont les patients doivent bénéficier. Il s'agit d'une urgence, et non d'une simple évaluation standard. Le juge est là pour démontrer au patient la légalité de la procédure, mais surtout pour assurer à ce dernier que les soins ne sont pas dans le but de desservir son état mais bien de servir ses intérêts généraux. Le patient, objet des soins sans consentement, est ainsi traité comme tout citoyen, porteur de droit, dont la privation de liberté doit être argumentée et soumise au regard du Juge dont le patronyme *Juge des Libertés et de la Détention*, peut impressionner tant ce patronyme semble lié à l'incarcération. L'alliance de la médecine et de la justice répond finalement à la devise de la France concernant la liberté, l'égalité et la fraternité car : « *La liberté constitue légalement un principe fondamental.* »<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. L'information psychiatrique

<sup>45</sup> A.Baleige, N.Pastour Proposition pour un observatoire de la contrainte et des libertés en santé mentale

<sup>46</sup> I.Rome: Pour un juge garant de la liberté de la liberté individuelle de chaque patient  
Jean Jacques Kress Rapport de Belmont

### II.3.1 Les certificats

L'ensemble de la procédure des soins sans consentement s'établit sur des certificats. Ces documents attestent de l'état clinique du patient lors de l'entretien et de l'évaluation médicale. Les médecins tiennent le rôle d'évaluateur dans le domaine de la santé, tandis que le respect de la procédure et de la liberté est détenu par les juges. Ces deux domaines se réunissent pour prendre en charge le patient dans sa globalité : en tant que patient et en tant que citoyen. Cependant, bien que les rôles soient répartis et appliqués, il serait naïf de penser qu'un psychiatre a plus de facilité à priver un individu de sa liberté, ou plus de facilité à le contraindre aux soins. Cette mesure exceptionnelle représente toujours un dilemme dans la prise en charge. C'est même réconfortant de pouvoir faire appel à la confirmation de son supérieur pour évaluer la capacité du consentement du patient. Le texte de loi fait référence au cadre des soins sans consentement de la façon suivante : « *Soins sans consentement nécessitant une prise en charge avec des soins immédiats dont les troubles mentaux ne peuvent donner lieu au consentement.* » Les certificats représentent ainsi des notifications d'urgence, du médecin au juge, rapportant que le temps des soins ne peut pas être décalé. Les troubles avancés sont hors normes. Tellement hors normes, que les soins pour que le patient retrouve un semblant de sens, doivent s'imposer. L'impartialité est respectée dans le cadre des soins sans consentement. Les certificats sont rédigés par des médecins différents, provenant d'établissement différent. La souffrance est imposée, les soins sont imposés. Cela laisse peu de place de réflexion au patient.

Dans quelle partie cérébrale se trouve alors le consentement ? Faut-il être en accord avec le psychiatre pour attester de l'absence de troubles mentaux. Question certes, provocatrice mais appuyant notamment sur les différences d'évaluation au sein de la pratique psychiatrique.

### II.3.2 Le consentement

Le consentement au soin est donc la pierre angulaire entre les soins libres et les soins sans consentement. « *Un premier principe qui sous-tend le consentement aux soins est le « droit à l'autonomie » et du « droit à l'autodétermination »*<sup>47</sup>. L'erreur serait de penser qu'il faut être absolument en accord avec le psychiatre, l'évaluation du consentement n'est pas l'évaluation du patient qui accepte aveuglément les décisions du psychiatre. L'autonomie, dans ce cadre,

---

<sup>47</sup> AL.Netu , M.Jean Consentement aux soins, nouveau défi dans le contexte de mondialisation

sonnerait comme une tyrannie et serait à l'opposé des soins. Il est essentiel, lors de la rencontre du patient avec le psychiatre, de remettre en lien le patient avec son vécu. Même s'il est parfois nécessaire de remettre à plus tard la résolution de nos préoccupations, celles qui ont un impact sur le sommeil, l'alimentation, l'humeur et le comportement, indiquent une perte de contrôle. La rencontre avec un tiers, considéré comme spécialiste de la maladie mentale, marque un point de questionnement important dans la résolution des inquiétudes et le retour au contrôle. C'est une prise de conscience, vis-à-vis de la situation qui ne peut pas être remise à plus tard. « *Le consentement ne peut se résumer à la simple recherche de l'approbation du malade* »<sup>48</sup>

Le psychiatre, représentant de la prise en charge en psychiatrie, n'est pas un évaluateur de la normalité. Il n'indique pas quel comportement avoir, ni quelle pensée préserver. Cette fonction utopique, fantasmée par la politique, ne peut pas s'appliquer à cette spécialité car le maître mot reste l'autonomie du patient. Accompagner, cet autre être, sur ses moments d'écueil et être présent dans l'écoute et l'expression de cette souffrance, constituent le noyau de la spécialité. « *La notion de consentement doit ainsi être rattachée au projet qu'elle englobe, et n'a de sens que rapportée au particulier* »<sup>49</sup>. La parole, les traitements, les équipes, l'hospitalisation, les proches, l'ensemble de ces éléments représentent le soin.

### II.3.3 L'évaluation du consentement

« *La notion de consentement doit être rattachée au projet qu'elle englobe* »<sup>50</sup> ; cette citation indique que les soins sans consentement ne sont pas figés sur un seul instant. Il ne s'agit pas d'un choix binaire, unique, concernant l'adhésion à une prise en charge. Tout projet est évolutif et nécessite une capacité d'adaptation à l'objectif poursuivi. Le consentement est recherché à tout instant. Quand bien même, l'existence des troubles mentaux rend cette alliance plus difficile, il est important d'évaluer si ces troubles empêchent la préservation de l'individu. Le patient doit être en état de faire des choix de ce qui pourrait être bénéfique pour lui à long terme. Tout individu recherche un bénéfice. Même dans le cadre du suicide, c'est le

---

<sup>48</sup> Place de l'information dans le consentement aux soins des patients schizophrènes. A propos d'une enquête réalisée auprès de 74 psychiatres du Val de Marne  
J.Gremion, S.Mantelet, P.Hardy

<sup>49</sup>Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations.

<sup>50</sup> A.Braitman,M-J Guedj, Dauriac-Le Masson Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement

soulagement instantané de la souffrance qui est recherché. Cependant, lorsqu'une personne est débordée par ses pensées, débordée par des préoccupations qui empêchent toute avancée du vécu, la capacité de décision est altérée, ne serait-ce que pour son bien-être. C'est là qu'interviennent les soins sans consentement. Il s'agit d'amener le patient à retrouver son autonomie afin qu'il puisse faire le choix parmi les différentes possibilités qui s'offrent à lui. Consentir serait synonyme d'*adhérer à*. Mais étymologiquement il s'agit de *produire du sens à plusieurs*<sup>51</sup>. En cela, le protocole des certificats respecte cette recherche de « *sens à plusieurs* » dans les soins. Un avis est demandé de façon répétée à différents médecins dans les premiers 72 heures. La levée du soin sans consentements est, à tout moment, possible. Cette adhésion reflète la compréhension de l'intérêt de celui-ci mis au-delà de l'intérêt de l'individu. Car la confrontation d'individu à individu disparaît. Il s'agit de répondre à la demande de l'intérêt d'un tiers, car c'est la vocation des soins. Tout individu est dans un rapport de confrontation selon Hobbes<sup>52</sup>. On ne peut pas préserver l'autre au détriment de soi.

#### Le protocole des certificats de soins sans consentement

Dans le cadre des soins sans consentement, il existe deux grandes mesures :

- Les SDDE : Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement
- Les SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat

La principale différence entre ces deux mesures est la notion de trouble à l'ordre public. Lorsque ce trouble est présent (soit le cadre des SDRE), le Préfet est en capacité de prononcer des soins sans consentement. Dans le cadre de notre étude, les Soins sur Décisions du Directeur de l'Etablissement sont les mesures prioritaires qui seront analysées. Nous verrons à travers les graphiques l'absence d'augmentation des SDRE à la différence des soins sur Décisions du Directeur de l'Etablissement.

Concernant les SDDE, trois mesures sont possibles :

- Les Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)
- La procédure d'urgence. (SDTu)
- Le Péril imminent (PI)

---

<sup>51</sup> Pignon, Rolland, Tebeka Critère de soins psychiatriques sans consentement Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations

<sup>52</sup> Léviathan Hobbes

Les Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) : l'existence de deux certificats médicaux et l'attestation de nécessité de soins par une personne proche du patient, sont demandés.

La procédure d'urgence (SDTu) : Elle ne nécessite qu'un seul certificat médical, qui peut émaner d'un médecin faisant partie de l'établissement d'accueil. La lettre d'un tiers confirmant la nécessité des soins est également demandée.

Enfin le péril imminent (PI), nouvelle mesure introduite par la loi du 5 juillet 2011, permet une prise en charge des soins sans consentement en l'absence de tiers. Cette mesure répondant à la demande des personnes isolées qui ne pouvaient pas bénéficier de soins. La présence d'un péril imminent doit être attestée par le certificat médical. Le certificat ne peut pas être émis par un médecin faisant partie de l'établissement d'accueil. (En annexe, un tableau récapitulatif <sup>53</sup>

Les certificats de la loi du 5 Juillet 2011 maintiennent l'absence de connivence entre médecins pour préserver l'impartialité de l'évaluation médicale des soins. La multiplication des certificats, ainsi que la règle du médecin ne devant pas faire partie de la structure, rendent les procédures plus contraignantes d'un point de vue administratif. Pourtant la multiplicité de l'évaluation médicale, permet cette réflexion à plusieurs. C'est une garantie supplémentaire de l'absence d'omnipotence du psychiatre concernant une seule prise en charge. Trois certificats médicaux sont établis durant une période d'observation de 72h. Le patient rencontre divers professionnels qui réévaluent la situation et donc le consentement du patient. Cette répétition peut être fastidieuse mais elle fait partie du soin. Le patient peut donc exprimer son positionnement sur la situation et s'apercevoir de la mobilisation qui est faite dans le cadre des soins. La recherche de son propre bénéfice est explicite et cela peut déclencher le début de l'alliance thérapeutique.

Après ce préambule sur la psychiatrie, et l'intérêt porté à son évolution législative, nous pouvons poursuivre avec l'étude analytique observationnel transversal des soins sans consentement dans la ville de Marseille.

---

<sup>53</sup> Agathe Berly; Cécile Manaouil Les soins sans consentement en psychiatrie : rédaction du certificat initial

## **Chapitre III : Analyse locale des soins sans consentement**

D'un point de vue pragmatique, un territoire possède des limites définies par des frontières. Ces frontières sont, quant à elles, définies soit par des éléments naturels, soit par l'homme. Un territoire peut être analysé à différents niveaux : national, régional, local ou micro territorial. Les soins sans consentement, au niveau national ont été analysés dans des études précédentes. Il a été démontré une augmentation des soins sans consentement de 2012 à 2015 d'environ 15% avec une hétérogénéité selon les régions<sup>54</sup>. Une analyse à un niveau local est donc ici proposée pour commencer une réflexion sur les différents éléments à l'origine de cette disparité.

### **III.1 Lieu d'Etude : Marseille**

L'analyse épidémiologique présente, se concentre sur le territoire d'étude de Marseille. Le choix d'une analyse micro territoriale a d'abord été déterminé sur des critères de faisabilité. Il s'agit également d'une première étude sur les soins sans consentement au niveau microscopique pour une comparaison par la suite au niveau macroscopique : au niveau national.

Depuis la circulaire du 15 mai 1960, la psychiatrie est divisée en secteurs. Cette sectorisation a pour but de valoriser une prise en charge de proximité. La sectorisation de la psychiatrie a pour objectif une meilleure réinsertion du patient dans son environnement. Concernant la population à Marseille, la ville est divisée en seize arrondissements. Chaque arrondissement bénéficie d'un Centre Médico Psychologique (CMP) qui est rattaché à un service hospitalier. Cette prise en charge, extra hospitalière, a pour but une prévention et une prise en charge en dehors des murs de l'hôpital. Ce qui participe à une diminution de la stigmatisation de la psychiatrie et participe au principe d'équité puisque toute personne peut

---

<sup>54</sup> Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.

bénéficier de soins à proximité. Les arrondissements de Marseille sont distincts par la population qui les compose. Une première différenciation au niveau infra-local a donc dû être réalisée afin d'atténuer la variable des facteurs socio-économiques.

La comparaison des différents arrondissements s'est appuyée sur des facteurs socio-économique regroupés par l'étude de l'INSEE en 2006-2007<sup>55</sup>. L'indice de fragilité présenté par chaque arrondissement, a permis une comparaison d'arrondissement par arrondissement et donc de répartir les arrondissements en grands groupes de prise en charge. Ainsi le 1er arrondissement présente une population différente de celle du 14<sup>ème</sup> arrondissement (annexe 1). Ces facteurs socioéconomiques sont représentés par des facteurs de vulnérabilité. Pour diminuer cette différence, une comparaison entre les secteurs présentant des populations semblables a été privilégiée. Le facteur de vulnérabilité est ainsi basé sur huit indices : taux de chômage, part des demandeurs d'emploi de longue durée, taux bénéficiaires du RMI, part des allocataires dépendant au minimum à 50% des prestations CAF, 2<sup>ème</sup> décile de revenu, part des bas niveaux de qualification, poids des emplois précaires, part des familles monoparentale de 3 enfants et plus. Afin d'intégrer cette variable à des données statistiques, un regroupement des arrondissements s'est également appuyé sur l'indice de défavorisation fournie par Mme Pauly (Annexe n°2). Ainsi, sur l'indice de fragilités :

Le 1er et 2<sup>ème</sup> arrondissement sont comparables.

Le 3<sup>ème</sup> arrondissement possède l'indice de fragilité le plus important.

Le 4, 5, 6,10 et 11<sup>ème</sup> arrondissement sont comparables.

Le 13 et 16<sup>ème</sup> arrondissement sont comparable.

Le 14<sup>ème</sup> et les 15<sup>èmes</sup> arrondissements sont comparables.

Les 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> sont comparables.

Les différents arrondissements sont répartis sur différents Centres Hospitaliers Psychiatriques. Les principaux centres hospitaliers qui ont une fonction publique sont : Le Centre Hospitalier Psychiatrique de la Conception, l'Hôpital de Sainte Marguerite, le Centre Hospitalier de Valvert, le Centre Hospitalier d'Edouard Toulouse. Il existe ainsi une répartition des différents arrondissements de Marseille par Centre Hospitalier.

---

<sup>55</sup> Fragilités socio-économiques et dynamisme de l'emploi. Observatoire de l'emploi et du développement socioéconomique

La Conception est en charge : 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, et 7<sup>ème</sup> arrondissement

Sainte Marguerite : 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> arrondissement

Valvert : 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissement

Edouard Toulouse : 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille.

L'offre de soins en psychiatrie est divisée par une prise en charge publique et une prise en charge libérale. Seulement, pour les soins sans consentement, la prise en charge initiale ne peut s'effectuer que dans un établissement accrédité pour la prise en charge. Ainsi un patient, en soins sans consentement, ne pourra pas être hospitalisé dans une clinique. Il bénéficiera dans un premier temps d'une prise en charge à l'hôpital.

### III.2 Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude analytique observationnelle de 2015 à 2017. Les données sont antérieures à la date de début de l'étude. Chaque patient, lors d'un séjour hospitalier possède un numéro d'identification qui permet de tracer son parcours de soins. Cette identification est également cotée comme étant en soins libres ou en soins sans consentement. Les différentes modes de prise en charge codifient la possibilité du patient d'être en état de consentir aux soins administrativement parlant.

Les patients inclus sont les patients hospitalisés en psychiatrie adulte dans les 4 établissements de psychiatrie cités précédemment. Les critères d'inclusions sont tous patients hospitalisés en temps plein dans les différents services en charge des arrondissements de Marseille.

Les patients exclus de l'étude sont les patients ayant une résidence en dehors des arrondissements de Marseille, et ceux pris en charge en hôpitaux de jour ou de semaine.

Les plateformes de données de la RIMP, de l'ATIH ont été utilisées pour recueillir les différentes données de l'étude. Les données individuelles recueillies sont l'arrondissement, le diagnostic, le nombre de jours en hospitalisation, le type de soins dans l'établissement. Le recueil des hospitalisations s'est effectué grâce aux services de Direction Informatique des Centres Hospitaliers.

Le critère de jugement principal était la présence de soins sans consentement. Les critères de jugement secondaire ont été les différents types de mesures, les diagnostics, le nombre de jours en soins dans l'établissement.

Le recueil préalablement effectué démontre le nombre de séjour par arrondissement et par établissement. Pour éliminer le nombre de séjour pour une même personne, le premier séjour a été conservé.

Deux sections de résultats seront présentées : une analyse en valeurs absolues et une analyse statistique. L'analyse en valeurs absolues, permettra une analyse globale des résultats obtenus avec une évolution possible année par année. Le taux de recours aux soins sans consentement a été calculé en réalisant le rapport du nombre de soins sans consentement sur la population de l'arrondissement, le tout multiplié par 100 000 pour une comparaison à l'échelle nationale possible. Des modèles d'analyse hiérarchique ont été utilisés pour permettre la prise en compte des facteurs secondaires : l'indice de fragilité, l'encadrement des soins, le nombre de médecins par secteur de prise en charge. La partie statistique, plus restrictive, permettra de confirmer ou d'infirmer notre suspicion concernant la problématique posée.

#### Données générales par arrondissement

##### 1. La population

Afin de comparer des arrondissements et mettre en avant les disparités qui dépendent dans un premier temps de l'environnement, nous avons choisi d'inclure les variables démographiques suivantes :

- la population par arrondissement (selon les données de l'Insee de 2014)
- la part de population immigrée par arrondissement
- la part de ménage isolé par arrondissement (Annexe n°3)

##### 2. L'encadrement des soins

Le nombre de médecins en charge des secteurs d'hospitalisation en temps plein de chaque arrondissement a pu être recueilli grâce aux services des ressources humaines des trois sites de soins psychiatrique publiques de la ville de Marseille. Un taux d'encadrement a été également défini. Ce taux inclut la somme des cadres infirmiers, des infirmiers et des psychologues de chaque service, par arrondissement. (Annexe n°5) Cet indice n'a jamais été étudié jusqu'alors pour les soins sans consentement. Mais la répartition médicale étant différente d'une région à une autre, l'analyse à un niveau local semblait pertinente.

### 3. Le diagnostic (Annexe 6)

Pour chaque patient, le diagnostic principal a été recueilli. Cependant, le recueil n'a pas pu être affilié à tous les patients de l'étude. Deux centres de prises en charge ont fourni les diagnostics affiliés. Afin de réaliser une comparaison des arrondissements avec la part des prises en charge des patients atteints de schizophrénie, les données de l'ARS concernant le nombre de patients hospitalisés en temps plein sur les trois sites d'étude et le nombre de diagnostics déclarés ont été ajoutés dans la base de données. La part des patients avec un diagnostic de psychose diffère d'un arrondissement à l'autre. Cette analyse avec les données de l'ARS permettra de pallier aux défauts de recueil de données des diagnostics de l'étude.

L'analyse d'arrondissement par arrondissement à un niveau statistique nécessite des réajustements. L'analyse s'est effectuée sur les données individuelles. La comparaison des arrondissements s'est effectuée sur la base du facteur de défavorisation fournie par Mme Pauly avec le regroupement des arrondissements en quatre grands groupes :

F1 : Les arrondissements défavorisés du centre-ville 13001 13002 13003

F2 : Les quartiers Nord de Marseille 13013 13014 13015 13016

F3 : Les quartiers favorisés du centre-ville 13004 13005 13010 13011

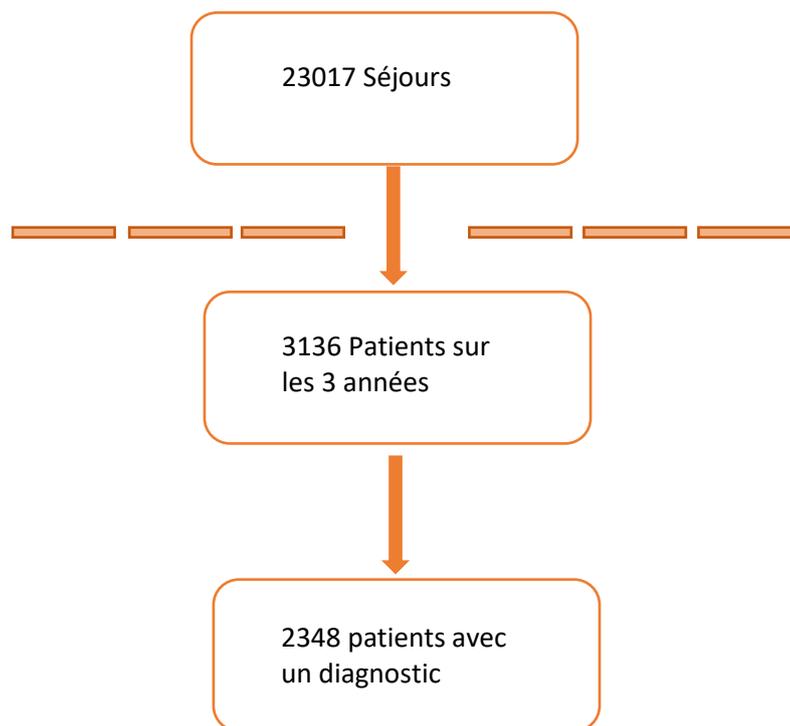
F4 Les arrondissements les plus favorisés : 13007 13008 13009 13012

Cet indice de défavorisation est interprété comme suit : plus le facteur est positif, plus la défavorisation est importante dans l'arrondissement. (Voir deuxième tableau de l'annexe n°3)

### III.3 Résultats

Les données recueillies sur les trois années ont permis de recenser plus de 23 017 séjours. Une première partie des résultats met en forme les données absolues avant une analyse statistique, car les informations concernant l'âge des patients n'était possible que pour 2348 patients

Flow chart



### III.3.1 Observations en valeurs absolues

Les résultats présentés sont dans l'ordre

- 1 Les soins en psychiatrie : répartition générale par type de soins et par sexe
- 2 Les Soins à la demande du directeurs d'Etablissement
- 3 Le taux de recours par arrondissement

#### 1.1 Observations générales

Sur les trois années d'études, la proportion des soins sans consentement (20%) n'a pas augmenté sur l'ensemble des arrondissements de Marseille.

Années/ Soins	SL	SDDE	SDRE	398	Total général	% SDDE	% SDRE	398
<b>2015</b>	5705	1531	505	35	7776	20%	6%	0%
<b>2016</b>	5689	1593	455	37	7774	20%	6%	0%
<b>2017</b>	5626	1478	344	68	7516	20%	5%	1%
<b>Total général</b>	<b>17020</b>	<b>4602</b>	<b>1304</b>	<b>140</b>	<b>23066</b>			

La majorité des soins en psychiatrie reste des soins libres. La part des soins sans consentement, qui regroupent les soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) et les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE), représente 1 séjour sur 4 selon notre base de données sur les 3 années.

Détaillons, les différents soins sur décisions du directeur de l'établissement (SDDE)

	SL	DT	TU	SPI	Total général	%DT	%TU	%SPI
<b>2015</b>	5705	153	976	402	7776	2%	13%	5%
<b>2016</b>	5689	167	980	446	7774	2%	13%	6%
<b>2017</b>	5626	146	952	380	7516	2%	13%	5%
<b>Total général</b>	<b>17020</b>	<b>466</b>	<b>2908</b>	<b>1228</b>	<b>23066</b>			

La part des SDDE reste majoritaire pour les soins à la demande d'un tiers (en procédure commune et en procédure d'urgence). La procédure de demande de soins en urgence avec le

tiers (soit un seul certificat médical) est la procédure majoritaire. Cette analyse est une analyse générale, pour l'ensemble des arrondissements de Marseille. La part des soins en péril imminent est stable sur l'ensemble des trois années. (Dans le tableau présenté, la part des SDRE a été retranché pour une meilleure lisibilité)

Pour les soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE), l'ensemble des soins est composé : des soins à la demande du préfet, des soins dans le cadre d'ordonnance de placement provisoire ainsi que les soins dans le cadre des irresponsabilités pénales.

	<b>SDRE</b>	<b>OPP</b>	<b>IP</b>	<b>Total général</b>	<b>%RE</b>	<b>%OPP</b>	<b>%IP</b>
<b>2015</b>	435	5	65	7776	6%	0%	1%
<b>2016</b>	386	4	65	7774	5%	0%	1%
<b>2017</b>	277	4	63	7516	4%	0%	1%
<b>Total général</b>	<b>1098</b>	<b>13</b>	<b>193</b>	<b>23066</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>

Pour les soins aux détenus, la proportion est négligeable sur les trois années.

	<b>398</b>	<b>Total général</b>	<b>398%</b>
<b>2015</b>	35	7776	0%
<b>2016</b>	37	7774	0%
<b>2017</b>	68	7516	1%
<b>Total général</b>	<b>140</b>	<b>23066</b>	<b>1%</b>

➤ 1.2 Répartitions Hommes Femmes

➤ 1.2.1 En soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE)

	<b>SDDE H</b>	<b>SDDE F</b>	<b>%H</b>	<b>%F</b>	<b>Total général</b>
<b>2015</b>	949	582	62%	38%	1531
<b>2016</b>	998	595	63%	37%	1593
<b>2017</b>	895	583	61%	39%	1478
<b>Total général</b>	<b>2842</b>	<b>1760</b>	<b>62%</b>	<b>38%</b>	<b>4602</b>

Les hommes sont majoritaires concernant les soins sans consentement par rapport aux femmes. Cette répartition de 60% pour les Hommes et 40% pour les femmes se retrouve dans les sous-types de soins à la demande du directeur d'établissement. Le détail des répartitions selon les différents types de soins se trouvent en annexe. (Voir tableau 1)

➤ 2. Les Soins à la Décision du Directeur de l'Établissement

Les soins en psychiatrie peuvent être divisés en deux grandes catégories. Les soins libres et les soins sous contraintes. Dans la catégorie des soins sous contraintes, il y a les soins à la demande du Préfet, qui est le représentant de l'État (SDRE), et les soins sur décisions du Directeur de l'établissement (SDDE), ils représentent l'ensemble des soins établis par les certificats médicaux. Les psychiatres sont donc à l'origine de l'établissement de soins sans consentement. Dans les tableaux précédents, une présentation des soins concernant la ville de Marseille a été effectuée. Ce qui nous intéresse est cependant une analyse des soins arrondissement par arrondissement pour noter les premières différences sur les trois années de l'étude.

## 2.1 Arrondissement par arrondissement

Le pourcentage des SDDE dans la part des soins en psychiatrie a été représenté pour chaque arrondissement. Les tableaux du nombre de séjours en soins sans consentement année par année et arrondissement par arrondissement se trouvent en annexe.

### ➤ 2.1.1 Evolution de la part des SDDE par arrondissement sur les 3 ans

<b>%SDDE</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>13001</b>	17%	24%	18%
<b>13002</b>	26%	23%	18%
<b>13003</b>	23%	19%	16%
<b>13004</b>	19%	15%	20%
<b>13005</b>	15%	19%	22%
<b>13006</b>	19%	18%	16%
<b>13007</b>	17%	25%	21%
<b>13008</b>	19%	19%	24%
<b>13009</b>	22%	26%	21%
<b>13010</b>	23%	22%	20%
<b>13011</b>	16%	19%	17%
<b>13012</b>	19%	28%	18%
<b>13013</b>	21%	23%	26%
<b>13014</b>	26%	23%	18%
<b>13015</b>	16%	17%	17%
<b>13016</b>	24%	13%	28%
<b>Total général</b>	20%	20%	20%

➤ 3. Recours aux soins par arrondissement

Ces premiers résultats permettent de définir un taux de recours aux soins sans consentement par arrondissement. Pour que ce taux soit comparable d'un arrondissement à l'autre, le nombre total des soins à la demande du directeur de l'établissement a été rapporté à la population de l'arrondissement.

	Recours aux SDDE pour 100 000habitants		
	2015	2016	2017
13001	284,05423	444,15752	351,194
13002	431,20819	427,17821	314,339
13003	247,50819	245,27839	211,831
13004	227,27742	185,95426	219,013
13005	208,21259	238,26389	244,703
13006	162,09359	140,95095	126,856
13007	74,550625	129,77331	88,3563
13008	103,5916	104,85491	121,278
13009	173,0721	145,32771	124,189
13010	153,27103	157,00935	149,533
13011	101,00658	95,782104	83,5917
13012	82,671958	77,71164	49,6032
13013	160,22497	163,49487	177,664
13014	188,86827	215,14559	154,379
13015	223,49818	260,54208	240,785
13016	311,41869	149,94233	363,322

Echelle SSC

44,9 à 118,4
118,5 à 159,7
159,8 à 193,3
193,4 à 244,4
244,5 et plus

Pour une comparaison bibliographique des soins sans consentement, l'échelle de recours est identique.

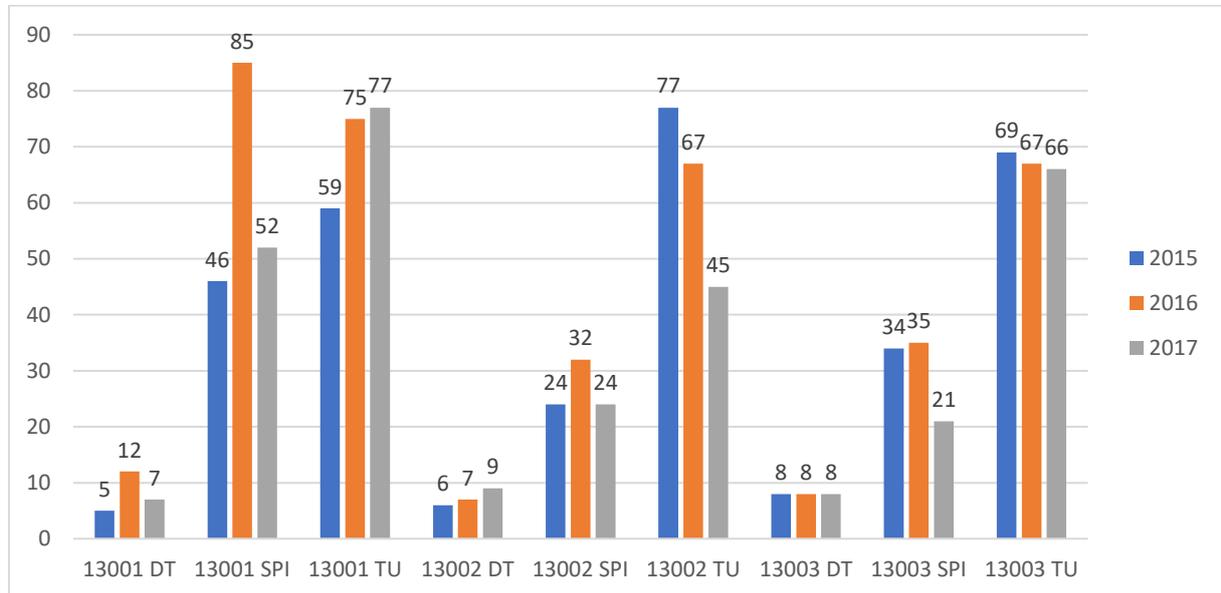
Recours aux SDDE pour 100 000habitants			
	2015	2016	2017
13001	284,05423	444,15752	351,19432
13002	431,20819	427,17821	314,33868
13003	247,5082	245,27839	211,83134
13004	227,27742	185,95426	219,01279
13005	208,21259	238,26389	244,70346
13006	162,09359	140,95095	126,85585
13007	74,550625	129,77331	88,356297
13008	103,5916	104,85491	121,27797
13009	173,0721	145,32771	124,18914
13010	153,27103	157,00935	149,53271
13011	101,00658	95,782104	83,591655
13012	82,671958	77,71164	49,603175
13013	160,22497	163,49487	177,66442
13014	188,86827	215,14559	154,37928
13015	223,49818	260,54208	240,78533
13016	311,41869	149,94233	363,3218

Dans ce tableau, plus le nombre de mesures pour 100 000 habitants est élevé, plus la couleur est chaude. Ainsi le 11<sup>ème</sup> arrondissement à un taux de recours inférieur à 120 mesures pour 100 000 habitants (vert) alors que le 1<sup>er</sup> arrondissement possède un nombre de mesure supérieur à 250 mesures pour 100 000(rouge).

On remarque ainsi qu'un arrondissement peut changer de classe de taux de recours selon l'année. Les extrêmes du taux de recours, aussi bien les plus élevés que les plus bas, ne changent pas de classe sur les trois années. Une dernière sous analyse pour les séjours a été effectuée afin de comparer les arrondissements appartenant à la même classe du taux de recours pour observer la part des soins sans consentement de chaque catégorie de soins à la demande du directeur d'établissement.

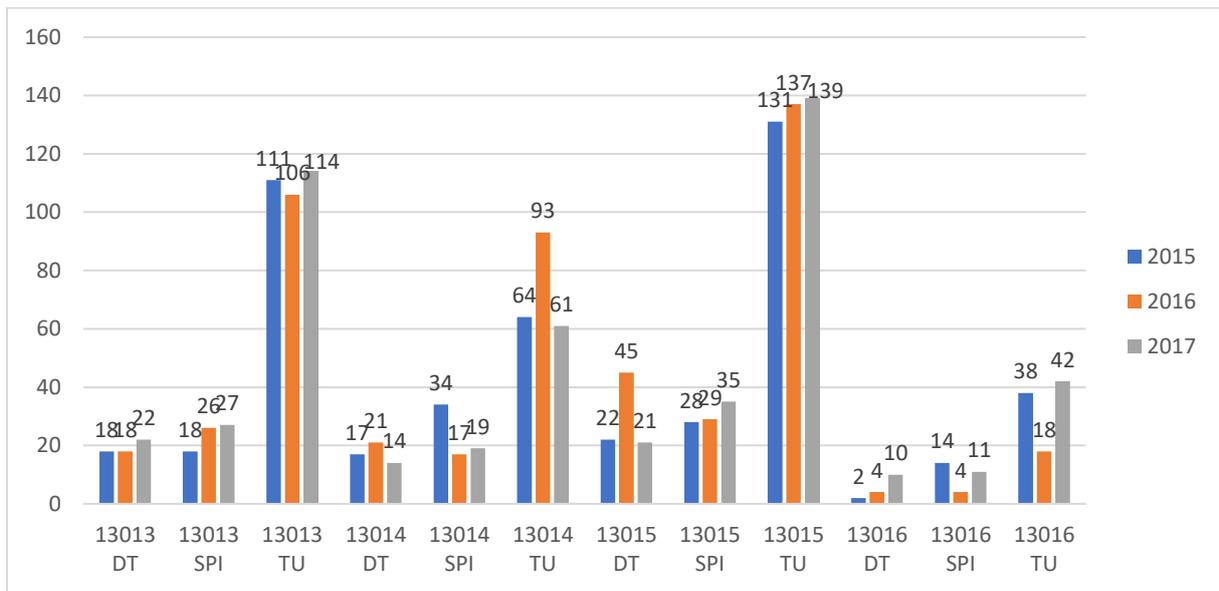
➤ 4Analyse par groupe de facteur

F1 : Les quartiers défavorisés du centre-ville 13001 13002 13003



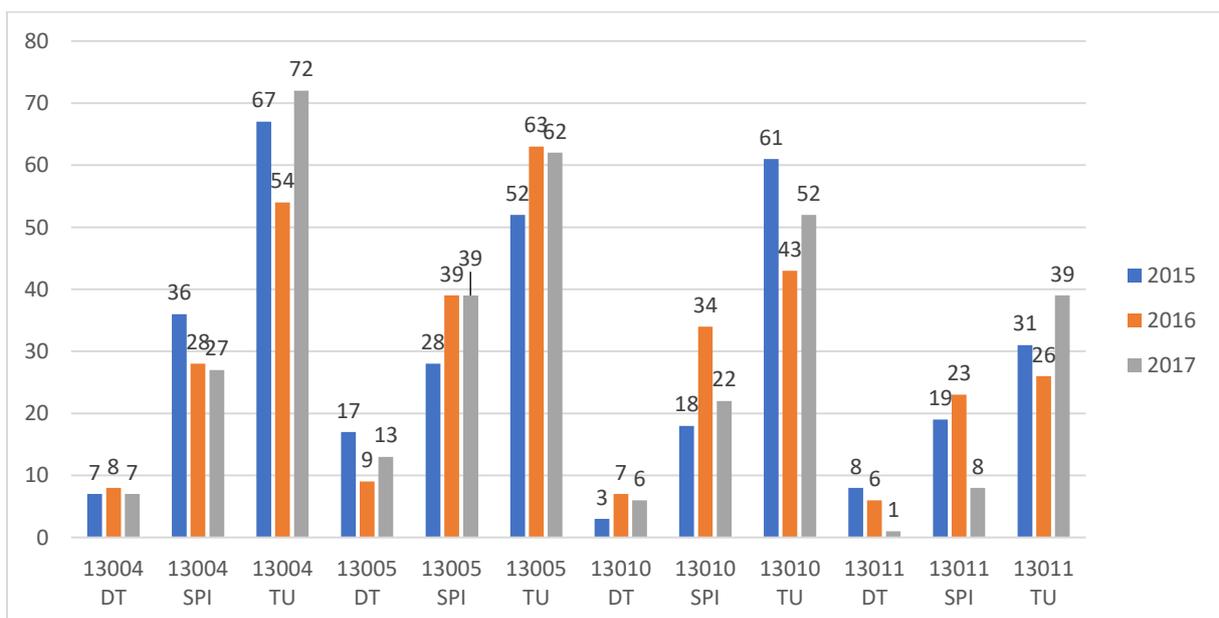
Pour les procédures de soins à la demande d'un tiers en urgence le 1<sup>er</sup> arrondissement à une augmentation des soins tandis que le 2<sup>ème</sup> arrondissement voit une diminution des soins. Le 3<sup>ème</sup> arrondissement connaît également une diminution, cependant moins marquée, que dans le 2<sup>ème</sup> arrondissement. Concernant les soins en péril imminent, le 3<sup>ème</sup> arrondissement marque une diminution tandis que les deux autres arrondissements marquent une évolution en dents de scie.

F2 : Les quartiers Nord de Marseille 13013 13014 13015 13016



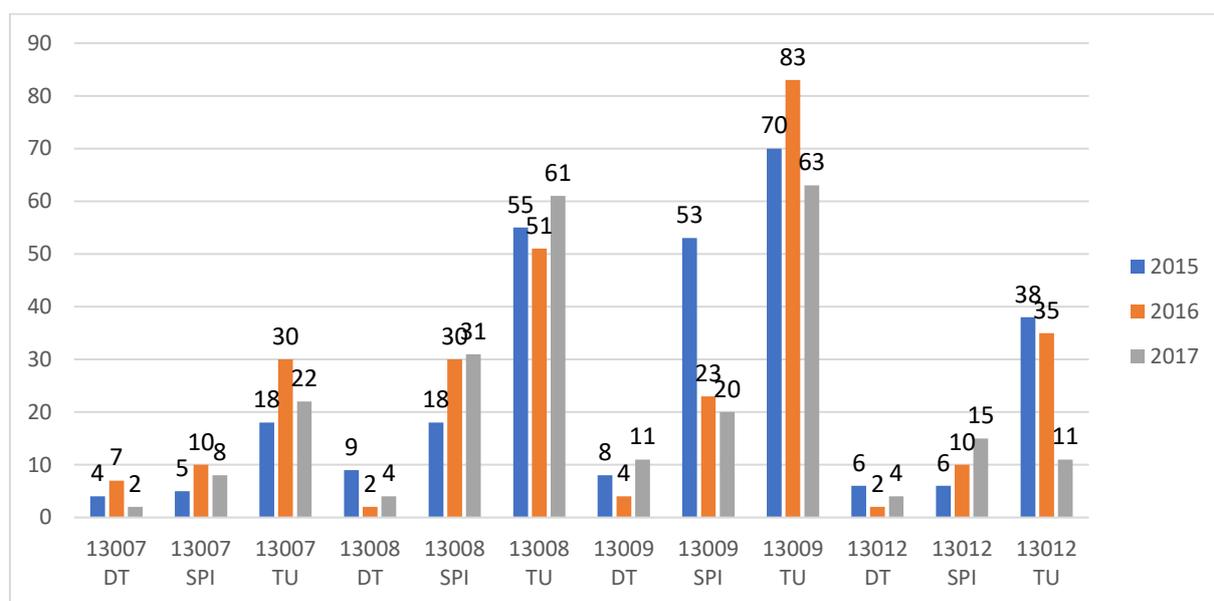
La part des soins sans consentement dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement est la part la plus faible des soins sans consentement. L'évolution des soins pour le 16<sup>ème</sup> arrondissement n'est pas linéaire concernant les trois types de soins. La comparaison des ces 4 arrondissements montre une différence importante concernant les types de soins, bien qu'il s'agisse du même centre hospitalier et que les facteurs de défavorisation soient identiques. Les soins en péril imminent sont en augmentation dans le 13<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> arrondissement

F3 : Les quartiers favorisés du centre-ville 13004 13005 13010 13011



Le 11<sup>ème</sup> arrondissement est le premier arrondissement pour lequel les soins en péril imminent sont proches des soins à la demande d'un tiers en urgence. A la différence des autres facteurs de fragilité, le nombre de soins sans consentement reste inférieur à 80. Alors que dans les précédents graphiques, le nombre de soins sans consentement était proche de 80 et dépassait les 100 mesures.

F4 : Les quartiers les plus favorisés 13007 13008 13009 13012



Le 9<sup>ème</sup> arrondissement est supérieur en nombre de mesures par rapport aux autres arrondissements. Le 8<sup>ème</sup> arrondissement a pratiquement le double de mesures en procédure d'urgence, comparé au 7<sup>ème</sup> arrondissement. Le nombre de soins à la demande d'un tiers avec deux certificats est analogue pour les 4 arrondissements. Les soins en péril imminent sont inférieurs aux procédures d'urgence pour les 4 arrondissements.

### III.3.2 Observation statistique

Comme décrit dans le flowchart, l'analyse statistique a été effectuée sur une partie des patients sur les trois années. 3136 données de patients ont pu être analysées. Sur ces 3136 patients, 2348 (74%) avaient un diagnostic affilié. Sur les 2348 patients, 621 sont hospitalisés

sous contrainte (26%). Dans cette partie, les soins sous contrainte regroupent les soins à la décision du directeur de l'établissement (SDDE) et les soins à la demande du Représentant de l'Etat (SDRE). Les analyses univariées et multivariées sont présentées à la suite, avec une présentation des valeurs significatives principalement dans les prochains paragraphes. Les tableaux complets sont présents en annexes.

	Soins Psychiatriques						p value glimmix	OR	Intervalle de confiance	
	Soins Libres		Soins sous contraintes		Totalité					
	N	%l	N	%l : taux d'hospit ss contrainte	N	%col				
<b>sexe</b>										
<b>F</b>	817	74.68	277	25.32	1094	46.59		1		
<b>H</b>	910	72.57	344	27.43	1254	53.41	<b>0,275</b>	1,114	0,91 1,363	
<b>Psychopathe</b>	2	66.67	1	33.33	3	0.13		1.696	0.008 340.480	
<b>Démence</b>	7	70.00	3	30.00	10	0.43		1.269	0.244 6.598	
<b>Pathologies liées à l'alcool</b>	67	85.90	11	14.10	78	3.32	0,074	0.443	0.218 0.901	
<b>Paranoïa</b>	2	66.67	1	33.33	3	0.13	0,8245	1.363	0.007 270.538	
<b>Episode dépressif</b>	361	90.02	40	9.98	401	17.08	<.0001	0.257	0.177 0.373	
<b>Trouble bipolaire</b>	323	69.91	139	30.09	462	19.68		1.230	0.962 1.574	
<b>Schizophrénie</b>	546	68.42	252	31.58	798	33.99	0.0008	1.506	1.222 1.855	
<b>Borderline</b>	32	84.21	6	15.79	38	1.62	0,2099	0.545	0.197 1.507	

En analyse univariée, on observe qu'il y aurait moins d'hospitalisations sous contraintes pour des pathologies liées à l'alcool ( 11 patients) et pour les épisodes dépressifs (40 patients), les pourcentages de soins sous contrainte étant plus faible pour ces pathologies (14% et 9%) en comparaison des troubles bipolaires ( 139 patients, soit 30%) et de la schizophrénie ( 252 patients soit 31%). En revanche, la schizophrénie et les troubles bipolaires seraient liés à un sur-risque d'hospitalisation sous contrainte. Aussi, les sujets hospitalisés sous contrainte sont

plus jeunes : l'âge médian est à 41,99 versus l'âge médian des patients en soins libres à 45,62. Pour ce qui est des facteurs liés à l'environnement géographique des patients, on observe un lien avec le code de défavorisation sociale : le risque d'être hospitalisé sous contrainte est plus élevé dans les endroits les plus favorisés ; la variable facteur de fragilité montre une tendance : plus d'hospitalisations sous contrainte pour les quartiers F4 (6,7,8,9,12) que pour les F1 (1er,2e,3e). Pour les variables concernant la densité médicale, soignante, on n'observe pas de différence significative (voir tableau en annexe).

Facteur fragilité	Nb de SSC	%	p value	OR	Intervalle de confiance	
<b>F1 1er,2e,3e</b>	47	18.80	0,2378			
<b>F2 13,14,15 et 16</b>	27	20.61	0,5306	<b>F2 vs F1</b>	1.273	0.564 2.870
<b>F3 4,5,10,11</b>	239	26.15	0,1169	<b>F2 vs F1</b>	1.678	0.861 3.271
<b>F4 6,7,8,9,12</b>	308	29.25	0,0649	<b>F2 vs F1</b>	1.828	0.957 3.490
<b>Tout</b>	621	26.45				

En analyse multivariée, les facteurs liés à l'hospitalisation sous contrainte sont : la schizophrénie, les troubles bipolaires, l'âge plus jeune et les arrondissements les plus favorisés par rapport aux 3 premiers arrondissements de Marseille. Il n'y a pas d'effet du sexe.

	OR ajusté	IC OR		P value
<b>Age</b>	0.984	0.978	0.990	<.0001
<b>Sexe H vs F</b>	0.981	0.794	1.212	0.8505
<b>Schizophrénie</b>	1.720	1.365	2.166	0.0002
<b>Trouble bipolaire</b>	1.602	1.222	2.101	0.0021
<b>Facteur fragilité</b>				0.1312
<b>F2 vs F1</b>	1.269	0.571	2.818	0,5276
<b>F3 vs F1</b>	1.750	0.915	3.347	0,0848
<b>F4 vs F1</b>	<b>2.010</b>	<b>1.070</b>	<b>3.775</b>	<b>0,0328</b>

### III.3.2.1 Analyse univariée SDDE

Retranchons à présent les soins à la demande du représentant de l'Etat. Sur l'ensemble des 2348 patients hospitalisés dont nous avons l'âge et le diagnostic, 520 patients (22%) sont hospitalisés en soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE). On compare les patients hospitalisés en SDDE (n=520) aux patients en hospitalisation libre (N=1727) :

	SL			SDDE			p value	OR	IC 95%	
	N	%l	%col	N	%l	%col				
<b>F1</b>	203	83.54	11.75	40	16.46	7.69	0.1414	1		
<b>F2</b>	104	83.20	6.02	21	16.80	4.04	0.7757	1.106	0.522	2.343
<b>F3</b>	675	76.62	39.09	206	23.38	39.62	0.0813	1.633	0.932	2.861
<b>F4</b>	745	74.65	43.14	253	25.35	48.65	0.0471	1.742	1.008	3.009

La variable facteur de fragilité montre une tendance : plus d'hospitalisations sous contrainte pour les quartiers favorisés (F4 6,7,8,9,12) que pour les quartiers défavorisés du centre-ville (F1 1er,2e,3<sup>e</sup>). Pour les variables concernant la densité médicale, soignante on n'observe pas de différence significative.

### III.3.2.2 Analyse multivariée

	OR	IC OR		Pr >  t
<b>Age</b>	0.987	0.980	0.993	<.0001
<b>Sexe</b>	0.838	0.670	1.048	0.1127
<b>Schizophrénie</b>	1.681	1.311	2.155	0.0005
<b>Trouble de l'humeur</b>	1.773	1.339	2.347	0.0006
<b>Facteur fragilité</b>				0.0874
<b>F2 vs F1</b>	1.097	0.517	2.328	0.7931
<b>F3 vs F1</b>	1.692	0.966	2.963	0.0636
<b>F4 vs F1</b>	1.869	1.080	3.231	0.0286

En multivarié les facteurs liés à l'hospitalisation sous SDDE sont :

- La schizophrénie, les troubles bipolaires, l'âge plus jeune, et les arrondissements les plus favorisés par rapport aux trois premiers arrondissements de Marseille
- Concernant le facteur fragilité, l'on observe une tendance pour les quartiers de 4,5,10 et 11è par rapport aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3è.

### III.3.2.3 Les différents types de soins à la demande du directeur de l'établissement SDDE

Sur les 520 hospitalisations en SDDE :

- 58 l'ont été à la demande d'un tiers (DT)
- 148 en soins péril imminent (SPI)
- 314 en urgence (TU)

- En analyse multiple, les facteurs liés à l'hospitalisation à la demande d'un tiers sont liés à la pathologie psychiatrique : patients bipolaires ( $p=0.0383$ ) et patients schizophrènes ( $p=0.0579$ , à la limite de la significativité). En revanche, ni l'âge, ni le sexe ni l'environnement socio-économique ne semblent être liés à l'hospitalisation à la DT.

DT	OR multiple	IC OR	P value	
Schizophrénie	1.897	0.976	3.687	0.0579
Age	0.992	0.975	1.010	0,3859
Sexe (H vs F)	0.642	2.096	1.048	0,2224
Trouble de l'humeur	1.049	4.511	2.347	0,0383

-En analyse multiple, les facteurs liés à l'hospitalisation en SPI sont liés à la pathologie psychiatrique : patients bipolaires ( $p=0.0626$ , à la limite de la significativité) et patients schizophrènes ( $p=0.0306$ ). En revanche, ni l'âge, ni le sexe ni l'environnement socio-économique ne semblent être liés à l'hospitalisation à la SPI.

SPI	OR	IC OR	P value	
Schizophrénie	1.597	1.051	2.426	0.0306
Age	0.998	0.986	1.009	0.6666
Sexe (H vs F)	0.762	0.523	1.112	0.1468
Trouble de l'humeur	1.565	0.974	2.516	0.0626

-En analyse multiple, les facteurs liés à l'hospitalisation en TU sont liés à la pathologie psychiatrique : patients bipolaires ( $p=0.0022$ ), patients schizophrènes ( $p=0.021$ ) et les patients plus jeunes ( $p<0.0001$ ). En revanche, ni le sexe ni l'environnement socio-économique ne semblent être liés à l'hospitalisation à la TU.

TU	OR	IC OR	P value	
Schizophrénie	1.706	1.256	2.317	0.0021
Age	0.981	0.973	0.989	<.0001
Sexe (H vs F)	0.821	0.624	1.079	0.1450
Trouble de l'humeur	1.823	1.291	2.573	0.0022

En résumé, les facteurs liés à l'hospitalisation pour les différents types de soins sans consentement peuvent se regrouper mais restent différents concernant la valeur significative.

DT : Bipolaire oui, Schizophrénie limite de la significativité

SPI : Bipolaire limite de la significativité, Schizophrénie oui,

TU : Bipolaire oui, Schizophrénie oui, âge oui

Nous faisons le point à présent sur les soins à la demande du représentant de l'Etat. Les valeurs étant faibles, une analyse multivariée n'a pas été effectuée.

### III.3.2.3 Analyse univariée SDRE

Sur l'ensemble des 2348 patients hospitalisés sous contrainte de 2015 à 2017, 100 patients (4.3%) ont été hospitalisés en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE). On compare les patients en SDRE vs. les patients en hospitalisation libre ( $n=1727$ ).

	SDRE					
	N	%I	p value	OR	IC 95%	
<b>Psychopathie</b>	1	33.33	0.2060	10.454	0.044	>999.999
<b>Démence</b>	.	.	Non estimable			
<b>Pathologies liées à l'alcool</b>	2	2.90	0.3024	0.456	0.095	2.196
<b>Paranoïa</b>	.	.	Non estimable			
<b>Episode dépressif</b>	2	0.55	0.0027	0.076	0.016	0.351
<b>Trouble de l'humeur</b>	9	2.71	0,0301	0.421	0.195	0.908
<b>Schizophrénie</b>	52	8.70	0,0006	2.508	1.594	3.947
<b>Border</b>	1	3.03	0,6497	0.616	0.060	6.352
<b>F1</b>	6	2.87	0.8235	1		
<b>F2</b>	6	5.45	0.5059	1.884	0.252	14.080
<b>F3</b>	33	4.66	0.5530	1.634	0.283	9.427
<b>F4</b>	55	6.88	0.3686	2.065	0.380	11.213
<b>F</b>	19	2.27		1		
<b>H</b>	81	8.17	0,0002	3.720	2.128	6.502
<b>Tout</b>	100	5.47				

En univarié on observe qu'il y aurait moins d'hospitalisations sous SDRE pour des pathologies épisodes dépressifs et les troubles de l'humeur. En revanche, la schizophrénie serait liée à un sur-risque d'hospitalisation sous SDRE, de même que le sexe masculin. Les sujets hospitalisés sous SDRE sont également plus jeunes. Pour ce qui est des facteurs liés à l'environnement géographique des patients, on n'observe aucun lien, ni avec le code de défavorisation, ni avec la variable facteur fragilité. Pour les variables concernant la densité médicale, on n'observe pas de différence significative (Voir tableau complet en annexe)

### III.3.2.3 Analyse multivariée SDRE

En multivarié les facteurs liés à l'hospitalisation sous SDRE sont :

	<b>OR</b>	<b>IC OR</b>	<b>p value</b>	
<b>Schizophrénie</b>	2.083	1.308	3.317	<b>0.0043</b>
<b>Age</b>	0.964	0.949	0.980	<b>&lt;.0001</b>
<b>Sexe (H vs F)</b>	2.847	1.608	5.042	<b>0.0014</b>
<b>Facteur fragilité</b>				0.6441
<b>F2 vs F1</b>	2.192	0.307	15.649	0.4013
<b>F3 vs F1</b>	1.857	0.339	10.165	0.4428
<b>F4 vs F1</b>	2.649	0.511	13.737	0.2215

-La schizophrénie, l'âge plus jeune, le sexe (ajouté, les hommes)

-Pas d'effet lié à la fragilité (ou défavorisation sociale)

### III.4 Discussion

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, des études épidémiologiques analytiques rétrospectives<sup>56</sup> et prospectives<sup>57</sup> ont cherché les déterminants des soins sans consentement. Parmi ces déterminants, il existe des facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient. Concernant les facteurs intrinsèques, l'antécédent d'hospitalisation sous contrainte, la présence d'un diagnostic de schizophrénie, le sexe masculin, et un âge autour de 45 ans ont été décrits comme des facteurs augmentant le risque de soins sans consentement. Parmi les facteurs extrinsèques, les facteurs socioéconomiques ont également été rapportés comme des facteurs d'influence d'augmentation des soins sans consentement : l'absence d'emploi, le statut de célibataire. Ces facteurs socioéconomiques ont été intégrés à l'étude pour identifier d'autres facteurs à l'origine d'un impact concernant les soins sans consentement. Aucune étude, jusqu'à présent, ne s'est intéressée à la composition des effectifs soignant.

Dans notre étude, les facteurs intrinsèques des patients sont pris en compte dans l'analyse statistique. Concernant les facteurs extrinsèques, nous avons rattaché les arrondissements de prise en charge au niveau socioéconomique des patients. Cette analyse micro-territoriale a ainsi pour fonction d'identifier d'autres facteurs extrinsèques de prise en charge. L'objectif est de pouvoir identifier la présence d'une différence, s'il en existe une, afin de mieux homogénéiser les pratiques pour une prise en charge plus équitable des patients. Les antécédents des patients sont ainsi à confronter aux pratiques des psychiatres compte tenu de l'augmentation nationale des soins sans consentement. C'est selon ces données, qu'une comparaison des arrondissements, en fonction du niveau socioéconomique, a été envisagée dans un premier temps<sup>58</sup>. Dans nos résultats, il y a effectivement plus d'hommes en soins sans consentement. Toutefois les femmes ne représentent pas une proportion plus importante en ce qui concerne la population faisant appel aux offres de soins psychiatriques. Tout ceci contraste avec certains résultats rapportés.

---

<sup>56</sup> Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. :22

<sup>57</sup> Braitman A, Guedj M-J, Masson VD-L, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique

<sup>58</sup> Observatoire EDE 2011 Fragilité socioéconomique et dynamisme de l'emploi

Une présentation des résultats sur un mode descriptif puis sur un mode statistique était nécessaire afin d'avoir une meilleure critique des résultats obtenus.

#### Discussion sur les résultats en valeurs absolues

En regardant les chiffres obtenus concernant la ville de Marseille, celle-ci possède un pourcentage de recours aux soins sans consentement analogue aux résultats nationaux. Il n'y a pas un nombre supérieur de soins sans consentement à Marseille par rapport à d'autres grandes villes. Aussi bien sur le nombre de recours aux soins sans consentement, que la répartition par sexe<sup>59</sup>. L'évolution est même stable sur les trois années entre la répartition des soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) et celle du représentant de l'Etat (SDRE). Les pourcentages des différents soins (procédure commune à la demande d'un tiers, procédure d'urgence et péril imminent) sont stables également sur les trois années. L'ensemble des séjours observés de 2015 à 2017, a permis une étude arrondissement par arrondissement. Cette observation démontre l'implication de l'environnement pour la prise en charge des patients dans le cadre des recours aux soins sans consentement. En effet, les arrondissements défavorisés du centre-ville, possèdent un taux de recours aux soins sans consentement supérieurs à celui des arrondissements favorisés de Marseille. Alors qu'en pourcentage la différence était présente mais paraissait moins conséquente. Deux arrondissements sont plus difficilement comparables par rapport aux autres : le 2<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> car leurs soins sont partagés sur deux services de soins psychiatriques.

Ainsi, par arrondissement, la part des SDDE varie de 15% à 26% en 2015, puis de 13% à 26% en 2016 puis de 16% à 28% en 2017. Cet écart étant stable, une compréhension des 20% de SDDE observés sur la ville est possible. Pour les arrondissements défavorisés du centre-ville, on observe une diminution progressive sur les trois années. Pour les quartiers Nord, l'évolution est différente pour les quatre arrondissements. En augmentation dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement, en diminution dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement, stable pour le 15<sup>ème</sup> arrondissement, et en dents de scie pour le 16<sup>ème</sup> arrondissement. Cela montre une première différence pour un même groupe d'arrondissements, le facteur de fragilité sociale étant comparable pour ces arrondissements. Pour les quartiers favorisés du centre-ville, la même

---

<sup>59</sup> Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.

observation est transposable. Le 4<sup>ème</sup> arrondissement a une évolution en dents de scie, le 5<sup>ème</sup> arrondissement a une augmentation des soins sans consentement passant de 15% en 2015 de soins à 22% en 2017. Enfin pour les arrondissements les plus favorisés, l'évolution en dents de scie est présente pour le 7<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissement alors que le 8<sup>ème</sup> arrondissement voit une augmentation des soins sous contraintes.

Ces différences mettent en avant un facteur non décrit ayant une influence sur la part des soins sans consentement pour chaque arrondissement. Les pourcentages nous permettent d'avoir une vision d'ensemble de l'évolution des soins. Néanmoins, ces résultats s'avèrent restreints sur trois années.

La variable qui est tout autant à prendre en compte, est celle de la taille des arrondissements. De manière plus précise, la population desservie par chaque secteur d'arrondissement. Pour intégrer cette variable et pour la comparer à des valeurs nationales, nous avons calculé le taux de recours aux soins sans consentement par arrondissement.

Le taux de recours par arrondissement permet une meilleure observation des différences au sein d'un même groupe d'arrondissements. Le 1<sup>er</sup> arrondissement possède l'un des taux de recours le plus élevés, par rapport à l'ensemble des arrondissements de Marseille : 444 pour 100 000 habitants en 2016. Et au sein du groupe des quartiers défavorisés du centre-ville, le 1<sup>er</sup> arrondissement présente plus de la moitié de recours en plus par rapport au 3<sup>ème</sup> arrondissement 245 pour 100 000 habitants la même année. Parmi les groupes les plus favorisés, le 9<sup>ème</sup> arrondissement présente trois fois plus de recours que le 12<sup>ème</sup> arrondissement : 124 à 49 soins sous contraintes pour 100 000habitants. L'impact de la fragilité sociale est indéniable lorsque l'on voit le taux de recours par arrondissement, cependant la différence importante au sein d'un même groupe de fragilité sociale ne peut s'expliquer par les facteurs extrinsèques de l'environnement ou les facteurs intrinsèques du patient. Ce premier angle d'approche concernant les soins sans consentement à un niveau infra-local n'est pas suffisant. Une analyse statistique est nécessaire afin de mettre en avant des facteurs que seront transposables à d'autres études.

A noter, la part des soins à la demande d'un tiers en urgence mettent en avant une difficulté pratique à réaliser deux certificats médicaux. L'indépendance de la pratique est à questionner, ainsi qu'une meilleure coordination avec d'autres intervenants en état de faire les certificats médicaux, tels que les médecins généralistes ou les urgentistes. On peut donc citer les données issues de l'étude de Mme Gandré sur les variations de pratique en psychiatrie publique : « *Les caractéristiques institutionnelles des établissements de rattachement des*

*secteurs psychiatriques étaient davantage associées aux variables de pratique illustrant les variations géographiques qu'à celles illustrant les variations entre producteurs de soins. Ainsi, ces caractéristiques sembleraient principalement jouer un rôle sur le captage et le recrutement des patients plutôt que sur les prises en charge qui leur sont proposées une fois qu'ils ont intégré la file active des secteurs.* »<sup>60</sup>. L'impact sur les soins sans consentement, faisant partie de ce système de recrutement, est à étudier. Au-delà des facteurs socioéconomiques, d'autres facteurs sont à prendre en compte.

## Discussion sur les résultats statistiques

L'analyse statistique des résultats permet d'incorporer des facteurs, tels que le diagnostic, l'âge, le sexe, le nombre de médecin en charge des secteurs hospitaliers et l'encadrement médical par rapport aux soins sans consentement. Les résultats observés en analyse univariée et multivariée sont concordant aux résultats de la littérature. On observe un impact significatif concernant le diagnostic de schizophrénie et l'âge des patients<sup>61</sup>.

Cependant, la nouvelle variable dans notre étude qui apparaît est le code de favorisation sociale ; il se distingue comme étant un risque de facteur de soins sous contrainte. Cette variable n'a jamais été mise en avant jusqu'à présent. Ce qui a été démontré cependant étant le poids des hospitalisations plus importantes dans les milieux urbains par rapport aux milieux ruraux<sup>62</sup>. Ce lien est retrouvé pour l'ensemble des soins sous contraintes mais également pour les soins à la demande du directeur de l'établissement.

Un autre point important a été l'analyse des sous-types de soins à la demande du directeur de l'établissement. C'est une des premières études qui met en avant le poids de chaque diagnostic en valeur, par rapport au type de contraintes. Les patients bipolaires seraient plus en soins sous contraintes à la demande d'un tiers, les patients schizophrènes plus en péril imminent. Pour les procédures de soins à la demande d'un tiers en urgence, l'impact du diagnostic est équivalent pour les patients atteints de schizophrénie et de troubles de l'humeur. L'ensemble des sous-types de soins sous contraintes n'est pas influencé par l'environnement socio-économique (code de défavorisation, nombre de médecins ou encadrement des soignants). Le code de favorisation

---

<sup>60</sup> Coralie Gandré Variations de pratique en psychiatrie publique et facteurs associés

<sup>61</sup> Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. :22.

<sup>62</sup> Joubert F, Hechinger M, Chevallier V, Marescaux C. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidentes en zones urbaines sensibles. Santé Publique

sociale a ainsi un impact sur la mesure de soins sans consentement mais pas sur le type de SDDE.

Pour l'analyse des soins à la demande du représentant de l'Etat, notre étude est concordante avec les résultats de la littérature concernant l'impact de l'âge et du sexe. Il est tout de même étonnant de ne pas avoir d'impact de la fragilité sociale pour les soins. Ce qui répond néanmoins au principe d'équité.

## Ensemble des résultats

Une incohésion subsiste entre la première et la deuxième partie des résultats. Il y a plus de soins sans consentement dans les quartiers les plus défavorisés, si l'on se réfère aux taux de recours aux soins par arrondissement. Mais le risque de soins sans consentement est supérieur dans les quartiers favorisés, lorsque l'on compare les statistiques. Ces données ne sont pour autant pas incompatibles, même si elles ne sont pas comparables. En effet, dans le premier cas, le nombre de séjours est pris en compte. Dans le second cas, une analyse a pris en compte seulement les premières hospitalisations de chaque patient. Le lien avec le facteur social est donc indéniable. Cependant, le nombre de mesure est plus faible dans les quartiers favorisés mais le risque y est plus important.

Les analyses et les graphiques précédents ont permis de mettre en lien le nombre de procédures en urgence supérieures au péril imminent et aux procédures de soins à la demande d'un tiers. La présence du tiers favorisée pour la prise en charge est un élément rassurant. Ce qui est néanmoins plus difficile à intégrer c'est l'évaluation par deux médecins dont l'un n'appartient pas à l'établissement d'accueil. Un effet centre, soit des pratiques intra sectorielle<sup>63</sup> sont donc plus difficiles à modifier. Ce facteur diminue l'impartialité médicale et interroge le principe de justice. Ces analyses, in fine, mettent en exergue que des facteurs, non identifiés à l'origine d'une disparité des soins sans consentement, persistent. La première analyse permet de voir une différence arrondissement par arrondissement même, au sein de groupe de fragilité similaire. La deuxième partie statistique, permet seulement de comparer des groupes de fragilité, mais la conclusion attendue est plus surprenante en mettant en avant une augmentation des soins sans consentement pour les arrondissements favorisés. L'un des derniers facteurs qui

---

<sup>63</sup> Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry* [Internet]. Mai 2011

n'a pas pu être étudié serait le facteur de la décision des soins sans consentement. On observe également une première répartition des diagnostics possibles sur les soins sans consentement. La probabilité diffère selon le type de soins avec les diagnostics. L'âge a davantage d'influence dans le cadre de la procédure d'urgence, ce qui intrigue : il aurait été plus logique de trouver un lien avec le péril imminent qu'avec la procédure de soins à la demande d'un tiers.

Les résultats sont à pondérer avec l'ensemble des diagnostics mis en avant. Une perte de données ainsi qu'une différence de notation est à garder en tête<sup>64</sup>.

### Paramètres influençant les soins sans consentement. Les facteurs de disparités possibles

On peut supposer que la prise en charge institutionnelle impacte les soins sans consentement. C'est une hypothèse qui pourrait expliquer les disparités du nombre de soins sans consentement pour les arrondissements appartenant au même groupe de défavorisation sociale. En effet, certains services organisent des réunions pluridisciplinaires pour la prise en charge des patients alors que les réunions seulement entre médecins sont mises en place dans d'autres services. Cette différence, peut se superposer à la différence de mise en place des soins sans consentement par les certificats. L'article de Mme Marque rapporte : « *A propos du contenu des documents, les médecins ont des pratiques différentes, allant de ceux qui, dans un raisonnement idéologique utilisent des formules prérédigées, modifiées en fonction de l'état du patient, et contenant un minimum d'informations jusqu'à ceux qui, dans un raisonnement plutôt pragmatique, préfèrent expliciter davantage les situations, pour éviter que les certificats soient contestés* »<sup>65</sup>

L'environnement, par le facteur socioéconomique influence la prise en charge médicale. C'est une absence d'équité qui est difficilement atténuable. D'un autre côté, l'absence de l'influence socioéconomique sur la liberté est plutôt rassurante.

---

<sup>64</sup> Garrabé J. La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. L'information psychiatrique

<sup>65</sup> A.Marques, V.Daoud, L.Stamadiadis, P.Chaltiel: La loi du 5 Juillet 2011 Protection des usagers ou questions de formalités

## Limites de l'étude

La puissance de l'étude est basée sur le nombre de patients inclus (2348 patients sur les trois années d'analyses). Cependant, les patients résidant dans les arrondissements les plus défavorisés sont moins représentés que les patients appartenant aux arrondissements favorisés. (Tableau n°7 en annexe). Cette différence est due aux données de l'étude. Les calculs statistiques n'ont pu être effectués que sur les données de la Conception, les données des autres centres d'hospitaliers psychiatriques sont manquantes pour établir une conclusion proche des résultats à l'ensemble de la ville. A noter également que l'analyse du 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> arrondissement est à pondérer, car la prise en charge des arrondissements est partagée en deux secteurs de prise en charge. De plus, les premières hospitalisations recueillies ne permettent pas de mettre en avant les difficultés inhérentes aux patients avec des séjours multiples qualifiés comme les patients avec des prises en charge difficiles. La durée des séjours et les réhospitalisations seraient des variables intéressantes à étudier. Une étude complémentaire avec l'ensemble des données des centres hospitaliers serait intéressante pour confirmer les résultats obtenus et explorer d'autres facteurs de prise en charge pouvant influencer les soins sans consentement. Une analyse de la prévalence des diagnostics par arrondissement n'a pu être effectuée du fait de la complexité des recueils de données.

## Conclusion

L'étude présentée est un premier regard sur les soins sans consentement à un niveau micro territorial. Il s'agit de la première étude s'attachant à rechercher, à l'échelle d'une ville, les facteurs extrinsèques et intrinsèques de variabilités possibles. Elle permet ainsi une comparaison des résultats obtenus, concernant les soins sans consentement, aux valeurs nationales d'études précédentes. La ville de Marseille présente un taux de recours de 20%, alors que la moyenne nationale se situe à 27%. Cette stabilité clinique est à interroger compte tenu des disparités par arrondissement qui peuvent varier. La durée d'observation des données de 3 ans, nous permet de parler de stabilité des résultats obtenus. Un des paramètres inclus dans l'étude comme novateur pour les soins sans consentement est l'effectif médical et l'effectif de l'ensemble des soignants. Ces paramètres, n'influencent pas les soins sans consentement.

La relation thérapeutique reste à analyser dans la poursuite de l'étude. La discipline médicale est basée sur les échanges avec le patient. Ces premiers ressentis permettent d'aborder le diagnostic. Dans le cadre de la psychiatrie, le ressenti permet également d'établir un pronostic et de parfaire la prise en charge. C'est pour cette raison que la psychiatrie se doit d'avoir un point de vue global. Tant dans la prise en charge des patients, que dans l'évolution même de la maladie et de la société. La psychiatrie est une discipline qui demande une transdisciplinarité importante, littéraire, politique, sociologique, anthropologique, philosophique et médicale car cette transdisciplinarité révèle le caractère complexe et associé de l'être humain, en relation avec autrui. La diversité de la pratique psychiatrique répond à la diversité de la souffrance et de la prise en charge humaine. La volonté de soins et de présence pour autrui permet l'aboutissement de la réflexion psychiatrique, en alliance avec le domaine judiciaire. *« En effet le respect des droits et de la dignité des personnes ne consiste pas seulement à respecter les formes juridiques, mais aussi à assurer des conditions d'hospitalisations décentes, avec du personnel en nombre suffisant, bien formé, attentif à la mise en œuvre de bonnes pratiques. »*<sup>66</sup>. La volonté thérapeutique est conservée. La prise en charge des personnes avec des fragilités n'en diminue pas pour autant leur part de citoyenneté.

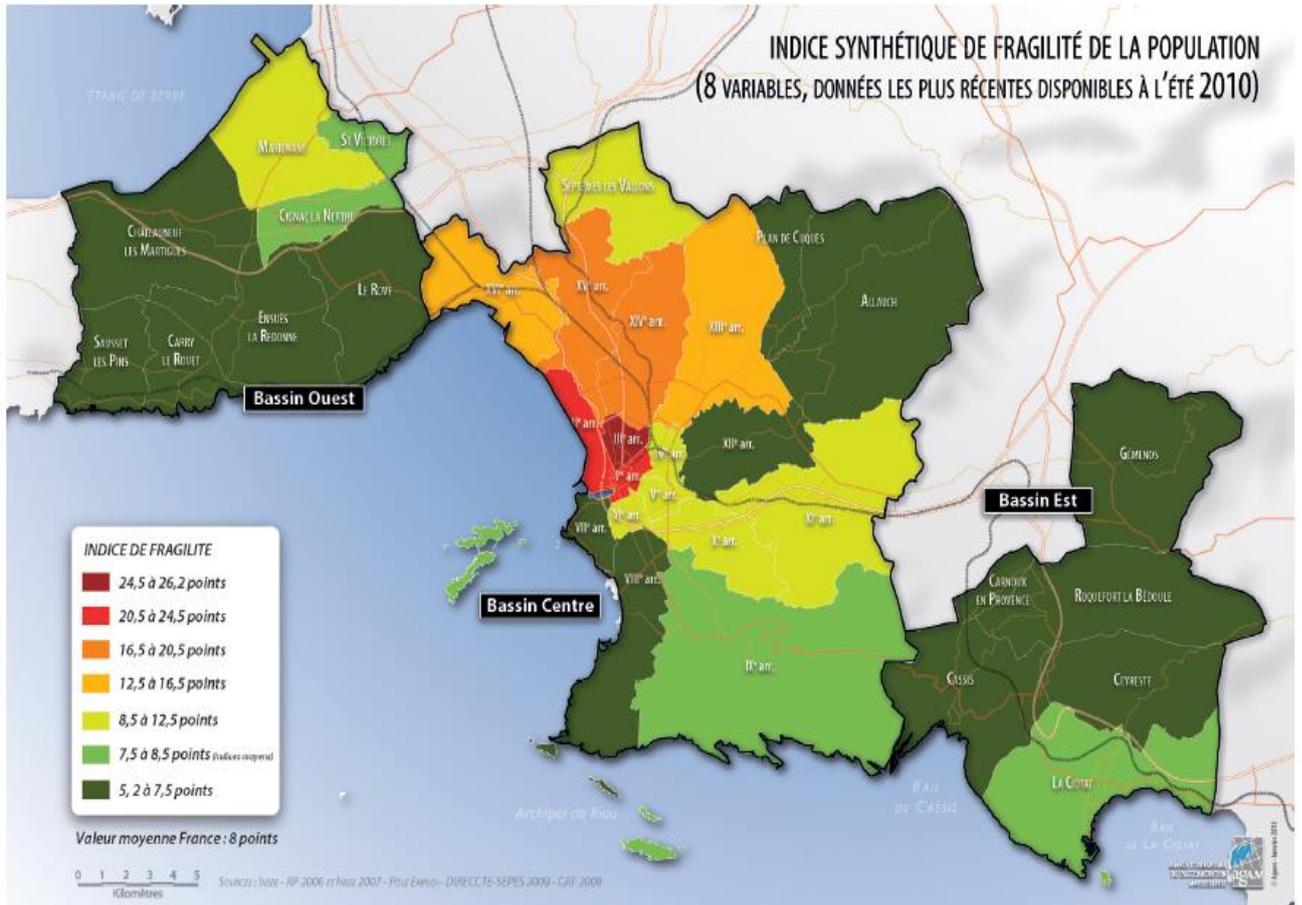
---

<sup>66</sup> A. Monnier, J.P Tachon Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider

Le but de cette étude n'est pas de montrer que tel établissement ou que telle prise en charge engendre plus ou moins de soins sans consentement. Au contraire, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie associée à une mesure de soins sans consentement à Marseille présente une stabilité clinique dans le temps. D'autres études pouvant identifier des facteurs supplémentaires de variations des mesures de soins sans consentement sont à poursuivre, avec pour objectif d'homogénéiser les pratiques pour permettre une prise en charge égale des patients à plus grande échelle. Ce travail, élaboré durant deux ans, vise à porter un regard critique sur la spécificité des soins sans l'accord du patient. Les soins psychiatriques sans consentement ne sont pas à considérer comme une pratique habituelle mais bien une exception à laquelle il convient d'apprécier la dangerosité de la défaillance possible. Ainsi, comme la réciprocité nous appartient, nous pouvons accompagner le patient vers la sortie des soins sans consentement, mais également de l'hospitalisation avec cette phrase de Levinas « *Après vous.* »

# Annexes

## Annexe 1



Annexe 2 : Agathe Berly; Cécile Manaouil Les soins sans consentement en psychiatrie : rédaction du certificat initial

Type de mesure	SPDT	SPPI	SPDTU
Indication	Nécessité de soins immédiats et de surveillance constante, impossibilité de consentir	Péril imminent pour la santé et impossibilité d'obtenir une demande de tiers	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade
Article du Code de la santé publique	L 3212-1 II.1	L 3212-1 II.2	L 3212-3
Demande de tiers	Oui	Non (à tracer dans le dossier ++) Le directeur doit informer l'entourage dans les 24 heures	Oui
Certificats	2 dont au moins 1 établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	1 seul établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	1 seul par tout médecin
Dans les 24 heures	1 certificat par un psychiatre de l'établissement différent des rédacteurs initiaux. Décision pour un mois		
Dans les 72 heures	1 certificat par un psychiatre de l'établissement différent des rédacteurs initiaux. Décision pour un mois	1 certificat par un psychiatre de l'établissement différent des rédacteurs initiaux et du certificat de 24h. Décision pour un mois	
Contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD)	Systématique sous 12 jours d'hospitalisation complète, après saisine par le Directeur dans les 8 jours + avis motivé et à tout moment sur demande. Systématique tous les 6 mois d'hospitalisation complète avec avis de 2		
Tous les mois	Certificat médical par psychiatre de l'établissement (renouvelable chaque mois)		
Au-delà d'un an de soins sans consentement	Avis motivé d'un collège (2 psychiatres dont 1 ne participant pas à la prise en charge + 1 membre de l'équipe pluridisciplinaire) tous les ans		
Levée des soins	Certificat médical de levée Défaut de production d'un certificat ou autre défaut de procédure >>> mainlevée par JLD		

SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers ; SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence ; SPPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent ; JLD : juge des libertés et de la détention.

### Annexe n°3 : Facteur de défavorisation de chaque arrondissement

Classement dans l'ordre des arrondissements

Classement par ordre de favorisation défavorisation

Arrondissements	Facteur de défavorisation	Arrondissements	Indice de défavorisation	Facteur de défavorisation
13001	1,31247625	13008	-2,15786785	F4
13002	2,22996792	13007	-1,74918443	F4
13003	3,21955279	13012	-1,31093713	F4
13004	-0,15107397	13006	-1,04438862	F4
13005	-0,38982867	13009	-0,94823955	F4
13006	-1,04438862	13005	-0,38982867	F3
13007	-1,74918443	13004	-0,15107397	F3
13008	-2,15786785	13011	0,28367106	F3
13009	-0,94823955	13010	0,29430036	F3
13010	0,29430036	13013	1,15504978	F2
13011	0,28367106	13001	1,31247625	F1
13012	-1,31093713	13016	1,39068721	F2
13013	1,15504978	13002	2,22996792	F1
13014	2,73683575	13014	2,73683575	F2
13015	3,06605679	13015	3,06605679	F2
13016	1,39068721	13003	3,21955279	F1

### Annexe N°4 : Données générales par arrondissements

Arrondissements	Population par arrondissement	Part de personnes immigrés	Ménages isolés
13001	38 725	11140	1175
13002	24 814	5989	537
13003	44 847	14392	1015
13004	48 399	5691	792
13005	46 587	5627	1060
13006	42 568	5040	1028
13007	36 217	2335	512
13008	79 157	6929	1169
13009	75 691	6601	921
13010	53 500	6462	851
13011	57 422	5594	748
13012	60 480	3864	722
13013	91 746	11985	1002
13014	60 889	12372	726
13015	80 985	16724	978
13016	17 340	1709	278

Annexe n°5 : Effectif médical et encadrement des soins

Effectif médical par arrondissement			
Arrondissement	2015	2016	2017
13001	5,35	5,4	5,82
13002	Arrondissement pris en charge par deux secteurs		
13003	5,88	5,62	6,6
13004	5,15	5,81	6,1
13005	5,7	5,86	5,76
13006	Arrondissement pris en charge par deux secteurs		
13007	10,8	10,8	5,8
13008	9,4	8,31	8,08
13009	1,55	6,38	7,3
13010	10,85	9,43	10,52
13011	3,39	2,58	2,19
13012	2,3	2,12	2,12
13013	6,69	6,73	6,39
13014	6,76	6,75	7,04
13015	4,64	4,93	5,36
13016	6,34	6,23	6,32

Annexe n°6 : Données de l'ARS concernant les séjours et les diagnostics par arrondissement

En valeurs brutes

	nbsej_htplein	nbDiag_psychose	nbdiaq_depression	nbdiaq_humeur	nbdiaq_trbperso
13001	433	117	8	25	9
13002	278	63	7	12	8
13003	256	93	5	19	2
13004	331	66	18	18	12
13005	490	104	11	41	8
13006	283	68	14	25	6
13007	158	29	15	17	4
13008	405	59	14	42	4
13009	532	73	24	28	10
13010	300	47	14	17	7
13011	348	92	9	15	10
13012	328	47	23	25	9
13013	364	88	9	24	7
13014	205	54	4	21	5
13015	621	134	11	20	13
13016	77	27	2	3	0

En pourcentage

	% Psychose	% Dépression	% Trouble humeur	% Trouble de la personnalité
13001	27%	2%	6%	2%
13002	23%	3%	4%	3%
13003	36%	2%	7%	1%
13004	20%	5%	5%	4%
13005	21%	2%	8%	2%
13006	24%	5%	9%	2%
13007	18%	9%	11%	3%
13008	15%	3%	10%	1%
13009	14%	5%	5%	2%
13010	16%	5%	6%	2%
13011	26%	3%	4%	3%
13012	14%	7%	8%	3%
13013	24%	2%	7%	2%
13014	26%	2%	10%	2%
13015	22%	2%	3%	2%
13016	35%	3%	4%	0%

## Annexe des tableaux en valeurs absolues

Tableau 1

SDDE			DT			SPI					TU				
Années	F	%F	H	%H	Total DT	F	%F	H	%H	Total SPI	F	%F	H	%H	Total TU
2015	48	31%	105	69%	153	165	41%	237	59%	402	369	38%	607	62%	976
2016	48	29%	119	71%	167	179	40%	267	60%	446	368	38%	612	62%	980
2017	61	42%	85	58%	146	157	41%	223	59%	380	365	38%	587	62%	952
<b>Total gé-néral</b>	<b>157</b>	<b>34%</b>	<b>309</b>	<b>66%</b>	<b>466</b>	<b>501</b>	<b>41%</b>	<b>727</b>	<b>59%</b>	<b>1228</b>	<b>1102</b>	<b>38%</b>	<b>1806</b>	<b>62%</b>	<b>2908</b>

Répartition homme femme selon les soins

➤ 1.1.1 En soins libres

Répartitions H/F Soins	SL				
Années	F	H	%F	%H	Total SL
2015	2191	3514	38%	62%	5705
2016	2261	3473	39%	61%	5734
2017	2177	3449	39%	61%	5626
Total général	6629	10436	39%	61%	17065

➤ 1.1.2 En soins à la demande du Préfet (SDRE)

Répartitions H/F Soins	398					SDRE				
Années	F	H	%F	%H	Total 398	F	H	%F	%H	Total SDRE
2015	7	28	20%	80%	35	133	372	7%	74%	505
2016	8	29	22%	78%	37	73	382	8%	84%	455
2017	13	55	19%	81%	68	55	289	20%	84%	344
Total général	28	112	20%	80%	140	261	1043	11%	80%	1304

Répartition des SDDE par année et par arrondissement

Tableau 4

2015	SL	SDDE	SDRE	398	Total général	Pourcentage SDDE
13001	479	110	42	2	633	17%
13002	263	107	35	1	406	26%
13003	325	111	51	1	488	23%
13004	465	110	17		592	19%
13005	463	97	85		645	15%
13006	280	69	16		365	19%
13007	122	27	6		155	17%
13008	336	82	19		437	19%
13009	418	131	29	21	599	22%
13010	260	82	14		356	23%
13011	265	58	29	1	353	16%
13012	201	50	5	1	257	19%
13013	543	147	26	1	717	21%
13014	298	115	20	4	437	26%
13015	827	181	106	1	1115	16%
13016	160	54	5	2	221	24%
Total général	5705	1531	505	35	7776	20%

On note ainsi que le pourcentage des SDDE n'est pas homogène d'un arrondissement à l'autre.

Les extrêmes pour l'année 2015 sont de 16% de la part des soins à 26% de la part des soins

Tableau 5

2016	LV	SL	SDDE	398	SDRE	Total général	%SDDE
13001	7	499	172	3	44	725	24%
13002		311	106	1	34	452	23%
13003	2	416	110	4	44	576	19%
13004	3	477	90		15	585	15%
13005		433	111		34	578	19%
13006	1	272	60		7	340	18%
13007		129	47		9	185	25%
13008		322	83		21	426	19%
13009		278	110	21	21	430	26%
13010	2	283	84		16	385	22%
13011	1	206	55	3	24	289	19%
13012		118	47		4	169	28%
13013	9	462	150	1	29	651	23%
13014	5	404	131	1	40	581	23%
13015	10	915	211	3	105	1244	17%
13016	5	164	26		8	203	13%
Total général	45	5689	1593	37	455	7819	20%

Tableau 6

En 2016, cet écart s'intensifie de 13% à 28%.

2017	SL	SDDE	SDREt	398	Total général	%SDDE
13001	577	136	44	6	763	18%
13002	321	78	32		431	18%
13003	460	95	30	4	589	16%
13004	427	106	4		537	20%
13005	363	114	35	3	515	22%
13006	275	54	14		343	16%
13007	114	32	3		149	21%
13008	287	96	12	1	396	24%
13009	297	94	23	34	448	21%
13010	308	80	11	2	401	20%
13011	217	48	13	2	280	17%
13012	132	30	2		164	18%
13013	416	163	35	2	616	26%
13014	399	94	31	2	526	18%
13015	874	195	51	10	1130	17%
13016	159	63	4	2	228	28%
Total général	5626	1478	344	68	7516	20%

Enfin en 2017, les soins sur décision du directeur de l'établissement varient de 16% des soins à 28% des soins. L'écart est ainsi majoré sur les trois années.

## Annexe des tableaux statistiques

Tableau 7 Répartition des 2348 patients par arrondissement

Code postal	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
13001	144	6.13	144	6.13
13002	58	2.47	202	8.60
13003	48	2.04	250	10.65
13004	273	11.63	523	22.27
13005	373	15.89	896	38.16
13006	259	11.03	1155	49.19
13007	172	7.33	1327	56.52
13008	290	12.35	1617	68.87
13009	295	12.56	1912	81.43
13010	213	9.07	2125	90.50
13011	55	2.34	2180	92.84
13012	37	1.58	2217	94.42
13013	62	2.64	2279	97.06
13014	25	1.06	2304	98.13
13015	37	1.58	2341	99.70
13016	7	0.30	2348	100.00

# Abréviations

CMP : Centre Médico Psychologique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDDE : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SDTu : Soins à la Demande d'un Tiers en urgence

PI : Le Péril imminent

# Bibliographie

1. Arena Ventura CA, Fernandes Moll M, Correia R, Oyan de Moraes VC, Duarte Silva L, Costa Mendes IA. Involuntary Hospitalization of Patients With Mental Disorders: Knowledge of Health Professionals. *Archives of Psychiatric Nursing* [Internet]. déc 2016 [cité 19 mai 2018];30(6):700-3. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941716300668>
2. Baillon G. Les usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2009 [cité 30 mai 2018];85(9):821. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-9-page-821.htm>
3. Benamouzig D, Ulrich V. L'organisation des soins en psychiatrie : Avant propos. *Revue française des affaires sociales* [Internet]. 2016;14. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-7.htm>
4. Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(6):459. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-459.htm>
5. Bitton A. Contrôle judiciaire des hospitalisations psychiatriques sans consentement : 2015-2005, éléments pour un comparatif. 2015;91:7.
6. Bollotte G. Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838. 2015;91:6.
7. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale* [Internet]. juin 2014 [cité 19 mai 2018];40(3):247-54. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700613001218>
8. Braitman A, Guedj M-J, Masson VD-L, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. déc 2011 [cité 19 mai 2018];169(10):664-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000344871100285X>
9. Byk C. Interview de Mme Michèle Stanton-Jean, présidente du comité conjoint sur la conduite responsable en recherche des Fonds de Recherche du Québec (FRQ). *Droit, Santé et Société*. 2016;2(2):72.
10. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. PUF. 1966. 280 p. (Quadrige).
11. Cano N, Boyer L. Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(7):589. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-7-page-589.htm>

12. Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger J-P. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. août 2011 [cité 19 mai 2018];169(7):438-40. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448711001612>
13. Cases C, Salines E. Stastitiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *DRESS*. 2003;24.
14. Castel R. Liberté individuelle et solidarités. *Psychotropes* [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2018];18(1):45. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2012-1-page-45.htm>
15. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Dumand I, Salime S, Savini C, Decker M. Globalisation des politiques de santé et psychiatrie française : enjeux et impacts. *L'Évolution Psychiatrique* [Internet]. oct 2017 [cité 19 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385517300828>
16. COLDEFY M. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. 2010;519.
17. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.
18. Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. 2012;8.
19. Coldefy M, Curtis SE. The geography of institutional psychiatric care in France 1800–2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness. *Social Science & Medicine* [Internet]. déc 2010 [cité 19 mai 2018];71(12):2117-29. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953610006921>
20. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. :22.
21. Compain A. La place des Agences régionales de santé (ARS) dans l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. déc 2012 [cité 19 mai 2018];170(10):711-3. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712003162>
22. Craus Y. Pour une psychiatrie autonome. Les années de formation d'un interne donnent à penser l'autonomie d'une discipline. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(6):518. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-518.htm>
23. Dastur F. L'expérience de la rencontre. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2013 [cité 19 mai 2018];89(6):443. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-6-page-443.htm>

24. David M. La psychiatrie sous contraintes. L'information psychiatrique [Internet]. juill 2017;9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-535.htm>
25. 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* [Internet]. 1 juill 2016 [cité 19 mai 2018];73(7):657. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
26. de Wit MAS, Tuinebreijer WC, van Brussel GHA, Selten J-P. Ethnic differences in risk of acute compulsory admission in Amsterdam, 1996–2005. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. janv 2012 [cité 19 mai 2018];47(1):111-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-010-0312-1>
27. Dubret G. Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? L'information psychiatrique [Internet]. 2013 [cité 19 mai 2018];89(9):705. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-9-page-705.htm>
28. Dujardin V, Pechillon É. La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. 2015;91:12.
29. Ehrenberg A. La question mentale. In: *La santé mentale en actes* [Internet]. ERES; 2005 [cité 19 mai 2018]. p. 255. Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-sante-mentale-en-actes--978274920525-page-255.htm>
30. Ehrenberg A. Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif ? *Esprit* [Internet]. 2014 [cité 19 mai 2018];Février(2):99. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-esprit-2014-2-page-99.htm>
31. Englebert J, Gauthier J-M. Géographie et psychose : territoire et perte du corps commun. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. nov 2011 [cité 19 mai 2018];169(9):559-63. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448711000631>
32. Erasme. *Eloge de la folie*. Garnier Flammarion. 1964. 126 p.
33. Estryng-Behar M, Duville N, Menini M-L, Le Foll S, Le Nézet O, Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. nov 2006 [cité 19 mai 2018];164(9):732-48. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448706001235>
34. Eyraud B, Velpry L. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique* [Internet]. 2014 [cité 19 mai 2018];149(1):207. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2014-1-page-207.htm>
35. Fernández IV, De Battista J, Bauer L, Dagfal A. Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation ? Regards croisés entre la France et l'Argentine : à propos des

- réglementations en santé mentale. L'Évolution Psychiatrique [Internet]. janv 2017 [cité 19 mai 2018];82(1):228-39. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385516301293>
36. Finkelstein C. Loi du 5 juillet 2011 sur les soins sous contrainte : premières décisions de cours d'appel. Droit, Déontologie & Soins [Internet]. déc 2012 [cité 19 mai 2018];12(4):426-30. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658312001574>
  37. Finkelstein C. Psychiatrie : de l'internement aux soins sans consentement. :3.
  38. Fnapsy. Le nouveau régime des soins sous contrainte (loi du 5 juillet 2011). Elsevier Masson. 2011;2.
  39. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. 1976. 663 p.
  40. Friouret L. L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques révélé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés. 2015;91:7.
  41. Garrabé J. La mondialisation de la psychiatrie et la Société Médico-Psychologique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. août 2012 [cité 19 mai 2018];170(6):415-22. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000344871200159X>
  42. Garrabé J. La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. L'information psychiatrique [Internet]. 2013 [cité 19 mai 2018];89(4):319. Disponible sur:  
<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-4-page-319.htm>
  43. Georges LANTERI-LAURA, François CAROLI, Jean AYME, Jean-Michel THURIN. Psychiatrie. In: Encyclopædia Universalis France. p. 37.
  44. Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? : Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier. L'information psychiatrique [Internet]. 2015 [cité 19 mai 2018];91(4):339. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-4-page-339.htm>
  45. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. oct 2017 [cité 19 mai 2018];175(8):679-84. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448716302268>
  46. Goffman E. Stigmate : Les usages sociaux des handicaps. Les éditions de minuit. 1975.
  47. Gravier B, Moulin V, Senon J-L. L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. L'information psychiatrique [Internet]. 2012 [cité 27 sept 2018];88(8):599. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-599.htm>
  48. Grenouilloux A. Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale. L'information

- psychiatrique [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(6):479. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-479.htm>
49. Guibet Lafaye C. Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). *Éthique & Santé* [Internet]. mars 2015 [cité 19 mai 2018];12(1):46-55. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1765462914000725>
  50. Guillemain H. Le retour aux sources. Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale. *L'Évolution Psychiatrique* [Internet]. juill 2017 [cité 19 mai 2018];82(3):527-35. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001438551730018X>
  51. Hansson L, Muus S, Saarento O, Vinding HR, Göstas G, Sandlund M, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. 1 mars 1999 [cité 19 mai 2018];34(2):99-104. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s001270050118>
  52. Haug H-J, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Internet]. 30 juin 1999 [cité 19 mai 2018];249(3):115-22. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s004060050075>
  53. Hémerly Y. Une loi fâcheuse. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(6):451. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-451.htm>
  54. Hémerly Y. Polichinelle, ou le secret du tiers dans la loi du 5 juillet 201. 2015;91:6.
  55. Henckes N. La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit* [Internet]. 2015 [cité 19 mai 2018];Mars-avril(3):28. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-page-28.htm>
  56. Henckes N. Les nouveaux assemblages de la santé mentale, entre clinique, science et mouvement social. *Pratiques en santé mentale* [Internet]. 2015 [cité 19 mai 2018];61anné(1):17. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-17.htm>
  57. Hobbes T. *Léviathan*. Folio essais. 2000. 968 p. (Gallimard).
  58. Horassius-Jarrié N. De la bioéthique à l'éthique en psychiatrie. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(7):547. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-7-page-547.htm>
  59. Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L, Dujardin V, Ethuin C, et al. Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement. *Éthique & Santé* [Internet]. mars 2015 [cité 19 mai 2018];12(1):56-63. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1765462914000968>
  60. Indu NV, Vidhukumar K, Sarma PS. Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital—Case control study. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. mars

- 2017 [cité 19 mai 2018]; Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816303136>
61. Joubert F, Hechinger M, Chevallier V, Marescaux C. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique* [Internet]. 2016 [cité 19 mai 2018];28(1):61. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-61.htm>
  62. Jovelet G. Les conditions de la psychiatrie publique. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(10):769. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-10-page-769.htm>
  63. Kivits P, Thémines J, Rohmer G. Enjeux systémiques de l'hospitalisation sans consentement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. mai 2018 [cité 19 mai 2018];176(5):489-94. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717302135>
  64. Labey M, Noël C. Les soins sans contrainte: politique d'organisation d'un pôle de psychiatrie intégré dans la cité. *L'information psychiatrique*. juill 2017;6.
  65. Lamouille-Chevalier C, Toporski J, Bouvel B, Rivasseau-Jonveaux T, Claudot F. Refus de soins somatiques et troubles délirants : comment concilier devoir médical et droit du malade ? *La Presse Médicale* [Internet]. avr 2018 [cité 19 mai 2018];47(4):363-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498217305602>
  66. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry* [Internet]. mai 2011 [cité 16 sept 2018];26(4):244-51. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933810002506>
  67. Le Coz P. *Le gouvernement des émotions...et l'art de déjouer les manipulations*. Albin Michel. 2014.
  68. Leguay D. Soins sans consentement : y a-t-il un sens de l'histoire ? *Perspectives Psy* [Internet]. janv 2009 [cité 19 mai 2018];48(1):13-21. Disponible sur: <http://www.perspectives-psy.org/10.1051/ppsy/2009481013>
  69. Leturmy L. La dangerosité dans l'évolution du droit pénal français. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2018];88(6):417. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-417.htm>
  70. Marques A, Daoud V, Stamatiadis L, Chaltiel P. La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? *L'information psychiatrique* [Internet]. 2013 [cité 19 mai 2018];89(2):171. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-2-page-171.htm>
  71. Matthiasson P. Moins de soins sous contrainte: L'expérience islandaise. *L'information psychiatrique* [Internet]. juill 2017;93:6. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-558.htm>
  72. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré J-B, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Annales*

- Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. mars 2018 [cité 19 mai 2018];176(3):249-55. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717302081>
73. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al. Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. mars 2015 [cité 19 mai 2018];173(2):136-42. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448713003806>
  74. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale* [Internet]. déc 2014 [cité 19 mai 2018];40(6):468-73. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700614000372>
  75. Monnier A, Tachon J-P. Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider. 2015;91:5.
  76. Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *L'information psychiatrique*. juill 2017;8.
  77. Naudin J. *La psychiatrie phénoménologique : une anthropologie de la vie quotidienne*. PSN. avr 2003;6.
  78. Ntetu AL, Jean M. Consentement aux soins, nouveau défi dans le contexte de la mondialisation. *Éthique & Santé* [Internet]. mars 2008 [cité 19 mai 2018];5(1):40-4. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S176546290800010X>
  79. Panfili J-M. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011. *Droit, Déontologie & Soins* [Internet]. sept 2014 [cité 19 mai 2018];14(3):370-83. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658314001435>
  80. Parizot S. Petit bilan et. . . *Antipsychiatrie* n 11. 2015;91:9.
  81. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations*. *La Presse Médicale* [Internet]. nov 2014 [cité 19 mai 2018];43(11):1195-205. Disponible sur:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S075549821400339X>
  82. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale* [Internet]. janv 2010 [cité 19 mai 2018];36(3):7-13. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700610700129>
  83. Roelandt J-L. Classifier/déclassifier sans stigmatiser en santé mentale : la fin de la « schizophrénie » ? *L'information psychiatrique* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(3):185. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-3-page-185.htm>

84. Roelandt J-L. Décloisonner, verbe actif. L'information psychiatrique [Internet]. 2014 [cité 19 mai 2018];90(5):309. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-309.htm>
85. Rome I. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. L'information psychiatrique [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(10):757. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-10-page-757.htm>
86. Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. L'Encéphale [Internet]. sept 2015 [cité 19 mai 2018];41(4):332-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700615000342>
87. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. nov 2014 [cité 19 mai 2018];172(9):766-71. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714002480>
88. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. déc 2016 [cité 19 mai 2018];174(10):832-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003492>
89. Rouillon F. Psychiatrie française / psychiatrie en France. Paris: Springer; 2012.
90. Salas D. La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibérale. L'information psychiatrique [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2018];88(6):423. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-423.htm>
91. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. L'information psychiatrique [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2018];88(6):407. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-407.htm>
92. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. avr 2012 [cité 19 mai 2018];170(3):211-5. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712000820>
93. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. déc 2012 [cité 19 mai 2018];170(10):693-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712003125>
94. Tachon J-P. Vous avez dit judiciarisation. . . ? :3.
95. Vaillant C. L'intervention du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011 : les premiers obstacles rencontrés. L'information psychiatrique [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2018];87(10):763. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information->

psychiatrique-2011-10-page-763.htm

96. Vanderstukken O, Lacambre M. Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles : confusion ou détournement ? L'information psychiatrique [Internet]. 2011 [cité 27 sept 2018];87(7):549. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-7-page-549.htm>
97. Velpry L. Les malades mentaux dans la ville vus par les ethnographes. :8.
98. Wigman JTW, van Os J, Thiery E, Derom C, Collip D, Jacobs N, et al. Psychiatric Diagnosis Revisited: Towards a System of Staging and Profiling Combining Nomothetic and Idiographic Parameters of Momentary Mental States. Baune BT, éditeur. PLoS ONE [Internet]. 28 mars 2013 [cité 19 mai 2018];8(3):e59559. Disponible sur: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0059559>
99. Communiqué de l'Académie nationale de médecine sur l'évolution actuelle du fonctionnement des hôpitaux publics: Daniel Loisanca au nom de la Commission XV, 5 juin 2012. L'information psychiatrique [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2018];88(6):415. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-415.htm>
100. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. :228.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.





## RESUME

**Objectifs :** Les soins sans consentement sont des mesures légales d'obligation de soins en psychiatrie. Depuis la loi du 5 Juillet 2011, une augmentation du nombre de soins sans consentement a été relevée sur l'ensemble du territoire national avec des disparités géographiques selon les régions. L'objectif de la présente étude est de faire un premier point épidémiologique à un niveau infra-local, sur le territoire de la ville de Marseille. L'étude se déroule de 2015 à 2017, pour formuler des hypothèses sur l'origine possible de ces différences, à l'échelle nationale.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude analytique observationnelle. Les critères d'inclusions sont : les patients hospitalisés en temps plein dans les différents services en charges des arrondissements de Marseille. Les plateformes de données de la RIMP, de l'ATIH ont été utilisées pour recueillir les différentes données de l'étude. Les données individuelles recueillies sont l'arrondissement, le diagnostic, et le type de soins dans l'établissement. Le critère de jugement principal était la présence de soins sans consentement. Des modèles d'analyse hiérarchique ont été utilisés pour permettre la prise en compte des facteurs secondaires : l'indice de fragilité, l'encadrement des soins, le nombre de médecins par secteur de prise en charge. Deux séries d'analyses ont pu être réalisées : une analyse en valeur absolue et une analyse statistique.

**Résultats :** Sur les 2348 patients, 621 sont hospitalisés sous contrainte (26%). Les facteurs influençant les soins sans consentement et, plus spécifiquement, les soins sur décision du directeur de l'établissement sont : la schizophrénie, les troubles de l'humeur, l'âge et le niveau de fragilité sociale de l'arrondissement. Les quartiers favorisés de Marseille comprennent davantage d'hospitalisation sous contrainte, avec une valeur  $p$  à 0.0471 et un IC95% [1.008-3.009]. Le diagnostic a une influence sur le sous-type de soins sous contrainte, alors que l'effectif des soignants ne montre pas d'impact.

**Conclusion :** Il s'agit de la première étude concernant la recherche des facteurs extrinsèques et intrinsèques de variations des soins sans consentement à l'échelle d'une ville. Un des paramètres novateurs de l'étude est l'analyse statistique de l'effectif du service hospitalier. La favorisation sociale est un paramètre à garder à l'esprit pour comprendre les disparités des prises en charge. Les soins sans consentement doivent rester des pratiques exceptionnelles de prise en charge.