

Travail de Fin d'Études – Diplôme d'État d'Infirmier

Promotion 2005-2008

Jean-Pierre MÉRESSE

**La culpabilité de la famille
dans le cas d'une
Hospitalisation à la Demande d'un Tiers**

IFSI de Lagny Marne-la-Vallée

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier à l'IFSI du centre hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée. Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail de fin d'études, et plus particulièrement :

- Ma formatrice-référente pour ses guidances ;
- Le cadre de santé et le personnel du service de psychiatrie Kallisté du centre hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée pour leur disponibilité ;
- Le personnel du centre hospitalier des Murets à La-Queue-En-Brie ;
- L'ensemble des personnes m'ayant apporté leur expérience dans mes recherches aussi bien le personnel soignant que les familles ou les patients qui ont verbalisé leur vécu parfois difficile ;
- Simon et Elodie pour leurs diverses relectures, corrections et critiques constructives.

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. SITUATION DE DÉPART	2
2. QUESTION DE DÉPART	2
II. PROBLÉMATIQUE	3
1. QUESTIONNEMENT	4
2. DÉFINITIONS	4
3. LECTURES	5
4. ENTRETIEN DE DÉPART	6
5. QUESTION DE DEPART AFFINÉE	7
III. MÉTHODE DE RECUEIL DE DONNÉES	8
1. OUTILS, LIEUX ET POPULATION	9
2. ARGUMENTATION DES CHOIX EFFECTUÉS ET DES LIMITES DES OUTILS	9
3. DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE ET OBSTACLES RENCONTRÉS	9
IV. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	11
1. RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE A DESTINATION DU PERSONNEL INFIRMIER	12
2. RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE LA FAMILLE DE PATIENTS HOSPITALISÉS EN HDT	19
V. CADRE DE RÉFÉRENCE	24
1. LA LÉGISLATION	25
2. LES DIFFÉRENTES HOSPITALISATIONS	25
3. LA PSYCHIATRIE ET LE GRAND PUBLIC	26
4. AVANT L'HOSPITALISATION	27
5. L'HOSPITALISATION	28
6. LA SORTIE DU PATIENT	32
7. LE VÉCU ET RESENTI DES FAMILLES	33
8. L'IMPORTANCE DU SOUTIEN FAMILIAL	34
9. L'ORIENTATION	34
10. LES GROUPE DE PAROLES	34
11. LE RESENTI ET POINT DU VUE DU PATIENT	35
VI. CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	39
I. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DU PERSONNEL INFIRMIER DE PSYCHIATRIE INTRA-HOSPITALIÈRE	40
II. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE LA FAMILLE DE PATIENT HOSPITALISÉ À LA DEMANDE D'UN TIERS	43
III. LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS	56
IV. TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT	57
V. LOI N° 90-527 DU 27 JUIN 1990	58

I. Introduction

J'ai choisi le sujet de la culpabilité de la famille dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers car j'ai rencontré, au cours d'un de mes stages dans un service de psychiatrie, ce cas chez un jeune patient dont les parents étaient très perturbés par leur choix. J'ai ainsi décidé d'approfondir ce sujet dans le cadre de mon travail de fin d'études afin de mieux cibler la prise en charge de ces familles ainsi que leurs attentes.

1. Situation de départ

Lors d'un de mes stages en psychiatrie intra-hospitalière, M. J., un patient âgé de 18 ans est hospitalisé à la demande d'un tiers, ses parents, pour un état délirant. La mère est très présente pour son fils, tandis que le père est plutôt absent de par son travail de représentant.

Depuis quelques semaines, il restait enfermé toute la journée dans sa chambre à parler seul. Il ne se rendait plus à l'université, n'avait plus aucune motivation, ne sortait plus de chez lui, écoutait de la musique en permanence, regardait fixement des choses invisibles, avait l'air absent en permanence, etc.

N'ayant jamais été hospitalisé en psychiatrie, M. J. et ses parents ne connaissaient pas les différentes pathologies psychiatriques et en particulier la schizophrénie dont souffre ce dernier. La famille est perdue, d'autant plus qu'elle n'a bénéficié d'aucun suivi, et ne sachant pas quoi faire, elle fait hospitaliser son fils.

Une fois à l'hôpital, le patient critique l'acte de ses parents, dit qu'ils ont souhaité se débarrasser de lui.

Face à l'attitude de leur fils, les parents s'adressent à l'infirmier diplômé d'état (IDE) qui les accueille sur le fait d'avoir signé une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) et expriment de la culpabilité. Selon eux, au regard de la situation, ils l'ont tout simplement "enfermé". Ils se demandent alors si finalement ils n'auraient pas dû garder leur fils à la maison. Son état de santé se serait peut-être amélioré après quelques temps.

Après une discussion et des explications aux parents de la part de l'équipe soignante à propos de la pathologie, du bienfait de l'hospitalisation ainsi que de sa durée et du type, celle-ci se poursuit.

2. Question de départ

Comment l'IDE peut-il venir en aide à la famille, lorsque celle-ci culpabilise, lors d'une hospitalisation à la demande d'un tiers effectuée par un membre proche du patient ?

II. Problématique

1. Questionnement

De là, plusieurs questions se posent :

- Comment l'IDE peut-il venir en aide à la famille ?
- Quels sont les outils auxquels pourraient avoir recours l'IDE pour les faire déculpabiliser ?
- Qu'y a-t-il de mis en place dans les services ?
- Quelles sont les possibilités pour les amener à participer dans la procédure de stabilisation de leur fils afin qu'ils se sentent concernés par la prise en charge et qu'ils aient une vision positive de leur acte ?
- Comment la famille peut participer dans la prise en charge du patient afin qu'elle se sente bénéfique pour leur fils ?

2. Définitions

Quelques définitions à propos du sujet :

Culpabilité : ¹

C'est un sentiment plus ou moins diffus de commettre une faute. Nécessaire à toute vie sociale mais parfois douloureux et contraignant, le sentiment de culpabilité est l'impression de ne pas être juste, d'avoir, en fantasme ou réellement, enfreint un tabou, de nourrir un désir défendu, d'avoir eu un comportement coupable face à telle personne ou telle situation. Il en naît une forte angoisse et une tendance à l'autoaccusation.

Hospitalisation à la Demande d'un Tiers : ²

Ce type d'hospitalisation relève de l'article L.3212-1. « *Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut-être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si : ses troubles rendent impossible son consentement ; son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier* ».

¹ Psychologies.com – Dictionnaire – <http://www.psychologies.com/dictionnaire-psy.cfm/definition/25/Culpabilite.htm> (page consultée le 13/04/2008)

² STEFKA Ivanov et al / Dictionnaire infirmier de psychiatrie – Editions MASSON, 2005 – p. 8

Le tiers peut être un membre de la famille du malade ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

A l'arrivée du patient, le personnel vérifie : la demande manuscrite de la personne demandant l'hospitalisation et la présence d'une photocopie de la pièce d'identité de la personne ; la conformité du premier certificat médical circonstancié qui doit dater de moins de 15 jours et doit être rédigé et signé par un médecin n'appartenant pas à l'établissement où va être hospitalisé le patient ; la conformité du second certificat médical circonstancié qui lui peut être établi par un médecin de l'hôpital.

3. Lectures

Je n'ai trouvé que peu de documentation sur le sujet de la culpabilité de la famille dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Cependant, j'ai pu lire le dossier « *Et la famille ?* » de la revue « *Santé mentale* »³ qui traite de l'accueil de la famille, de son approche, de son rôle de partenaire thérapeutique ainsi que de l'alliance entre professionnel, patient et famille. Il y est notamment décrit l'importance de la famille dans la prise en charge du patient, ainsi que la notion de ce partenariat thérapeutique. En effet, il faut établir dès que possible une alliance thérapeutique afin de diminuer la fréquence des hospitalisations et la sévérité des rechutes, mais également afin d'établir une meilleure observance thérapeutique et de maintenir une cohésion familiale.

De plus, ce dossier explique que souvent les parents ont une part de culpabilité et que dans bien des cas ils n'osent ou ne peuvent pas en parler. Ils analysent alors le passé à la recherche de « la faute ». Il est alors important de modifier la question de « A qui la faute ? » en « Qui peut faire quoi ? ».

Cela m'a ainsi permis de me décider sur cette idée de sujet afin de déterminer quelles sont les différentes actions possibles dans la prise en charge de la famille de façon à permettre ce changement dans leur implication. J'ai alors demandé un entretien avec une infirmière afin de me conforter dans ce choix.

³ Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, p.20-63

4. Entretien de départ

J'ai donc effectué un entretien auprès d'une infirmière travaillant en psychiatrie intra-hospitalière au centre hospitalier des Murets (94), afin d'avoir quelques pistes de départ.

Cette infirmière m'a dit que la culpabilité des parents est très fréquente. Ils ont peur de ce qu'ils voient dans le bâtiment psychiatrique, c'est-à-dire des malades avec des pathologies lourdes. Ils ont du mal à réaliser et à admettre que leur enfant fait peut-être une entrée dans la schizophrénie car ils ne connaissent pas la pathologie, et que le mot "schizophrénie" fait peur. Ils se disent aussi parfois que s'ils l'avaient gardé à la maison ils auraient pu lui éviter ce traumatisme de l'hospitalisation.

La culpabilité se manifeste par le désir de retirer leur enfant du service, soit tout de suite soit trop vite. Ils peuvent également essayer de combattre cette culpabilité en étant envahissants.

Dans ce cas là, différentes procédures sont mises en place. Tout d'abord, une discussion entre l'équipe et la famille sur le ressenti et l'évolution du patient, ainsi qu'une description par l'équipe à la famille des symptômes repérés. L'équipe explique également à la famille le bien fondé et les bénéfices du traitement. Une discussion entre la famille, l'équipe et le psychiatre, généralement en présence du patient, existe également pour repérer les troubles présentés par celui-ci au domicile. La famille est aussi orientée vers le Centre Médico-Psychologique (CMP) pour que les parents aient un espace propre pour discuter, exposer leurs souffrances et leurs interrogations auprès des IDE ou du psychologue.

L'IDE a un rôle d'explication de la pathologie à la famille. Il doit expliquer que l'hospitalisation ne peut qu'être bénéfique par la rupture avec le milieu familial, l'administration d'un traitement approprié, la possibilité pour le patient de lâcher prise, de se retrouver face à lui même par un éventuel retrait dans sa chambre, par une stimulation par des entretiens réguliers avec l'équipe, par des activités qui vont l'aider à extérioriser son ressenti, l'aider à se resocialiser, prendre conscience de ses limites mais aussi de ses capacités.

L'aide à la famille passe surtout par l'équipe, mais aussi par le fait que la famille voit le patient s'améliorer ou, par la prise de conscience devant une non amélioration, qu'elle aurait été impuissante à l'aider par leur seul entourage affectif. Il existe également une mise

en place de groupes de parole réservés aux familles où celles-ci confrontent leurs souffrances, leurs interrogations, leurs expériences, leurs angoisses, etc.

Je lui demande ensuite si la culpabilité est en fonction de la relation entretenue auparavant entre les parents et l'enfant malade de part une fusion forte ou au contraire éloignée. Elle me répond que d'après elle, cela n'a que peu de rapport. En effet, les familles fusionnelles sont souvent des familles de psychotiques, beaucoup trop tolérantes aux symptômes du patient. Les patients arrivent dans les services quelques fois après des mois, voire des années de repli social total et/ou de conduites pathologiques. Alors qu'au contraire, il y a une possible indifférence ou non repérage des symptômes alarmants chez les familles trop éloignées.

Cet entretien m'a permis de mieux cibler le sujet, les différentes actions, ainsi que les besoins de la famille au niveau de la prise en charge. De là, j'ai ainsi pu dégager une question de départ affinée.

5. Question de départ affinée

Comment l'IDE peut-il prendre en charge la culpabilité de la famille (parents, frères et sœurs) lors d'une première Hospitalisation à la Demande d'un Tiers chez un patient d'une vingtaine d'années ?

III. Méthode de recueil de données

1. Outils, lieux et population

Afin de répondre à cette question, j'ai choisi de faire deux questionnaires différents.

Le premier, à destination des infirmiers en psychiatrie intra-hospitalière et le second, à destination des familles ayant vécu une hospitalisation à la demande d'un tiers afin d'avoir leurs impressions sur la prise en charge qu'ils ont vécu.

Les recherches ont été faites à la fois sur Internet grâce à des sites spécialisés pour les infirmiers et les familles de patients psychotiques, mais également dans les centres hospitaliers de Lagny Marne-la-Vallée (77) et Les Murets (94).

2. Argumentation des choix effectués et des limites des outils

Le questionnaire était, à mon avis, le meilleur moyen d'avoir un maximum d'avis sur la prise en charge infirmier lors de cette situation.

Concernant la famille, le questionnaire est de plus un moyen permettant l'anonymat contrairement à l'entretien. En effet, pour les familles, il n'est pas toujours facile d'en parler notamment lorsque cela est récent. Il est en outre plus facile de le leur transmettre.

Cependant, le questionnaire limite l'ouverture des réponses. Mais en comparaison des atouts et difficultés, cet outil me paraît tout de même le plus approprié dans cette situation de recherche.

3. Déroulement de la recherche et obstacles rencontrés

Les questionnaires infirmiers ont été distribués sur Internet et dans des services psychiatriques de deux centres hospitaliers. Le principal obstacle rencontré est le faible nombre de réponses concernant les services. Grâce à la recherche en parallèle sur Internet, le nombre de réponses (une quinzaine) peut être représentatif.

Les questionnaires à destination des familles ont été distribués sur Internet à travers des forums spécialisés. Malheureusement, peu de réponses (une dizaine) me sont revenues et les résultats de ceux-ci ne sont pas forcément représentatifs d'une large population. Mais

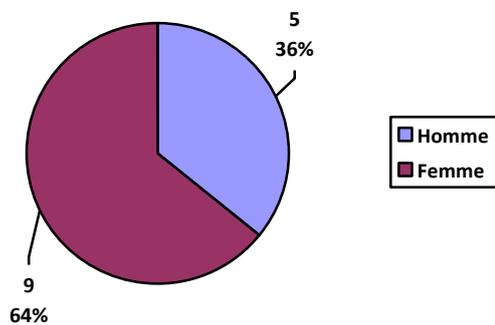
les résultats qui en découlent se conforment à ce que j'ai moi-même pu constater lors de mes différents stages.

IV. Présentation des résultats de la recherche

1. Réponses concernant le questionnaire à destination du personnel infirmier de psychiatrie intra-hospitalière

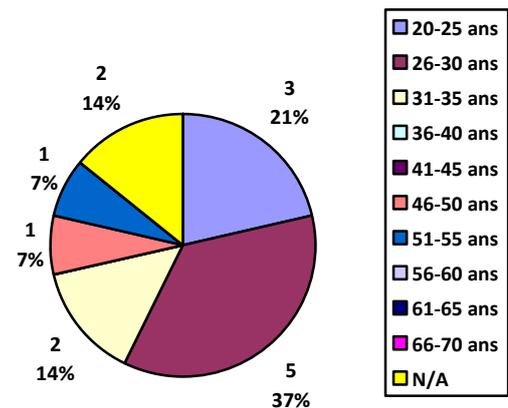
Le questionnaire à destination du personnel infirmier de psychiatrie intra-hospitalière m'a permis de récolter 14 réponses dont voici les résultats :

1. Sexe :



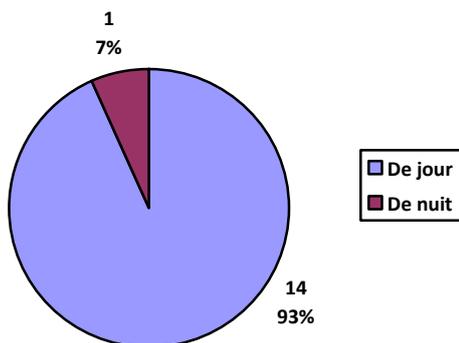
La majorité des personnes ayant répondu sont des femmes.

2. Âge :



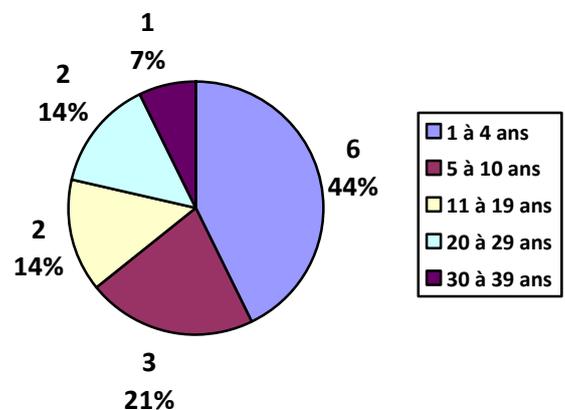
Elles sont âgées principalement de 20 à 35 ans.

3. Travaillez-vous :



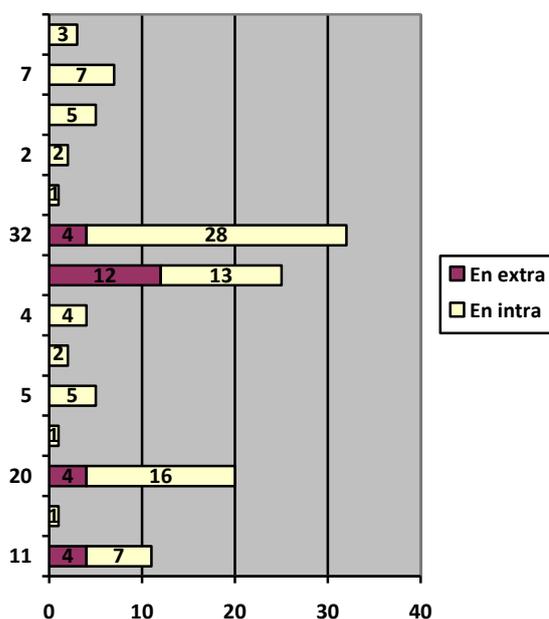
L'ensemble du personnel ayant répondu travaille de jour, à l'exception d'une personne travaillant également de nuit.

4. Depuis combien d'année avez-vous votre Diplôme d'Etat ?



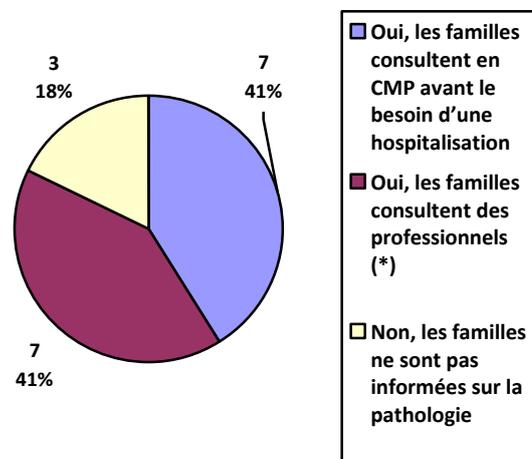
Ils sont essentiellement diplômés depuis 1 à 10 ans.

5. Depuis combien d'années travaillez-vous en psychiatrie ?



Le personnel travaille en moyenne depuis 8 ans en psychiatrie.

6. Y a-t-il des moyens en amont utilisés pour informer la famille sur la pathologie avant une première hospitalisation ?



(*) : Psychologue (3), Psychiatre de ville (2), Médecin traitant (6), Psychiatre des Urgences (2), CMP (2), Infirmier, CATTP, HDJ.

Globalement les infirmiers estiment que les familles ont déjà consulté avant une première hospitalisation.

7. Qui adresse les familles dans ces lieux ?

- 9 Médecin traitant
- 4 Familles elles-mêmes
- 4 Psychiatre privé
- 3 Infirmier scolaire
- 1 Les Urgences
- 1 CMP
- 1 SOS Médecin
- 1 SMUR
- 1 Secours (Police, pompiers)
- 1 Psychiatre du CMP
- 1 Assistant social
- 1 Médecin du travail
- 1 Mairie (suite appel voisinage)
- 1 Intervenants à domicile
- 1 CHU / Cliniques
- 1 SAMU social

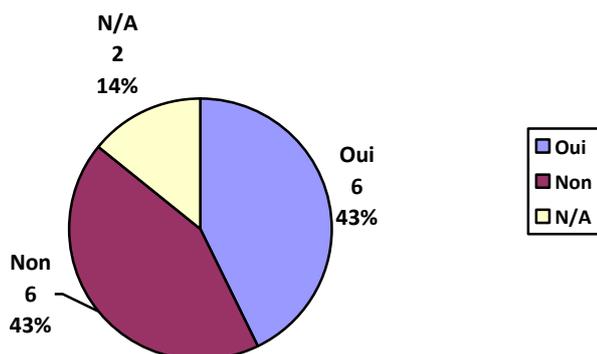
Les familles sont en majorité adressées par les médecins traitants ou les psychiatres privés. Elles peuvent également venir d'elles-mêmes.

8. Comment se déroule la prise en charge du patient et de sa famille dans ces structures ?

- 3 IDE puis médecin
- 1 Aux Urgences, patient vu par psychiatre. S'il le juge nécessaire, il propose une hospitalisation. S'il refuse, il propose à la famille une HDT en expliquant modalités, pathologie et intérêt de l'hospitalisation
- 1 Beaucoup d'écoute, de réassurance, ne pas minimiser, etc.

Les familles sont la plupart du temps prises en charge par l'IDE puis par le médecin.

9. Selon le type de relation (fusionnelle ou non) entre parents et enfant, le degré de culpabilité varie-t-il ?

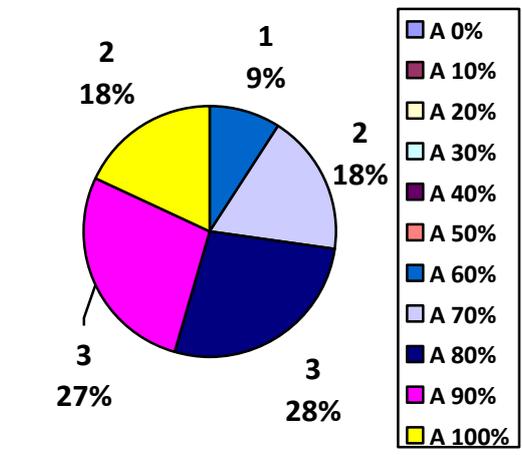


Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> - Dépend de la pathologie, relation fusionnelle tend à banaliser les troubles. - Dépend de la circonstance de survenu des troubles, s'ils sont soudains ou latents et l'âge de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si famille pas pathologie = forcément culpabilité, c'est plus l'état de l'enfant qui influence. - Culpabilité présente dans les deux cas. Juste plus explicite lors d'une relation fusionnelle. - Culpabilité inhérente au placement et à l'image de la psychiatrie dans le sens commun. - Pas relation fusionnelle qui donne culpabilité mais laisser son enfant dans endroit inconnu (psychiatrique de plus). L'enfant ne va pas bien et ils ne peuvent rien faire. Ils ne reconnaissent plus leur propre enfant. Ils ont le sentiment de ne pas être de bons parents. Ils sont démunis.

Les avis concernant le degré de culpabilité en fonction du type de relation sont très partagés.

10. Lorsque le patient arrive dans votre service en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (situation présentée dans l'introduction), la culpabilité de la famille est-elle fréquente ?

Les infirmiers estiment la fréquence de culpabilité entre 60% et 100%.



11. A ce moment là, qu'évoquent les familles (raisons, etc.) à propos de leur culpabilité ?

3	Peur des représailles	1	La fatigue
2	Mauvaise image de la psychiatrie	1	L'épuisement moral
1	Rapport à la folie	1	La prise de recul
1	Possibilité ou non de guérison	1	Destruction des relations après
1	Pas être venu plus tôt	1	Disent que ça ne peut plus durer
1	D'avoir mis les troubles sur crise d'ado	1	Incompréhension
1	De ne pas savoir quoi faire	1	Solitude car ne peut pas en parler
1	De ne pas avoir assuré	1	Impuissance face aux situations
1	Ne pas avoir constaté les problèmes	1	Besoin d'écoute et d'être réassuré
1	Peur que le patient en veuille	1	L'hospitalisation rassure
1	Peur de l'incompréhension		
1	Abandon de son enfant		
1	Sentiment d'échec		
1	Se justifie beaucoup		
1	Demande de confirmer leurs choix		

Les familles évoquent principalement la peur des représailles de la part du patient ainsi que la mauvaise image de la psychiatrie.

12. Comment la culpabilité de la famille se manifeste-t-elle ?

- 4 | Agressivité envers l'équipe soignante
- 4 | Pleurs
- 3 | Nombreux appels téléphoniques
- 2 | Questionnement multiple
- 2 | Trop envahissant et présent
- 2 | Peur
- 1 | Remise en question de prise en charge
- 1 | Tendence à banaliser
- 1 | Trop absent
- 1 | Recherche de la cause de la maladie
- 1 | Lève trop rapidement l'HDT
- 1 | Angoisse
- 1 | Besoin de parler des raisons de l'hospitalisation
- 1 | Besoin de montrer leur amour au patient
- 1 | Rejet du patient / équipe par la famille
- 1 | Besoin important de parler de la raison d'HDT
- 1 | Ne veulent pas dire qu'ils sont signataires
- 1 | Des excuses
- 1 | « C'est la pire punition que j'ai donné à ma fille »
- 1 | Familles parlent beaucoup et racontent l'histoire

13. Comment la culpabilité de la famille est-elle repérée par les équipes ?

- 3 | Voir question 12
- 2 | Pleurs
- 1 | N'est pas caché donc repérable
- 1 | Logique pour équipe donc anticipe
- 1 | Ecoute et réassurance
- 1 | Démystification de la maladie
- 1 | Définition de la maladie
- 1 | Explication de la prise en charge
- 1 | Lors des appels tel, famille se confie
- 1 | Par la parole
- 1 | Tristesse
- 1 | Agressivité envers les équipes
- 1 | Appels téléphoniques fréquents
- 1 | Exigent avec le personnel
- 1 | Famille reste distante
- 1 | Beaucoup de questions
- 1 | Stressé
- 1 | Parle beaucoup et raconte
- 1 | Ne comprend pas

La culpabilité des familles se manifeste essentiellement par de l'agressivité envers l'équipe soignante, des pleurs, un envahissement, un questionnement multiple et de la peur. Ces différents signes permettent aux équipes de la repérer.

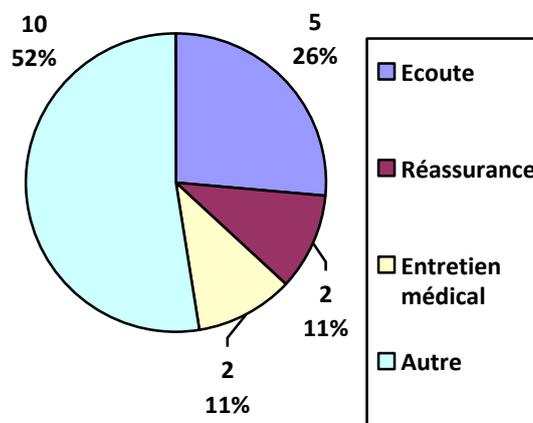
14. Qui y a-t-il de mis en place par l'équipe soignante, lorsque la culpabilité de la famille est repérée ?

- 7 | Entretien d'explication et de réassurance
- 4 | Entretiens familiaux avec psychiatre et patient
- 3 | Proposition entretien médical
- 2 | Valorisation des bienfaits de leur démarche
- 1 | Montrer dangers futurs si patient non hospitalisé
- 1 | Rappel du but de l'hospitalisation
- 1 | Explication de la pathologie
- 1 | Suivi en CMP
- 1 | Proposition de relais avec association
- 1 | Famille sera contente quand la crise sera finie
- 1 | Conforter choix de la famille dans l'hospitalisation
- 1 | Evocation difficultés famille à domicile
- 1 | Prendre temps de répondre aux questions
- 1 | Evoquer à famille la notion d'acte d'amour
- 1 | Diriger vers le médecin
- 1 | Créer une relation de confiance
- 1 | Ecouter, informer, réassurer

Les actions mises en place sont alors principalement des entretiens d'explication et de réassurance, des entretiens familiaux avec le psychiatre et le patient, des propositions d'entretiens médicaux, ainsi qu'une valorisation des bienfaits de leur démarche.

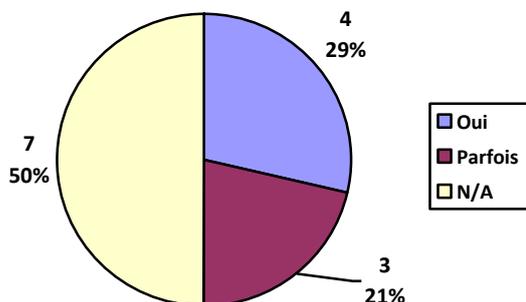
15. Quel est, plus particulièrement, le rôle de l'IDE dans cette prise en charge ?

- 5 | Ecoute
- 2 | Réassurance
- 2 | Entretien médical dans 2nd temps
- 1 | Rôle principal car au premier temps
- 1 | Entretien dans bureau (pas couloir)
- 1 | Prendre en compte la souffrance
- 1 | Empathie
- 1 | Evaluation
- 1 | Entretien infirmier
- 1 | Expliquer la pathologie et traitement
- 1 | Expliquer la prise en charge
- 1 | Détecter souffrance psychique
- 1 | Diriger vers la hiérarchie



Dans cette prise en charge l'IDE a principalement pour rôle l'écoute et la réassurance.

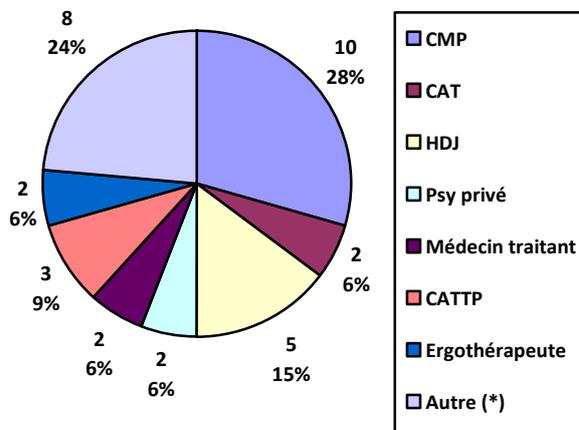
16. Selon vous, une prise en charge commune avec le patient et sa famille permet-elle à cette dernière de déculpabiliser ?



Les avis concernant une prise en charge commune avec le patient et sa famille restent partagés, bien que la majorité y soit favorable.

Oui	Parfois
<ul style="list-style-type: none"> - Implication dans la prise en charge (PEC) et retrouvera place de soutien - Permet une meilleure PEC pendant et après l'hospitalisation (stabilisation et suivi) - N'abandonne pas le patient et légitime l'hospitalisation. Elle a décidé d'une hospitalisation donc important qu'elle garde un rôle dedans et dans l'évolution du patient - Important pour eux d'être intégré dans le projet de soin. Indispensable pour équipe de travailler avec eux (meilleure connaissance du patient). - Pense ainsi « soigner un peu leur propre enfant » et ne pas être mis à l'écart Permet de prouver à la famille que l'HDT n'est pas une erreur 	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines familles peuvent mettre en échec projet de sortie - Pas au moment de la crise car patient pas à même d'entendre souffrance des uns et mots des autres. Par la suite individuelle puis famille peut permettre retour plus facile

17. Lors de la sortie du patient, quelles orientations et structures d'accueil sont proposées à la famille ?



(*) Thérapie familiale, différentes associations, arthérapie, relaxation, visites à domicile.

- Tout dépend de la raison, du motif d'hospitalisation et de l'adhérence aux soins et du choix du patient

- Rappeler qu'il y a si besoin les Urgences ou le CMP

- Montrer que l'institution est disponible

18. Comment les familles réagissent-elles à cette future transition d'équipe et de lieux ?

- 3 | Soulagé par la sortie
- 3 | Inquiétude par rapport à l'inconnu
- 2 | Réassuré (on ne les lâche pas)
- 2 | Inquiétude par rapport au proche
- 2 | Famille sereine car suivie
- 1 | Appréhension de la sortie
- 1 | Satisfaction de voir évolution
- 1 | Inquiétude pour l'avenir
- 1 | Généralement bien
- 1 | Il faut informer famille à l'avance
- 1 | Famille soulagée car suivie

Généralement les familles sont soulagées et réassurées par la sortie car elles savent qu'elles seront suivies et que cela signifie une amélioration pour le patient. Parallèlement à cela, elles sont également inquiètes par rapport à l'inconnu lié à la nouvelle structure (CMP, HDJ, etc.).

19. Quelles informations délivrez-vous aux familles sur ces structures ?

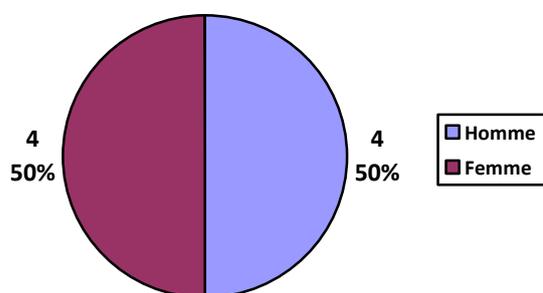
- 4 | Personnel sur place
- 3 | Mode de fonctionnement
- 2 | Lieu
- 2 | Expliquer que ce sont des lieux de soins
- 1 | But de la prise en charge dans la structure
- 1 | Rôle de la structure
- 1 | Horaires
- 1 | Permet d'éviter l'hospitalisation
- 1 | Lieu neutre
- 1 | Consultation au CMP gratuit
- 1 | Patient et famille pourront évoquer leur quotidien pour que le psychiatre évalue traitement
- 1 | Numéro de téléphone
- 1 | Numéro de téléphone de l'intra si problèmes
- 1 | Coordonnées
- 1 | Dépliants
- 1 | Rendez-vous parfois fixé par l'équipe
- 1 | Lieu où elles peuvent parler et demander conseil

Les infirmiers délivrent principalement aux familles, avant le changement de structure, des informations sur le personnel, le mode de fonctionnement, ses coordonnées, ainsi que des explications sur le fait que cela reste un lieu de soins.

2. Réponses concernant le questionnaire à destination de la famille de patients hospitalisés à la demande d'un tiers

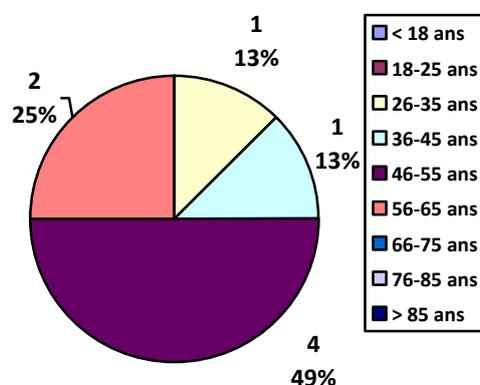
Le questionnaire à destination de la famille de patients hospitalisés à la demande d'un tiers m'a permis de récolter 8 réponses dont voici les résultats :

1. Sexe



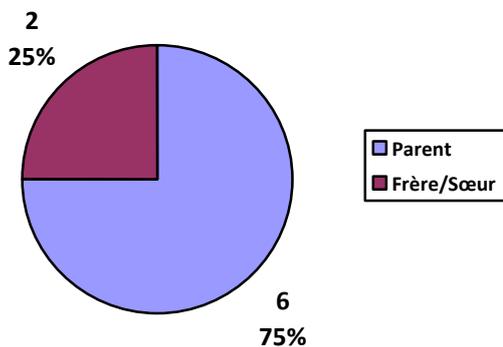
Les personnes ayant répondu sont autant des hommes que des femmes.

2. Âge :



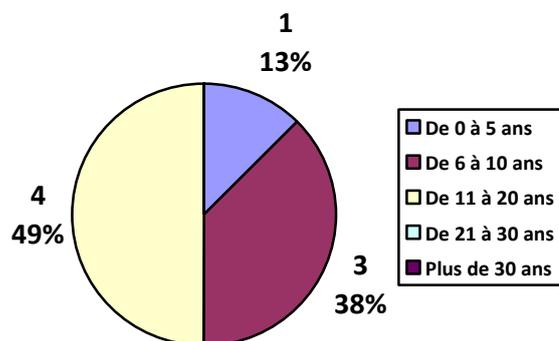
Elles sont âgées entre 26 et 55 ans.

3. Quel est votre lien de parenté avec le patient ?



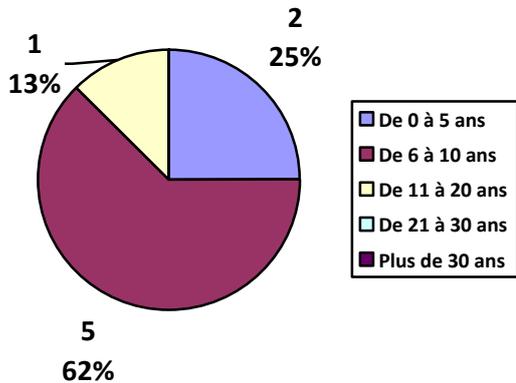
Elles sont en grande partie un des parents du patient.

4. Depuis combien d'années le patient a-t-il les premiers symptômes de la pathologie ?



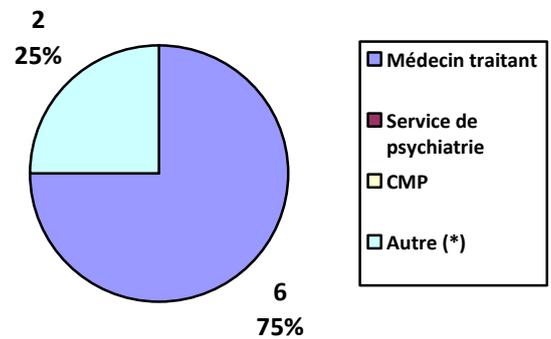
Le patient a ses premiers symptômes depuis 0 à 20 ans, avec une majorité pour la tranche 11 à 20 ans.

5. Depuis combien d'années avez-vous connaissance de la pathologie du patient ?



Elles ont principalement connaissance de la pathologie depuis 6 à 10 ans.

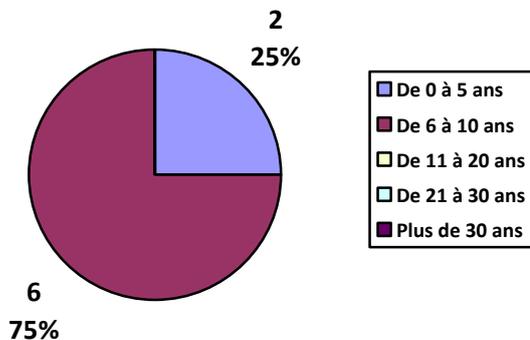
6. De quelle(s) manière(s) avez-vous pris connaissance de sa pathologie ?



(*) : Par mes parents

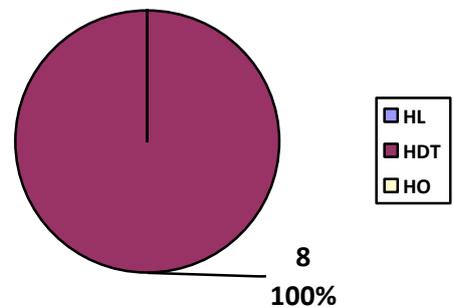
Elles ont eu en grande partie connaissance de la pathologie par leur médecin traitant.

7. Depuis combien d'années avez-vous été amené à faire hospitaliser pour la première fois le patient ?



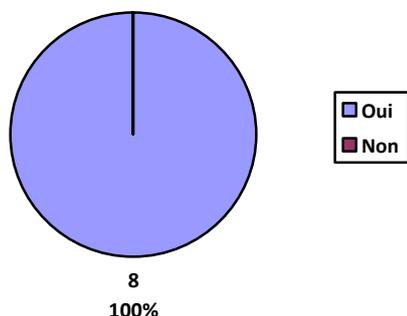
Elles ont été, en grande partie, amenés à faire hospitaliser le patient il y a entre 6 et 10 ans.

8. De quel type d'hospitalisation s'agissait-il ?



Toutes les hospitalisations ont été faites en HDT, ce qui entre donc dans le cadre de ce travail de fin d'études.

9. Avez-vous ressenti de la culpabilité lors de cette demande d'hospitalisation ?



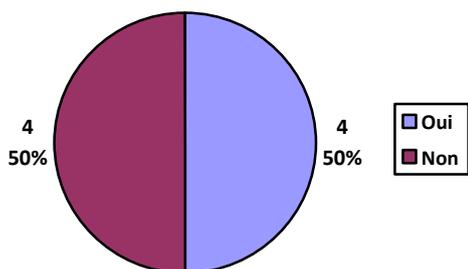
L'ensemble des personnes ayant répondu ont ressenti de la culpabilité.

10. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous, ou n'aviez vous pas, cette culpabilité ?

- 6 | Image négative de l'hôpital psy
- 5 | Rejet du patient vis-à-vis de la famille
- 3 | Sentit coupable
- 3 | Peur de savoir le patient enfermé
- 1 | Gêne

Les principales raisons étaient l'image négative de la psychiatrie ainsi que le sentiment de rejet du patient.

11. Si vous avez ressenti de la culpabilité, l'équipe soignante a-t-elle su la détecter ?



Concernant le fait que l'équipe soignante a su détecter la culpabilité, les avis sont partagés.

12. Comment l'équipe soignante vous a-t-elle pris en charge à ce moment là ?

- 4 | Réassurer
- 3 | Explication sur la prise en charge
- 2 | Ne pourra plus être dangereux pour lui
- 2 | Ne pourra plus être dangereux pour l'entourage

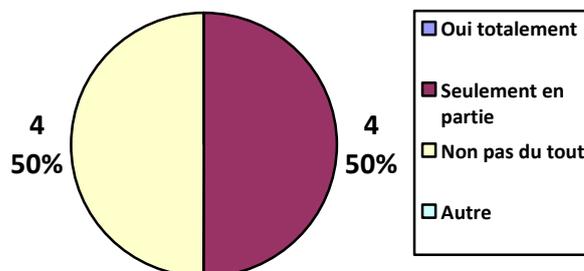
L'équipe soignante a alors mis en place une réassurance et une explication sur la prise en charge.

13. Quel(s) autre(s) moyen(s) vous ont été proposés ?

- 4 | Aucun autre moyen
- 2 | Entretien avec le psychiatre

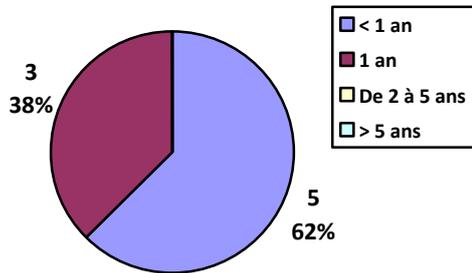
En grande majorité, aucun autre moyen n'a été proposé aux familles. Seules deux ont pu bénéficier d'un entretien avec le psychiatre.

14. Avez-vous l'impression qu'ils vous ont aidé à déculpabiliser ?



Les familles n'ont soit pas l'impression que les équipes soignantes aient pu les aider à déculpabiliser, soit seulement en partie.

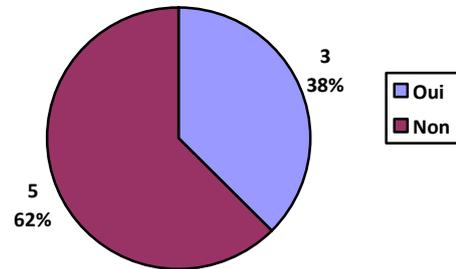
15. Au bout de combien de temps avez-vous déculpabilisé (si tel est le cas) ?



- Quand on l'a vu changer et redevenir sociable
- On déculpabilise soi-même assez vite car on se décharge d'une situation qui est pour nous sans issue. Faire hospitaliser est bien pour le malade (qui la plupart du temps ne nous en veut pas tout de suite) et aussi pour nous car on sait qu'il est désormais entouré de professionnels.

Les familles ont toutes déculpabilisé en maximum 1 an.

16. Avez-vous été satisfait de votre prise en charge globale par l'équipe soignante où était hospitalisé le patient ?



- Non, mes parents n'ont jamais été reçus par le psychiatre du patient.
- Non, car on ne comprenait pas ce qui se passait chez mon enfant.
- Non, mon fils était terrifié, ma femme pleurait et son frère ne voulait plus le voir. L'équipe soignante s'est comportée comme s'il avait commis un crime. Les justifications apportées par eux ne nous ont pas satisfaits.

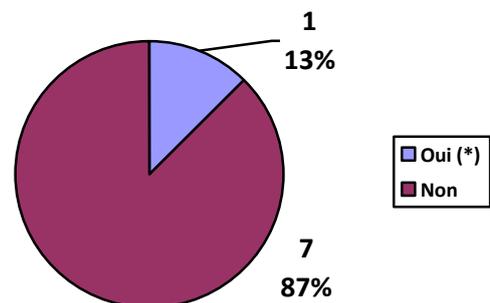
Seules 3 familles sont satisfaites de la prise en charge concernant leur culpabilité.

17. Que vous a-t-il manqué dans la prise en charge par l'équipe soignante où était hospitalisé le patient ?

5	Des explications précises
4	La prise en charge de l'entourage tout simplement
1	Des preuves

Les principaux éléments qui ont manqué aux familles sont des explications précises ainsi que leur prise en charge globale.

18. A la sortie du patient, avez-vous été pris en charge dans d'autres structures (Centre Médico-Psychologique, Psychologue, etc.) ?



(*) : CMP

Seule une personne a été prise en charge pour la suite au CMP. Les autres ne l'ont plus été.

19. Quelles sont les informations que vous avez reçues du service à propos de cette structure ?

- 1 | Coordonnées
- 1 | Explication sur le lieu

20. Comment avez-vous vécu cette transition d'équipe et de lieux ?

- 1 | Bien car nous savions l'utilité du CMP

Cette personne a alors reçu comme information les coordonnées et les explications sur le lieu. Elle a bien vécu la transition de structure car elle avait eu les informations concernant l'utilité de cette dernière.

V. Cadre de référence

1. La législation

En France, les malades mentaux peuvent être hospitalisés librement, mais aussi sans leur consentement⁴. Cela est régit par la loi du 27 juin 1990⁵ (Annexe V), « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisés en raison des troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », qui a pour objectif de mieux garantir leurs droits. Elle permet aussi de mettre la législation française en accord avec les recommandations européennes de 1983 sur la « protection juridique des personnes atteintes des troubles mentaux et placées comme patients involontaires ». Cette loi de 1990, qui remplace l'ancienne loi de 1838, adapte les textes au fait que, aujourd'hui, près de 90% des patients des services psychiatriques sont hospitalisés librement.

2. Les différentes hospitalisations

Cette loi met en avant trois types d'hospitalisation en psychiatrie⁶ :

- ***Hospitalisation Libre (HL) :***

Elle se fait avec le consentement des patients.

- ***Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) :***

Pour être valable, la demande d'hospitalisation doit être confirmée par deux médecins dont l'un au moins n'exerce pas dans l'établissement d'accueil. Les deux certificats médicaux doivent attester que les conditions nécessaires à l'hospitalisation sont réunies. Ces certificats médicaux sont communiqués au directeur de l'établissement d'accueil, au préfet et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Le certificat, du fait du secret médical, ne décrit que les signes et symptômes retrouvés par l'observation médicale, sans mentionner aucun diagnostic.

⁴ DEBRAY Quentin / Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteintes de troubles psychiatriques – Nouveaux Cahiers de l'Infirmière – N.13 – 3ème édition – Edition MASSON, 2005 – p. 159

⁵ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation

⁶ DEBRAY Quentin / Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteintes de troubles psychiatriques – Nouveaux Cahiers de l'Infirmière – N.13 – 3ème édition – Edition MASSON, 2005 – p. 159-160

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade, l'hospitalisation à la demande d'un tiers peut être prononcée au vu d'un seul certificat médical, établi par un médecin de l'établissement d'accueil. Cette procédure d'urgence est prévue au cas où un médecin extérieur n'aurait pu être sollicité.

- ***Hospitalisation d'Office (HO) :***

Elle concerne les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Tandis que l'HDT peut être considérée comme un acte essentiellement médical visant à assurer la sauvegarde de l'individu malade, l'HO est une mesure administrative permettant à la société de se protéger contre les agissements de celle-ci. L'HO est prononcé par le préfet du département, à la vue d'un certificat médical circonstancié qui ne peut être établi par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. En cas de danger imminent pour les personnes, attesté soit par un avis médical soit par la notoriété publique, le maire peut prendre une mesure provisoire d'hospitalisation pendant 24h.

Quel que soit le mode d'hospitalisation sans consentement, le malade est examiné dans les premières vingt-quatre heures de son hospitalisation par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat afin de confirmer ou d'infirmer la nécessité de l'hospitalisation sans consentement. Cet examen est obligatoirement renouvelé à intervalles réguliers (quinzaine, mois).

Dans le cas d'une HDT, et en dehors des différentes voies de levée de l'hospitalisation prévue par la loi, la décision de mettre fin à cette hospitalisation appartient au psychiatre hospitalier qui peut produire à tout moment un certificat à cet effet. Dans le cas d'une HO, la décision relève du préfet, qui s'appuie le plus souvent sur l'avis des médecins.

3. La psychiatrie et le grand public

La psychiatrie dans le grand public fait peur. En effet, l'image principale qui en ressort est l'asile avec « des fous », tel que cela était présenté il y a de cela quelques années.

Cela ne fait que renforcer la crainte et la culpabilité des familles subissant une HDT, qui associent l'hospitalisation à l'image précédemment décrite.

Tout ceci est mis en avant par le biais des questionnaires à destination des familles où il est dit à 80% « Nous avons une image très négative de l'hôpital psychiatrique ».

4. Avant l'hospitalisation

Souvent il existe un déni de la famille devant les troubles. En effet, celle-ci ne veut pas admettre que leur enfant est malade et « différent ».

Plusieurs moyens sont utilisés en amont de l'hospitalisation afin d'informer les familles. Le plus utilisé est, comme le confirme à 80% les réponses au questionnaire infirmier, le CMP. Mais différents autres acteurs jouent un rôle : psychologue, psychiatre de ville, médecin traitant, psychiatre des urgences, et infirmier.

Pour cela les familles sont orientées le plus souvent par le médecin traitant qui les envoie consulter un psychiatre au CMP. Il est également possible que ce soit les secours (SOS Médecin / police / pompier / SMUR), infirmier scolaire, CMP, psychiatres privés, psychologues, assistante sociale, médecin du travail, mairie (à la suite d'un appel du voisinage), des intervenants à domicile, le SAMU social ou les familles elles-mêmes.

Mais toutes les familles ne bénéficient pas d'informations au préalable sur la pathologie. Dans ce cas, comme le montre les résultats à 20%, les familles consultent directement les Urgences car la situation devient impossible.

Le type de relation, fusionnelle ou non, entre les parents et l'enfant peut influencer sur le degré de culpabilité. Cela varie également en fonction des troubles, s'ils sont soudains ou latents, l'âge de l'enfant, etc. Le risque d'une relation fusionnelle est de banaliser les troubles.

Cependant, si la relation à la famille n'est pas fusionnelle, la culpabilité est également présente. Dans ce dernier cas, l'état de l'enfant a une influence sur les parents.

Globalement ce n'est pas la relation fusionnelle qui génère la culpabilité mais le fait de laisser son enfant dans un endroit inconnu (psychiatrique de plus, ce qui influe de part l'image de celle-ci dans la société). En outre, l'enfant ne va pas bien et les parents ne peuvent rien faire. Ils ne reconnaissent plus leur enfant, sont démunis, et ont le sentiment de ne pas être de bons parents.

Les résultats confirment cela. En effet, les chiffres montrent que pour 43% des personnes, la relation influe la culpabilité. D'autres répondent que la culpabilité est présente dans les deux cas, mais qu'elle est juste plus explicite lors d'une relation fusionnelle.

Dans la majorité des cas, le patient et sa famille arrivent aux Urgences. Le patient voit alors le psychiatre, qui s'il le juge utile, lui propose une hospitalisation. S'il refuse, une

HDT est proposée à la famille en expliquant les différentes modalités, la pathologie et l'intérêt de l'hospitalisation.

Dans tous les cas l'infirmier doit fournir à la famille beaucoup d'écoute, de réassurance et ne jamais minimiser la situation.

5. L'hospitalisation

On peut voir, dans les résultats au questionnaire infirmier, que pour 20% des réponses, la culpabilité de la famille est présente dans toutes les HDT. A 50% entre 80-90%, à 20% entre 70-80%, et 10% à 60%. Or le résultat dans le questionnaire des familles est, pour toutes les personnes interrogées, de 100%.

Dans la revue « Santé Mentale »⁷, il est évoqué par les familles que la cause est la mauvaise image de la psychiatrie dans la société ainsi que le rapport à la folie, ce qui leur fait peur et leur donne un sentiment de honte impliquant un repli sur soi ainsi qu'une désocialisation. Ce qui est confirmé par les réponses au questionnaire des familles. Celles-ci ont également la notion de non guérison, ce qui fait qu'elles ne veulent pas croire en la maladie, que ce n'est qu'un rêve qui va disparaître. Plus elles attendent et plus les symptômes s'aggravent. Elles se sentent alors coupable de ce qu'elles font, mais également coupable de ce qu'elles ne font pas. Mais « *aller voir le psychiatre, ce serait comme faire entrer la folie dans sa maison* ». Elles se renseignent sur la schizophrénie, elles reconnaissent certains symptômes. Mais elles espèrent toujours qu'une guérison va arriver. Ils craignent d'être de mauvais parents, et d'être pris dans un système où tout leur échapperait. Mais un jour ils n'ont plus le choix tellement les troubles du comportement sont importants.

Une fois l'hospitalisation faite, les familles naviguent entre soulagement et culpabilité. Elles aimeraient alors raconter leur histoire. Sur le moment elles regrettent d'avoir pris cette décision, mais ensuite ça sera de ne pas être venus plus tôt et d'avoir mis les troubles sur le compte de la crise d'adolescence. En tant que parents ils n'ont pas su quoi faire, ont l'impression d'avoir échoué dans leur rôle, et ne pas avoir constaté les problèmes avant. De plus, ils ont peur des représailles du patient, que ce dernier leur en veuille, de détruire leurs relations, ainsi que de sa non compréhension. Ils ont également l'impression d'abandonner leur enfant de part la signature de cette HDT, de ne pas comprendre ce qui arrive à leur enfant et du sentiment d'échec. Ils se justifient alors beaucoup et demandent à l'équipe

⁷ Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, p. 20-29

confirmation de leur choix, en évoquant le fait que ça aurait peut-être pu être réglé simplement avec de l'amour. Ils parlent également de fatigue, d'épuisement moral, de solitude car ils ne peuvent en parler avec personne. Ils ressentent également un sentiment d'impuissance et d'incompréhension. Ils ont alors besoin de prendre du recul, d'écoute et de réassurance car c'est souvent la première fois qu'ils peuvent exprimer leur souffrance. Paradoxalement à cela ils ont conscience que cela ne peut plus durer chez eux et que l'hospitalisation est rassurante car il y a un passage de relais.

Tout cela est confirmé par les résultats du questionnaire à destination des familles. En effet les mêmes impressions, ressentis et sentiments des familles ressortent.

L'infirmier, et l'équipe soignante en générale, doivent alors devoir accueillir le patient, apprendre à le connaître, l'intégrer à la vie de l'unité et le soigner. Mais il est également important, après tout ce qu'à vécu la famille dans les derniers mois, voir années, de prendre en charge la famille. De plus cela permet une alliance thérapeutique où équipe et famille sont une ressource différente et un soutien, ce qui est un atout pour chacune des trois parties : équipe, famille, mais également patient. D'autant plus que les pathologies impliquent une prise en charge longue. En outre, les familles ne nous confient leur proche que lorsqu'elles sont confrontées à une situation qu'elles n'arrivent plus à gérer. Il nous faut alors accueillir la souffrance du patient sans déposséder ceux qui l'accompagnent.

En effet, bien souvent, la culpabilité ronge les pères et les mères, d'autant plus que dans bien des cas ceux-ci n'osent ou ne peuvent pas en parler. Ils épluchent le passé à la recherche de « la faute ». Nombreuses sont les questions que se posent les familles : « *Est-ce parce que je ne l'ai pas allaité ? Me suis-je absentée trop longtemps ? Aurais-je dû rester avec sa mère ? Aurais-je dû me remarier ? Sentait-il que j'étais malheureuse avec son père ? L'ai-je trop poussé dans les études ?* ». Le problème n'est plus de dire « A qui la faute ? » mais « Qui peut faire quoi ? ». ⁸

Cette culpabilité se manifeste principalement par des pleurs et de l'agressivité envers l'équipe (à 40% des résultats au questionnaire infirmier, ce qui est confirmé dans celui des patients), par un questionnement multiple (à 20% des résultats), des excuses, un envahissement ou au contraire une absence, de la peur, de l'angoisse et de nombreux appels téléphoniques. D'autres signes apparaissent également comme une remise en question de la prise en charge, un flux important de paroles, des parents qui ne veulent pas

⁸ TOBIN Catherine / La Schizophrénie – Editions ODILE JACOB, 1998, 224 pages – Cité dans Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, p. 25

dire qu'ils sont signataire de l'HDT, une hésitation sur la nécessité de l'hospitalisation, une tendance à banaliser et une recherche des causes de la maladie. Les familles ont, de plus, besoin de montrer leur amour au patient, ainsi que de parler des évènements qui ont poussés la famille à demander l'HDT. Au contraire, la famille rejette parfois le patient et/ou l'équipe. Une famille a également dit à une infirmière que j'ai rencontré : « *C'est la pire punition que je puisse donner à ma fille* ».

Tout cela n'étant pas caché, les équipes repère rapidement la culpabilité. Ces dernières l'anticipent également car cela leur semble logique. De plus, les familles se confient beaucoup lors des appels téléphoniques et sont très souvent exigeantes avec l'équipe, ce qui est un moyen de décharger sa culpabilité. Parfois les familles restent distantes mais les soignants observent un problème et ressentent le mal-être pendant la visite au patient. D'autres fois elles prennent directement rendez-vous avec le cadre IDE ou le psychiatre. Or, seulement 50% des familles disent que l'équipe soignante a su détecter leur culpabilité et agir en conséquence.

L'infirmier doit alors dans ces différents cas écouter et réassurer, tout en définissant et démystifiant la maladie puis en expliquant la prise en charge qui en découle. Pour cela, différents moyens sont utilisés. Tout d'abord les entretiens d'explications et de réassurance avec réponses aux questions (70% des résultats au questionnaire infirmier), des entretiens familiaux avec le psychiatre et le patient (40% des résultats infirmier mais seulement 30% des familles disent en avoir profité), des propositions d'entretien (30% des résultats) et une valorisation des bienfaits de leurs démarches (20% des résultats). D'autres actions sont également mises en place comme l'explication de la pathologie, un suivi en CMP, une proposition d'une conversation téléphonique avec le médecin ou d'un relais par des associations. Il faut également rappeler à la famille le but de l'hospitalisation, les réassurer en leur disant que quand la crise sera terminée leur enfant sera au final content qu'on l'ait obligé à se soigner, montrer les dangers futurs si le patient n'était pas pris en charge (aggravations et dangers), les conforter dans leur choix, mais aussi évoquer les difficultés que la famille rencontre lorsque le patient est à domicile sans être soigné ainsi que la notion d'hospitalisation dans le sens d'une protection, d'un acte d'amour familial particulièrement difficile à réaliser. Il faut dans tous les cas prendre du temps pour répondre à leurs questions et à leurs demandes, en créant une relation de confiance, en écoutant, informant et réassurant. On peut également proposer à la famille de se diriger vers le médecin. Il est également possible d'informer la famille sur la possibilité d'anonymat lorsque qu'une peur de représailles est présente.

Le rôle de l'IDE dans la prise en charge de la famille est primordial car il est au premier temps de toute action suivante. En effet c'est l'infirmier que rencontrera en premier la famille. De plus, c'est lui qui est identifié par la famille comme le plus abordable et le plus proche du patient. Ils ont alors l'impression de confier ce dernier, avec notion de passage de témoin et de culpabilité. Il faut alors prendre le temps de proposer un entretien entre l'infirmier et la famille, puis, si la famille est trop en souffrance, de proposer un entretien médical. Le tout de manière empathique. Cela permet de faire une évaluation et de rediriger si besoin vers le professionnel adéquat. Il est important de donner à la famille toutes les informations nécessaires sur la pathologie, le traitement et le déroulement de l'hospitalisation, afin qu'ils puissent comprendre la prise en charge globale.

De plus le patient se sentira tiraillé entre sa famille et l'équipe soignante, qui sont pour lui des étrangers qui disent vouloir son bien. Comme écrit dans le dossier de « Santé Mentale » : « *Mais comment pourraient-ils vouloir son bien s'ils ne prennent pas en compte l'angoisse de sa famille ?* ». Une prise en charge commune entre la famille et le patient est donc importante, comme confirmé par 60% des réponses au questionnaire infirmier. En effet cela permet une implication de la famille dans cette prise en charge et leur permet de retrouver une place de soutien. Le tout permet une meilleure prise en charge pendant et après l'hospitalisation (au niveau de la stabilisation et du suivi). La famille a alors l'impression de ne pas abandonner le patient et de légitimer l'hospitalisation. C'est en effet elle qui a décidé cette dernière et il est donc important qu'elle garde un rôle dans l'hospitalisation et l'évolution du patient. Il est important pour eux d'être intégré dans le projet de soin, mais il est également indispensable pour l'équipe de travailler avec eux qui ont une meilleure connaissance du patient. De ce fait, les familles pensent soigner eux aussi leur propre enfant sans être mises à l'écart. Ce qui permet de prouver à la famille que l'HDT n'est pas une erreur. Il faut cependant faire attention de ne pas laisser les familles envahissantes trop libres. Il est, en outre, nécessaire de prendre un recul avec certaines familles, car elles peuvent mettre en échec un projet de sortie (comme le montrent à 20% les résultats). Il est également risqué de faire cela en période de crise car le patient n'est pas à même d'entendre la souffrance des uns et les mots des autres.

Le principe est de créer une relation personnalisée, support d'une alliance thérapeutique. Le tout commence dès l'arrivée de la famille. En effet l'équipe soignante est le premier contact avec celle-ci, et ce sont dès les premières minutes que la suite de la prise en charge s'effectue.

La prise en charge infirmière doit se baser sur la réassurance de la famille, après avoir écouté leur histoire dont ils ne peuvent pas parler depuis un long moment. Le projet de soins doit alors se faire de manière collective et personnalisé pour une meilleure adhérence à l'alliance thérapeutique. Le but est de faire en sorte que la famille puisse rentrer chez elle en toute confiance, et au patient de consentir aux soins. En accueillant les parents, en leur expliquant le traitement et la prise en charge, et en leur donnant les moyens de comprendre ce qu'il se passe pour leur proche, les parents ont la possibilité d'avoir une moins grande part de culpabilité et d'être eux-mêmes plus responsables. De plus, le fait que les infirmiers prennent en charge les familles et puissent rassurer les parents fait d'eux, pour ces mêmes parents, des gens fiables, sur qui ils peuvent se reposer et se rassurer.

6. La sortie du patient

La sortie des patients en HDT s'effectue de la même façon que tout autre patient puisque celle-ci est levée. De ce fait, les orientations sont identiques à tout autre patient.

Les orientations possibles dépendant alors du motif d'hospitalisation, de l'adhérence aux soins et également du choix des patients. Le lieu de suivi est en priorité le CMP avec parfois le PACT de proposé pour les familles (100% des résultats au questionnaire infirmier), l'HDJ (50% des résultats) et le psychiatre, le CATTTP (30% des résultats), le CAT (20% des résultats), le médecin traitant et l'ergothérapeute. Il est également possible de proposer une thérapie familiale, les différentes associations, l'arthérapie, la relaxation et les visites à domicile. Il est également important de rappeler à la famille qu'il y a en cas de besoin le CMP ou les Urgences. De plus il faut leur indiquer que l'institution est toujours disponible, ce qui les rassure beaucoup.

Lors de ce changement de structure, les familles présentent une inquiétude par rapport à l'inconnu et au devenir de leur proche. Ils sont également parfois soulagés de par la sortie et savent qu'il y a un suivi et un soutien à l'extérieur du centre hospitalier ce qui provoque une réassurance. En effet, ils ne se sentent ainsi pas lâchés dans le néant.

En général, si un suivi au CMP est effectué, les familles sont soulagées qu'un suivi médical soit mis en place. Alors qu'à l'HDJ, la famille est plus sereine car cela reste un lieu de soin. La famille est alors rassurée du suivi dans un lieu neutre. Lorsqu'il y a une appréhension de la sortie, un travail d'équipe est fait en amont afin que la sortie se passe le mieux possible. Si le patient est stabilisé, la famille est en général satisfaite de voir

l'évolution dans cette prise en charge. Si au contraire, l'histoire de la famille présente des violences, elles seront inquiètes, et seule l'équipe et la visite du lieu pourra éventuellement réduire leurs angoisses. Lorsque la famille est avertie à l'avance, la transition se passe en général bien, en leur disant que les portes sont toujours ouvertes s'ils en ont besoin.

Les informations données par l'équipe afin de diminuer l'anxiété des familles sont alors le mode de fonctionnement, le personnel sur place, les coordonnées, les horaires. Afin de leur prouver du bien fait de leur démarche initiale et de cette suite de prise en charge, l'infirmier doit également préciser le but de cette nouvelle structure en leur spécifiant que ces nouveaux lieux restent des lieux de soin, où elles peuvent parler et demander conseil, tout en évitant une hospitalisation. Il est également important de parler de la gratuité des consultations au CMP. Parfois, des rendez-vous sont donnés à l'avance par les équipes soignantes ce qui permet d'éviter de faire le premier pas aux familles.

Il peut également être proposé aux familles de participer au PACT (Psychose Aide Comprendre Traiter) à travers différents groupes de parole, ce qui leur permet d'échanger et de comprendre la pathologie de leur enfant, tout en se sentant moins seul. Ils y verront alors d'autres familles ayant eu recours à l'HDT ce qui peut également les aider à déculpabiliser de cet acte.

7. Le vécu et ressenti des familles

D'après les réponses aux questionnaires à destination des familles, 100% ont ressenti de la culpabilité lors de la demande en hospitalisation à la demande d'un tiers. La raison principale était l'image très négative de l'hôpital psychiatrique notamment du fait de son image dans la société, ce qui fait qu'ils se sont sentis coupables.

A 50% les familles répondent que les équipes ont su détecter cette culpabilité et ont ainsi pu mettre en place les actions correspondantes ^(voir chapitre V partie 4). Mais parmi celles-ci, seules 50% trouvent que les équipes les ont aidés à déculpabiliser en partie, et 50% absolument pas. Ces proportions correspondent globalement aux personnes satisfaites, ou non, de la prise en charge. A savoir que les familles qui ont réussi à déculpabiliser de par l'aide des équipes se disent satisfaites, alors que les autres non. Dans ce dernier cas, ce qui a le plus manqué à ces familles sont des explications précises, ce qui les a laissés dans une incompréhension, ainsi que des documents écrits pour lesquels ils peuvent se reporter ultérieurement.

En moyenne, parmi les réponses reçues, il a fallu environ une année aux familles pour réussir à déculpabiliser, grâce aux différentes actions et orientations mises en place par les équipes.

8. L'importance du soutien familial

La famille est de plus en plus perçue comme une alliée potentielle du patient et les équipes s'efforcent de les impliquer au traitement et à la prise en charge ⁹.

En effet, elle est le lien direct entre l'équipe et le patient, ainsi que celle qui connaît le mieux le patient. C'est donc un point essentiel de la prise en charge permettant d'améliorer le court, le moyen et le long terme.

9. L'orientation

Comme expliqué dans le chapitre V partie 6, les familles peuvent être dirigées vers plusieurs lieux : CMP, psychiatre, etc. Ceux-ci disposent ensuite de plusieurs moyens tels que les groupes de parole ou le PACT.

Ces derniers permettent un échange entre plusieurs familles confrontées à une situation similaire, ce qui permet de se sentir moins isolé, de trouver des solutions, et de comprendre mieux ce qui arrive. De cette manière, de part le soutien général, les familles peuvent tendre avec le temps vers une déculpabilisation totale.

Or, seules 15% des familles ayant répondu au questionnaire disent avoir été dirigées vers une autre structure afin de les prendre en charge, en l'occurrence un CMP.

10. Les groupes de paroles

Différentes associations, en plus des Centres Médico-Psychologiques, proposent des groupes de parole. C'est le cas de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de

⁹ La famille du schizophrène : interférente ou alliée ? / BOUCHER Lorraine et LALONDE Pierre – Santé mentale au Québec. Juin 1982, p. 50-56

Malades psychiques). Leurs activités sont diverses avec des permanences locales, des réunions d'information, des conférences, des groupes de paroles, un service téléphonique d'écoute aux familles, des services de consultation spécialisés et la défense des droits.

Voici le témoignage d'une mère ayant eu recours à un de ces groupes (mai 2004) ¹⁰ :

« J'ai pris contact avec l'UNAFAM 77 dans une période très aiguë pour mon fils ; et ma première rencontre avec les bénévoles m'a ouvert de nouvelles perspectives : je pouvais enfin parler de mon fils avec des mères de familles qui avaient vécu la même expérience. Je n'étais plus seule devant un mur infranchissable. Je pouvais enfin entrevoir des possibilités d'avenir pour mon fils et donc mieux accepter l'idée d'une prise en charge longue et difficile. »

Ce témoignage montre donc l'importance des groupes de parole pour les familles, qui permettent de montrer qu'elles ne sont pas seules et que des solutions existent.

11. Le ressenti et point de vue du patient

De part un témoignage ^(Annexe IV) issu d'un forum Internet de patients, ceux qui sont en cours de stabilisation ressentent la culpabilité de leurs familles respectives, notamment de part leurs paroles. Dès lors, ils ressentent un sentiment de frustration d'autant plus qu'ils ne se sentent pas à leur place à l'hôpital, ce qui ne les aide pas.

Pourtant, à l'heure actuelle et après 3 mois en hospitalisation à la demande d'un tiers, cette personne trouve que c'était un bon compromis par rapport à ce qu'il se passait, et dit même *« c'est pour moi entre une décision judiciaire et un choix meilleur pour mon avenir »* tout en précisant que c'est très difficile à vivre. Elle trouve que les familles ne s'en rendent pas assez compte, car elles sont angoissées pour le patient.

Un déséquilibre se crée dans la famille, surtout lorsque celle-ci, sans forcément le vouloir, dit au patient qu'ils ne veulent plus jamais revivre cela. Ce qui ne fait qu'ajouter une pression au patient.

Il est donc important, pour une meilleure prise en charge du patient en lui-même, de prendre en charge sa famille afin que celle-ci déculpabilise et puisse aider à son tour le patient, sans que ce dernier ne se sente encore plus tiraillé.

¹⁰ UNAFAM - <http://www.unafam.org/sections/pagesdessections/77.html> (page consultée le 29/05/2008)

VI. Conclusion

Pour les équipes soignantes, la culpabilité des familles est quelque chose d'habituel et de facilement repérable, car la quasi-totalité de ces dernières la subissent lors des hospitalisations à la demande d'un tiers d'un de leur enfant.

Ainsi, différents signes permettent d'alerter et de mettre les actions adéquates en correspondance à court, moyen et long terme, tel que des entretiens, des explications, une écoute importante, ou une valorisation avec parfois, une fois la sortie du patient effectuée, une orientation vers des structures extra-hospitalières tels que le CMP avec, si nécessaire, la proposition du PACT et les groupes de parole.

La prise en charge des familles est, dans le cas de ce sujet, quelque chose d'important car elle permet une alliance thérapeutique commune et, en plus de soulager la famille, permet au patient lui-même d'avoir une meilleure adhérence aux soins et un meilleur suivi car celui-ci n'est pas tiraillé entre famille et équipe soignante.

Les familles sont très partagées concernant la satisfaction de leur prise en charge, en trouvant qu'il y a un manque réel d'informations et de documentation écrite afin qu'ils puissent les consulter ultérieurement à plusieurs reprises. Cependant près de la moitié sont tout de même satisfaites des différentes actions proposées par les équipes soignantes.

Il serait en effet peut-être intéressant d'augmenter l'importance du support écrit, en plus de tout ce qui existe déjà dans les services au niveau oral et entretien, ce qui faciliterait leur consultation par les familles. Cela permettrait, en outre, de les rassurer et donc, de par les deux types de support, orale et écrite, de s'adapter à une plus vaste attente des familles.

Au niveau professionnel, ce travail m'a permis de mieux cibler les besoins et attentes des familles. Je pourrais ainsi, au sein des services, tenter de leur fournir une meilleure prise en charge en fonction de leur nécessité visant à une meilleure déculpabilisation lors d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Bibliographie

1. Psychologies.com – Dictionnaire – <http://www.psychologies.com/dictionnaire-psy.cfm/definition/25/Culpabilite.htm> (page consultée le 13/04/2008)
2. DE STEFKA IVANOV-MAZZUCCONI, ANNE-MARIE LEYRELOUP, EMMANUEL DIGONNET, MARIE-JOSÉ COTTEREAU / Dictionnaire infirmier de psychiatrie – Editions MASSON, 2005, 215 pages, p. 8
3. Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, 68 pages
4. DEBRAY Quentin / Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteintes de troubles psychiatriques – Nouveaux Cahiers de l’Infirmière – N.13 – 3ème édition – Edition MASSON, 2005 – 182 pages
5. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation
6. DEBRAY Quentin / Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteintes de troubles psychiatriques – Nouveaux Cahiers de l’Infirmière – N.13 – 3ème édition – Edition MASSON, 2005 – 182 pages
7. Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, 68 pages
8. TOBIN Catherine / La Schizophrénie – Editions ODILE JACOB, 1998, 224 pages – Cité dans Accueillir la famille / FRIARD Dominique – Santé Mentale. Octobre 2002, n°71, 68 pages
9. La famille du schizophrène : interférente ou alliée ? / BOUCHER Lorraine et LALONDE Pierre – Santé mentale au Québec. Juin 1982
10. UNAFAM - <http://www.unafam.org/sections/pagesdessections/77.html> (page consultée le 29/05/2008)

Annexes

QUESTIONNAIRE
A destination du personnel infirmier de psychiatrie intra-hospitalière

[DATE LIMITE DE REPONSE : 23 MAI 2008]

Etant étudiant infirmier de troisième année, je fais mon travail de fin d'études sur **la prise en charge infirmière de la culpabilité de la famille (parents, frères et sœurs) lors d'une première Hospitalisation à la Demande d'un Tiers chez un patient d'une vingtaine d'années.**

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire anonyme. D'avance merci pour vos réponses.

Indication : Pour répondre aux questions, il est conseillé de respecter l'ordre de celles-ci.

1. Sexe :

Homme

Femme

2. Âge :

- Entre 20 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Entre 36 et 40 ans
- Entre 41 et 45 ans

- Entre 46 et 50 ans
- Entre 51 et 55 ans
- Entre 56 et 60 ans
- Entre 61 et 65 ans
- Entre 66 et 70 ans

3. Travaillez-vous :

De jour

De nuit

4. Depuis combien d'année avez-vous votre Diplôme d'Etat ?

..... années

5. Depuis combien d'années travaillez-vous en psychiatrie ?

..... années,

Dont années en extra-hospitalier,

Et années en intra-hospitalier.

6. Y a-t-il des moyens en amont utilisés pour informer la famille sur la pathologie avant une première hospitalisation ?

- Oui, les familles consultent en CMP avant le besoin d'une hospitalisation
- Oui, les familles consultent des professionnels

Lesquels ?

- Non, les familles ne sont pas informées sur la pathologie

7. Qui adresse les familles dans ces lieux ?

.....
.....
.....
.....

8. Comment se déroule la prise en charge du patient et de sa famille dans ces structures ?

.....
.....
.....
.....

9. Selon le type de relation (fusionnelle ou non) entre parents et enfant, le degré de culpabilité varie-t-il ?

Oui Non Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....

10. Lorsque le patient arrive dans votre service en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (situation présentée dans l'introduction), la culpabilité de la famille est-elle fréquente ?

Elle représente environ % des cas Elle n'est jamais présente

11. A ce moment là, qu'évoquent les familles (raisons, etc.) à propos de leur culpabilité ?

.....
.....
.....
.....

12. Comment la culpabilité de la famille se manifeste-t-elle ?

.....
.....
.....
.....

13. Comment la culpabilité de la famille est-elle repérée par les équipes ?

.....
.....
.....
.....

14. Qui y a-t-il de mis en place par l'équipe soignante, lorsque la culpabilité de la famille est repérée ?

.....
.....
.....
.....

15. Quel est, plus particulièrement, le rôle de l'IDE dans cette prise en charge ?

.....
.....
.....
.....

16. Selon vous, une prise en charge commune avec le patient et sa famille permet-elle à cette dernière de déculpabiliser ?

.....
.....
.....
.....

17. Lors de la sortie du patient, quelles orientations et structures d'accueil sont proposées à la famille ?

.....
.....
.....
.....

18. Comment les familles réagissent-elles à cette future transition d'équipe et de lieux ?

.....
.....
.....
.....

19. Quelles informations délivrez-vous aux familles sur ces structures ?

.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE
A destination de la famille de patient hospitalisé à la demande d'un tiers

[DATE LIMITE DE REPONSE : 23 MAI 2008]

Etant étudiant infirmier de troisième année, je fais mon travail de fin d'études sur **la prise en charge infirmière de la culpabilité de la famille (parents, frères et sœurs) lors d'une première Hospitalisation à la Demande d'un Tiers chez un patient d'une vingtaine d'années.**

C'est pourquoi je vous demande, si vous êtes concerné par le sujet, de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire anonyme. D'avance merci pour vos réponses.

Indication : Pour répondre aux questions, il est conseillé de respecter l'ordre de celles-ci.

1. Sexe :

Homme

Femme

2. Âge :

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans

- Entre 56 et 65 ans
- Entre 66 et 75 ans
- Entre 76 et 85 ans
- Plus de 85 ans

3. Quel est votre lien de parenté avec le patient ?

Un de ses parents

Un de ses frères/sœurs

4. Depuis combien d'années le patient a-t-il les premiers symptômes de la pathologie ?

..... années

5. Depuis combien d'années avez-vous connaissance de la pathologie du patient ?

..... années

6. De quelle(s) manière(s) avez-vous pris connaissance de sa pathologie ?

- Médecin traitant
- Service de psychiatrie
- Centre Médico-Psychologique
- Autre :

.....

7. Depuis combien d'années avez-vous été amené à faire hospitaliser pour la première fois le patient ?

..... années

8. De quel type d'hospitalisation s'agissait-il ?

- Hospitalisation Libre
- Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- Hospitalisation d'Office

9. Avez-vous ressenti de la culpabilité lors de cette demande d'hospitalisation ?

- Oui
- Non

10. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous, ou n'aviez vous pas, cette culpabilité ?

.....

.....

.....

.....

11. Si vous avez ressenti de la culpabilité, l'équipe soignante a-t-elle su la détecter ?

- Oui
 - Non
- De quelle(s) façon(s) ?

.....

.....

.....

.....

12. Comment l'équipe soignante vous a-t-elle pris en charge à ce moment là ?

.....

.....

.....

.....

13. Quel(s) autre(s) moyen(s) vous ont été proposés ?

.....

.....

.....

.....

14. Avez-vous l'impression qu'ils vous ont aidé à déculpabiliser ?

- Oui totalement
- Seulement en partie
- Non pas du tout
- Autre :

15. Au bout de combien de temps avez-vous déculpabilisé (si tel est le cas) ?

.....

16. Avez-vous été satisfait de votre prise en charge globale par l'équipe soignante où était hospitalisé le patient ?

Oui Non Pour quelle(s) raison(s) :

.....
.....
.....

17. Que vous a-t-il manqué dans la prise en charge par l'équipe soignante où était hospitalisé le patient ?

.....
.....
.....
.....
.....

18. A la sortie du patient, avez-vous été pris en charge dans d'autres structures (Centre Médico-Psychologique, Psychologue, etc.) ?

Oui Non Lesquelle(s) :

.....
.....
.....
.....

19. Quelles sont les informations que vous avez reçues du service à propos de cette structure ?

.....
.....
.....
.....

20. Comment avez-vous vécu cette transition d'équipe et de lieux ?

.....
.....
.....
.....

Annexe III

Lexique des abréviations

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

HDJ : Hôpital De Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

PACT : Psychose Aide Comprendre Traiter

PEC : Prise En Charge

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

Annexe IV

Témoignage d'un patient

« Je suis toujours actuellement en HDT (sortie d'essai) et ce depuis 3 mois. Ma famille culpabilise beaucoup à l'idée de me savoir malade, ce qui me frustre d'autant plus que je ne me sentais pas à ma place à l'hôpital.

C'est vrai qu'avec l'urgence et la nécessité des soins, en tant que patient j'ai été un peu dépassé par tout ça. Moi, ce qui me fait peur à l'hôpital quand j'y suis, c'est quand est-ce que je vais sortir, car mon jugement étant altéré et que ce n'était plus moi qui décidais pour ce que je suis, j'étais en proie à des angoisses, c'est pour ça que je trouve que ça reste un "bon" compromis. L'HDT, c'est pour moi entre une décision judiciaire et un choix meilleur pour son avenir, mais c'est très pénible à vivre, et ça les familles je crois, comme la mienne, ne s'en rendent pas compte assez bien. Elles angoissent pour nous et le personnel hospitalier remplit sa tâche d'assistance publique.

Je crois qu'il y a deux choses à retenir pour le patient :

- l'incertitude sur la durée des soins ;
- le déséquilibre qui naît entre la famille, nous et le personnel hospitalier, car par effet boule de neige, c'est sur notre mental que tout se répercute en dernier et je parle même pas de la pression qu'a mis ma famille pour me faire comprendre qu'elle ne voulait plus revivre ça (c'est un moment qui s'est passé juste après ma « sortie »). On se trouve alors au milieu de gens normaux qui sont en proie à leur stress quotidien.

Finalement, il serait peut-être mieux après une sortie d'hôpital de se trouver en maison de convalescence, parce que la chute engendrée à l'hôpital laisse quand même des micro-lésions. »

Annexe V

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. - Le premier alinéa de l'article L.326 du code de la santé publique est ainsi rédigé : "La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale."

Art. 2. - Le chapitre Ier du titre IV du livre III du code de la santé publique est intitulé : "Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux." Il comprend l'article L.326 et les articles L.326-1, L.326-2, L.326-3, L.326-4, L.326-5, L.327, L.328, L.329, L.330 et 330-1 ainsi rédigés :

Art. L.326-1. - Nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre. Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Art. L.326-2. - Toute personne hospitalisée avec son consentement pour les troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Art. L.326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L.332-2 ;

2° De saisir la commission prévue à l'article L.332-3 ;

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L.332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

6° D'exercer son droit de vote ;

7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Art. L.326-4. - Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Art. L.326-5. - A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Art. L.327. - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la

déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre. Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L.331 et L.332, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le préfet doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

Art. L.328. - La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur. Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, lors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différente de celui du lieu de traitement.

Art. L.329. - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements visés au chapitre II.

Art. L.330. - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou de toute personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L.331. Ce curateur veille :

1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra. Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

Art. L.330-1. - Hormis les cas prévus à la section II du chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue.

Art. 3. - Les autres chapitres du titre IV du livre III du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les chapitres II à IV ainsi rédigés :

Chapitre II : Des établissements recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

Art. L.331. - Dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent du chapitre III du présent titre.

Art. L.332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.331 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit aux 1° et 2° de l'article L.333, soit à l'article L.342, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L.333, L.333-2, L.342 ou L.343.

Art. L.332-1. - Un règlement est établi pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux. Ce règlement doit être conforme à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissement concernée. Il doit être approuvé par le préfet.

Art. L.332-2. - Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L.326-1, L.326-2 et L.326-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L.341.

Art. L.332-3. - Sans préjudice des dispositions de l'article L.332-2, il est institué dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des

personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Cette commission se compose :

- 1° D'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel ;
- 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- 3° De deux personnalités qualifiées désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général, dont un psychiatre et un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

Seul l'un des deux psychiatres mentionnés aux 1° et 3° pourra exercer dans un établissement visé à l'article L.331. Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil d'administration d'un établissement hospitalier accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission. Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° l'article L.332-4, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal. La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Art. L.332-4. - La commission prévue à l'article L.332-3 :

- 1° Est informée, dans les conditions prévues au chapitre III du présent titre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;
- 2° Etablit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence visées aux articles L.333-2 et L.343 ;
- 3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;
- 4° Saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;
- 5° Visite les établissements mentionnés à l'article L.331, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L.341 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- 6° Adresse, chaque année, le rapport de son activité au préfet et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale ;
- 7° Peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L.351, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L.331. Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission.

Chapitre III : Modes d'hospitalisation sans consentement dans les établissements

Section I : Hospitalisation sur demande d'un tiers

Art. L.333. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

- 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;
- 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté. La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa

maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L.331, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

Art. L.333-1. - Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L.333 ou de l'article L.333-2 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

Art. L.333-2. - A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Art. L.334. - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L.333, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers. Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au préfet et à la commission mentionnée à l'article L.332-3.

Art. L.335. - Dans les trois jours de l'hospitalisation, le préfet notifie les noms, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Art. L.336. - Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. L.337. - Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités. Le certificat médical est adressé aux autorités visées au deuxième alinéa de l'article L.338 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.332-3 et selon les modalités prévues à ce même alinéa. Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

Art. L.338. - Sans préjudice des dispositions mentionnées au précédent article, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L.333 ou de l'article L.333-2 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L.341. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation. Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le préfet, la commission mentionnée à l'article L.332-3, les procureurs de la République mentionnés à l'article L.335 et la personne qui a demandé l'hospitalisation. Le préfet peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L.331 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

Art. L.339. - Toute personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L.331 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

1° Le curateur nommé en application de l'article L.330 ;

2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;

3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;

5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;

7° La commission mentionnée à l'article L.322-3.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononcera dans un délai d'un mois. Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, sans préjudice des dispositions des articles L.342 et L.347, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au préfet, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L.342. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le préfet n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

Art. L.340. - Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le préfet ainsi que la commission mentionnée à l'article L.332-3 et les procureurs mentionnés à l'article L.335 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L.339.

Art. L.341. - Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;

2° La date de l'hospitalisation ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;

4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L.334, L.337 et L.338 ;

7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L.350 ;

8° Les levées d'hospitalisation ;

9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L.332-2 et L.332-4, visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

Section II : Hospitalisation d'office

Art. L.342. - A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L.331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au préfet et à la commission mentionnée à l'article L.332-3 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L.343, L.345, L.346, L.347 et L.348 et les sorties effectuées en application de l'article L.350 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L.341, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Art. L.343. - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L.342. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Art. L.344. - Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le

malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au préfet et à la commission mentionnée à l'article L.332-3 par le directeur de l'établissement.

Art. L.345. - Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités. Faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L.332-3.

Art. L.346. - Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L.341 et L.342 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai.

Art. L.347. - A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Art. L.348. - Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 64 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L.332-3. L'avis médical visé à l'article L.342 doit porter sur l'état actuel du malade.

Art. L.348-1. - Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L.348 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République après avis de la direction de l'action sanitaire et sociale du département dans lequel est situé l'établissement. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Art. L.349. - Le préfet avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

Section III : Dispositions communes

Art. L.350. - Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4 ter et 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est visé par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au préfet ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Art. L.351. - Toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie

immédiate. Toute personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins. Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estimerait utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

Chapitre IV : Dispositions pénales

Art. L.352. - Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 500 F à 15 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 331 qui aura retenu une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, en application du dernier alinéa de l'article L.338 ou de l'article L.346, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L.351, ou lorsque cette personne aura bénéficié de la mainlevée de l'hospitalisation en application des articles L.337, L. 338, L.339 ou L.345.

Art. L.353. - Sera puni d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 2 500 F à 20 000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura :

1° Admis une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus par les articles L.133 et L.333-2 ;

2° Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L.334 ;

3° Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L.337, L.344 et L.346 ;

4° Omis de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L.341 et L.342 ;

5° Omis d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L.338 de la déclaration prévue par ledit article ;

6° Omis d'aviser le préfet dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L.340 ou de la déclaration prévue par l'article L.346 ;

7° Supprimé ou retenu une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

Art. L.354. - Sera puni des peines mentionnées à l'article L.353 :

1° Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura supprimé ou retenu une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ;

2° Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L.331 qui aura refusé ou omis d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L.334, L.337, L.342 et L.344 ;

3° Le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.331 qui n'aura pas pris dans le délai prescrit les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'une des procédures prévues par les articles L.133, L.333-2, L.342 ou L.343 dans les cas définis à l'article L.332.

Art. L.355. - Des décrets en Conseil d'Etat déterminent en tant que de besoin les mesures d'application du présent titre.

Art. 4. - Une évaluation des dispositions prévues par la présente loi devra être réalisée dans les cinq années qui suivent sa promulgation. Cette évaluation sera établie sur la base des rapports des commissions départementales prévues à l'article L.332-3 du code de la santé publique ; elle sera soumise au Parlement après avis de la commission des maladies mentales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 juin 1990.