



**Inspection générale
des affaires sociales**

N° 2005 064

**Inspection générale
des services judiciaires**

N° 11/05

**Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990
relative aux droits et à la protection des personnes
hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs
conditions d'hospitalisation**

Rapport présenté par :
Docteur Alain LOPEZ et Isabelle YENI
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales
et
Martine VALDES-BOULOUQUE et Fabrice CASTOLDI
Membres de l'Inspection générale des services judiciaires

Par lettre de mission du 9 novembre 2004, le ministre de la santé et de la protection sociale ainsi que le garde des sceaux, ministre de la justice, ont chargé l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires d'étudier les principes pouvant guider la réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Cette mission a été initiée dans un contexte caractérisé par la progression du nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte, et le recours toujours plus important aux procédures d'urgence. Elle était également liée à l'inquiétude exprimée par les directeurs d'hôpitaux et les équipes médicales à la suite de l'arrêt du conseil d'Etat du 3 décembre 2003.

Afin d'établir son constat la mission s'est entretenue avec les rédacteurs des rapports ayant déjà conduit, dans les années récentes, une réflexion sur les problèmes de santé mentale ainsi qu'avec les responsables de l'administration centrale des ministères de la santé et de la justice, les professionnels de la santé et leurs représentants syndicaux, des magistrats et des scientifiques faisant autorité sur ce sujet. Elle s'est rendue dans quatre départements afin d'étudier le fonctionnement concret du dispositif prévu par la loi et y a systématiquement rencontré les autorités judiciaires et administratives, les équipes médicales hospitalières et les médecins libéraux, ainsi que les directeurs d'hôpital. Elle a également eu des entretiens avec les membres des différentes commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), le plus souvent possible en formation plénière. Elle s'est également déplacée pour connaître le fonctionnement de dispositifs innovants dans le domaine des interventions à domicile, de la prise en charge des malades alcooliques, de l'organisation des urgences des établissements hospitaliers spécialisés. Enfin elle s'est rendue à la maison d'arrêt de Fleury Mérogis pour visiter plus particulièrement son service médico-psychologique régional.

A la requête des deux inspections, une enquête a été réalisée à partir des données issues de la base PMSI des hôpitaux psychiatriques, avec le concours du groupement français d'épidémiologie psychiatrique.

- *Dans une première partie, le rapport rappelle le cadre juridique et les évolutions statistiques les plus notables :*

Le dispositif législatif actuel reconnaît au malade mental hospitalisé sans son consentement les mêmes droits que ceux reconnus à tout patient. Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles sont limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. Deux modes d'hospitalisation sont définis par la loi : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) arrêtée par le directeur de l'hôpital au vu de deux certificats médicaux, et l'hospitalisation d'office (HO) arrêtée par le préfet au vu d'un certificat médical. Dans les deux cas des procédures d'urgence existent. Des dispositifs de contrôle et de recours sont définis par la loi (CDHP, contrôle des autorités administratives et judiciaires).

En ce qui concerne les données statistiques, le nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte a presque doublé depuis 1990. En 2001, selon les chiffres les plus récents, il était de 72 519 (86% étaient en HDT). Cependant, au sein du chiffre total des hospitalisations en psychiatrie, la part prise par les HDT et les HO n'a que très peu progressé en 15 ans. Elle est passée de 11% à 13%.

La situation est très contrastée entre les départements. Toujours en 2001, le nombre des hospitalisations sous contrainte rapporté au total des hospitalisations en psychiatrie variait selon les départements entre 4% et 35%. Par ailleurs, les mesures d'urgence prennent une place de plus en plus importante dans les procédures mises en œuvre.

Pour rendre compte de l'ensemble de ces constats, plusieurs explications peuvent être avancées, tenant notamment à l'évolution des pratiques, aux difficultés actuelles d'organisation et de fonctionnement de la psychiatrie, à la morbidité.

- *Dans la deuxième partie du rapport, les deux inspections analysent les forces et les faiblesses des deux dispositifs d'hospitalisation sous contrainte*

S'agissant des forces, la loi du 27 juin 1990 a su renouveler l'équilibre posé par la loi du 30 juin 1838. Elle a accompagné l'évolution institutionnelle de la psychiatrie et celle des pratiques thérapeutiques et s'est inscrite dans le cadre défini par la Recommandation R 83 du 22 février 1983 du Conseil de l'Europe sur le statut juridique des personnes atteintes de troubles mentaux. Tout en conservant l'architecture générale du dispositif de la loi du 30 juin 1838, le législateur de 1990 a entendu consacrer l'hospitalisation libre, définir les droits et libertés des malades, renforcer les contrôles, en particulier par la création de commissions originales aux compétences étendues, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. Largement inspiré du souci de faciliter l'accès aux soins, il a aussi cherché à favoriser la réadaptation des patients notamment en légalisant la pratique des sorties d'essai. Enfin, le dispositif intègre la nécessité de garantir la sûreté des personnes.

S'agissant des faiblesses, elles sont de trois ordres :

- la réponse sanitaire, souvent mal adaptée, freine l'accès aux soins : le tiers, maillon essentiel de l'HDT, est souvent difficile à identifier ou à convaincre d'aller jusqu'au bout de la démarche en signant une demande formelle d'hospitalisation du patient ; les familles et les équipes médicales sont dans bien des cas très démunies pour conduire la personne à l'hôpital, faute notamment d'une organisation cohérente des transports sanitaires ; la prise en charge de la crise est d'autant plus difficile que les dispositifs de prévention n'ont pas toute la part qui devrait leur revenir et que les alternatives à l'hospitalisation connaissent un développement insuffisant : Les interventions des secteurs à domicile, l'accompagnement et le soutien des familles, le dépistage précoce des situations à risque, les actions dans la communauté, une meilleure réinsertion des malades, peuvent certainement installer un contexte rendant moins nécessaire la contrainte, ou capable d'en atténuer le traumatisme.

La prise en charge hospitalière de ces malades ne se réalise pas toujours dans des conditions satisfaisantes du fait du mélange fréquent des pathologies et de l'inadaptation des locaux à la coexistence de malades en hospitalisation libre et en hospitalisation sous contrainte. Les sorties d'essai continuent, parfois pendant des années, à se définir par rapport à une hospitalisation initiale qui n'a plus rien à voir avec le maintien d'une contrainte en ambulatoire. En outre, ces malades et leur famille n'ont pas le libre choix de l'équipe médicale.

- Les garanties reconnues aux personnes atteintes de troubles mentaux ont une effectivité relative : les magistrats chargés, par la loi, d'opérer les contrôles des conditions d'hospitalisation paraissent insuffisamment impliqués ; ils devraient être sensibilisés à l'importance d'échanger leurs informations et de coordonner leurs actions. Le rôle des magistrats chargés de statuer sur les demandes de levée des mesures de contrainte est mal connu ; le nombre de recours formés devant eux est minime. Enfin, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques qui ont la lourde responsabilité d'examiner la situation des personnes hospitalisées sous contrainte et d'établir un bilan annuel de leurs constats, paraissent bien trop effacées.

L'information délivrée aux malades sur leurs droits et leurs possibilités de recours est souvent insuffisante. Les contrôles exercés sont dispersés et souvent formels. Le cadre procédural est flou.

- L'efficacité du dispositif pourrait également être améliorée dans le domaine de la sûreté des personnes : ainsi les fugues des malades hospitalisés sous contrainte sont-elles souvent laissées sans suite ; la procédure de délivrance des autorisations de détention d'armes devrait être renforcée.

➤ *Les propositions qui figurent dans la troisième partie du rapport s'inscrivent dans la structure juridique de la loi de 1990 tout en la réformant profondément*

Malgré la forte attente d'une réforme radicale, souvent évoquée par ses interlocuteurs, la mission propose de maintenir l'architecture actuelle de la loi du 27 juin 1990, les dysfonctionnements constatés tenant généralement davantage aux conditions de la mise en œuvre du texte qu'à l'équilibre global qu'il définit, mais préconise une profonde modernisation des différentes procédures, dont l'économie générale est ici décrite. Trois principes directeurs ont guidé sa réflexion :

- rouage essentiel du dispositif de garantie des droits et libertés, le juge doit voir renforcer son rôle de contrôle a posteriori ;
- le maintien de la dualité des procédures d'office et à la demande d'un tiers paraît plus respectueux de la réalité des situations dans lesquelles se trouvent les malades qu'une procédure unifiée, à condition toutefois que les modalités du recours au tiers soient adaptées ;
- dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin est en cohérence avec l'évolution des possibilités de prise en charge en psychiatrie.

Les propositions de la mission déclinent, chacune en ce qui les concerne, ces trois principes.

S'agissant des garanties des droits et libertés, il conviendrait de rendre plus effectif le contrôle a posteriori du juge des libertés et de la détention, notamment en enserrant la procédure dans des conditions de forme et de délais plus précises et contraignantes : ainsi un délai impératif devrait-il être donné au juge des libertés et de la détention pour statuer sur le recours en levée de la mesure. Il conviendrait également de conférer à la CDHP un statut renforcé à travers, notamment, la nomination à sa tête d'un magistrat pour lui permettre d'assurer en toute indépendance sa mission de contrôle, la modification de sa composition pour y inclure un avocat et, pour favoriser un meilleur ancrage judiciaire, l'adaptation de son ressort territorial

qui ne serait plus le département mais le ressort du TGI. En revanche, il n'est pas apparu possible de confier au juge la responsabilité de décider a priori de l'hospitalisation sous contrainte d'un patient, en raison essentiellement de la lourdeur qui s'attacherait à la mise en œuvre du principe du contradictoire inhérent à la procédure judiciaire et constituerait un obstacle à la rapidité d'accès aux soins.

Afin de respecter les prescriptions de la Recommandation R (2004) 10 du Conseil de l'Europe, il conviendrait également de « protocoliser » la décision d'obliger le malade à se soigner. La personne concernée par une mesure de contrainte devrait donc être entendue par l'autorité habilitée à prendre la décision. L'admission en HDT mériterait d'être formalisée par un document écrit.

La visite des établissements de santé devrait relever du procureur de la République et du préfet, afin d'assurer une meilleure effectivité des contrôles empêchée aujourd'hui par la dilution des responsabilités. Certaines de ces visites devraient être inopinées.

S'agissant du maintien de la dualité des deux procédures de soins contraints, à la demande d'un tiers et d'office, la mission note que l'unification des deux procédures ne pourrait se faire que sous l'égide du préfet. Mais ceci exclurait le tiers et donc la famille de la procédure, au moment où il semble important d'affirmer des solidarités d'ordre privé et où les alternatives à l'hospitalisation, unanimement recommandées, reposent en grande partie sur le proche environnement du patient. Le tiers est aussi celui qui peut garantir que l'hospitalisation sous contrainte se déroule dans le respect des droits et libertés du patient.

La définition du tiers telle qu'elle résulte de l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003 n'est pas remise en question par les propositions des deux inspections mais elle doit être complétée pour prévoir toutes les situations dans lesquelles le directeur de l'hôpital peut se trouver dans la gestion d'une crise. La loi pourrait inclure un mécanisme spécifique destiné à pallier l'absence du tiers ou à faire face à sa réticence à s'engager dans une procédure que le patient pourrait vivre douloureusement : dans ce cas, le directeur de l'hôpital, en possession du certificat médical, prononcerait l'admission du patient, à titre conservatoire, et présenterait au procureur de la République, dans un délai contraint et par tous moyens, une demande motivée tendant à la désignation, dans les vingt quatre heures, d'un curateur à la personne : celui-ci serait investi des pouvoirs de saisir, le cas échéant, le juge des libertés et de la détention, et chargé de veiller, d'une manière générale, au respect des droits et libertés du patient.

S'agissant des modalités de soins sous contrainte, la mission recommande de passer du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte afin de dissocier l'obligation de se soigner de ses modalités, hospitalisation ou alternatives à l'hospitalisation. Cette proposition, qui concerne tant l'HO que l'HDT, vise à faciliter l'accès à toutes les solutions thérapeutiques pour les adapter à la situation du malade et faciliter le consentement de ce dernier. De la même manière, le tiers pourrait être rassuré de n'avoir à se prononcer que sur la nécessité du soin plutôt que sur celle de l'hospitalisation. Il reviendrait dès lors au médecin, grâce à cette clarification, de choisir la modalité de soin la plus adaptée, conformément à sa mission naturelle. Dans le cadre de cette réforme, la mission insiste sur la nécessité de transposer à ce nouveau mode d'exercice de la contrainte, l'ensemble des droits

et libertés reconnus aujourd'hui au malade hospitalisé sous contrainte. Ces droits et libertés, qui pourraient paraître menacés par l'extension de cette contrainte en dehors des murs de l'hôpital, justifient dès lors pleinement le renforcement des pouvoirs de contrôle du juge et de la CDHP décrit plus haut.

Il conviendrait également de créer les conditions d'une prise en charge de courte durée de 72 heures au plus. Un seul certificat médical devrait être suffisant pour prononcer une obligation de soins. En revanche, l'instauration d'un certificat dans les 72 heures inciterait les secteurs de psychiatrie à organiser une phase d'observation, de traitement et d'orientation, capable de faciliter la recherche du consentement, de limiter les durées d'hospitalisation, et d'adapter au mieux la prise en charge nécessaire à l'état du malade.

La mission recommande une meilleure gestion de la crise et du transport des malades, grâce à un protocole départemental définissant les modalités d'implication des différents services concernés (préfet-DDASS, professionnels libéraux, secteurs, SAMU-SMUR, ambulanciers privés, services de police, pompiers).

Mieux prendre en compte les impératifs de sécurité passe par :

- la définition d'une conduite à tenir, pour l'organisation du transport d'un malade, en cas de non respect par celui-ci de son obligation de soins ;
- la déclinaison d'une politique de santé mentale dans toutes ses dimensions touchant à la prévention, à la gestion de l'urgence, à l'organisation des soins, à la réinsertion et la réadaptation.

Enfin, la mission préconise de renforcer le pilotage de la politique menée à l'égard des malades mentaux refusant les soins. Cela exigerait de développer les études épidémiologiques, la recherche clinique. La situation des personnes en obligation de soins et les modalités de prise en charge devraient faire l'objet d'un examen périodique au sein du conseil régional de santé mentale.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE - LA LOI DU 27JUN 1990 : DONNÉES JURIDIQUES ET STATISTIQUES.....	5
1.1 LE CADRE JURIDIQUE.....	5
1.1.1 <i>L'affirmation des droits du patient.....</i>	5
1.1.1.1 Le malade mental hospitalisé avec son consentement dispose de mêmes droits que ceux reconnus à tout patient	5
1.1.1.2 Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade hospitalisé sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. 6	6
1.1.2 <i>L'hospitalisation sous contrainte est soumise à des conditions médicales et administratives strictes</i>	7
1.1.2.1 l'hospitalisation à la demande d'un tiers.....	8
1.1.2.2 L'hospitalisation d'office.....	9
1.1.2.3 Les aménagements à l'hospitalisation.....	10
1.1.2.4 La prise en compte des situations particulières.....	11
1.1.3 <i>Des dispositifs de contrôle et de recours sont prévus pour vérifier les situations individuelles et s'assurer du respect des libertés et de la dignité des patients.....</i>	13
1.1.3.1 Le contrôle assuré par les autorités judiciaires et administratives.....	14
1.1.3.2 La CDHP : une commission originale aux compétences étendues	15
1.1.3.3 Les recours devant le juge administratif et le juge judiciaire	16
1.2 LES DONNÉES STATISTIQUES.....	17
1.2.1 <i>L'augmentation du nombre des mesures et ses explications possibles</i>	17
1.2.1.1 Des mesures d'hospitalisation sous contrainte qui ont presque doublé en 15 ans mais évoluent peu au regard des admissions totales en psychiatrie	17
1.2.1.2 Les mesures d'urgence deviennent l'ordinaire	18
1.2.1.3 Une situation très contrastée selon les départements	18
1.2.1.4 Les explications possibles de l'évolution de ces chiffres et de leur disparité entre les départements	19
1.2.2 <i>Les caractéristiques des malades admis en hospitalisation sans leur consentement</i>	20
1.2.2.1 Les caractéristiques démographiques.....	20
1.2.2.2 Les caractéristiques médicales.....	21
1.2.2.3 Les caractéristiques socio-économiques	22
1.2.3 <i>Les conditions d'admission et de prise en charge.....</i>	22
1.2.3.1 Dans le cas des HDT, le tiers est le plus souvent un membre de la famille.	22
1.2.3.2 La prise en charge des malades.....	23
DEUXIÈME PARTIE - LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU DISPOSITIF D'HOSPITALISATION CONTRAINTE	25
2.1 LES FORCES ET LES AVANCÉES	25
2.1.1 <i>La loi s'inscrit dans une logique sanitaire rénovée</i>	25
2.1.2 <i>Les droits et libertés individuelles de la personne atteinte de troubles mentaux sont reconnus et sa dignité affirmée.....</i>	26
2.1.2.1 La reconnaissance des droits individuels.....	26
2.1.2.2 Le renforcement des contrôles.....	26
2.1.3 <i>Le dispositif intègre la nécessité de garantir la sûreté des personnes</i>	27
2.1.3.1 Le préfet reste garant de la sécurité	27
2.1.3.2 Le régime d'hospitalisation des personnes déclarées pénalement irresponsables est particulièrement encadré	27
2.2 LES FAIBLESSES	28
2.2.1 <i>Une réponse sanitaire souvent peu pertinente et insuffisante</i>	28
2.2.1.1 La prévention dont l'intérêt est sous-estimé	28
2.2.1.2 La mauvaise gestion de la crise et du transport du patient vers l'hôpital	29
2.2.1.3 Le tiers incertain	31
2.2.1.4 Des modalités de prise en charge insuffisamment diversifiées	32
2.2.1.5 Le libre choix de son médecin n'existe pas en pratique pour les malades hospitalisés sans leur consentement.	34
2.2.1.6 Des conditions d'hospitalisation souvent inadaptées	34
2.2.1.7 Les sorties d'essai de durée indéfinie	35

2.2.2	<i>La faible effectivité des garanties reconnues aux personnes atteintes de troubles mentaux</i>	36
2.2.2.1	Une carence de l'information délivrée aux personnes atteintes de troubles mentaux	36
2.2.2.2	Une implication des magistrats encore insuffisante.....	38
2.2.2.3	Les visites des établissements : un contrôle dispersé et souvent formel	38
2.2.2.4	Des CDHP trop effacées	39
2.2.2.5	Un recours au juge peu effectif dans un cadre procédural encore flou	41
2.2.3	<i>L'efficacité du dispositif doit être amélioré dans le domaine de la sûreté des personnes</i>	43
2.2.3.1	Les fugues sont souvent laissées sans suite.....	43
2.2.3.2	La détention d'armes et le fichier HOPSY	44
TROISIÈME PARTIE - LES PROPOSITIONS		45
3.1	IL NE SEMBLE PAS NÉCESSAIRE DE DONNER AU JUGE LA RESPONSABILITÉ DE DÉCIDER A PRIORI DE L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE D'UN PATIENT	45
3.2	LE MAINTIEN DE LA DUALITÉ DES PROCÉDURES EST PLUS RESPECTUEUX DE LA DIVERSITÉ DES SITUATIONS DES MALADES	46
3.3	FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS ET MIEUX ORIENTER LES MALADES.....	47
3.3.1	<i>Dissocier le soin obligatoire des modalités du soin</i>	47
3.3.1.1	L'hospitalisation ne doit être considérée que comme une modalité du soin.	47
3.3.1.2	L'hospitalisation dans un service de psychiatrie ne doit pas être la seule façon de contenir un malade pour l'obliger à des soins	47
3.3.1.3	Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin permettrait de mieux s'adapter à la situation particulière du malade	48
3.3.1.4	Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin ne doit pas conduire à remettre en cause la structure générale du dispositif de prise en charge des malades mentaux sans leur consentement.....	49
3.3.2	<i>Créer les conditions d'une prise en charge de courte durée de 72 heures au plus</i>	51
3.3.2.1	La situation juridique d'une personne retenue sans son consentement en milieu hospitalier, même pour une courte durée, doit être définie par la loi.	52
3.3.2.2	Une prise en charge hospitalière de 72 heures ne saurait être limitée à simplement une observation du patient	52
3.3.2.3	L'organisation de cette période de prise en charge de 72 heures relève de la politique hospitalière à mettre en œuvre	52
3.3.3	<i>Revoir la succession des certificats médicaux</i>	53
3.3.4	<i>Le tiers</i>	54
3.3.5	<i>La gestion de la crise et l'organisation des prises en charges hospitalières. (intervention à domicile, transport, accueil aux urgences)</i>	55
3.3.5.1	Des différences de pratique dans la gestion de la crise peuvent s'accepter, à condition d'en évaluer les effets.	55
3.3.5.2	L'organisation du transport du malade devrait faire l'objet dans tous les départements d'un protocole départemental réglant les principes et les modalités de l'intervention.....	55
3.3.5.3	L'accueil du malade aux urgences.....	56
3.3.5.4	La prise en charge en milieu hospitalier	56
3.4	RENFORCER LES DROITS ET LIBERTÉS	56
3.4.1	<i>La détermination de l'instance compétente au sens de la Recommandation R (2004) 10 du 22 septembre 2004</i>	56
3.4.2	<i>Protocoliser la décision de contraindre</i>	57
3.4.3	<i>Rendre plus effectif le contrôle du juge des libertés et de la détention</i>	58
3.4.4	<i>Conférer à la CDHP un statut renforcé lui permettant d'assurer en toute indépendance sa mission de contrôle</i>	59
3.4.5	<i>Maintenir le principe de la visite des établissements et en renforcer le contenu</i>	60
3.5	MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES IMPÉRATIFS DE SÉCURITÉ.	61
3.5.1	<i>Définir la conduite à tenir en cas de non respect d'une obligation de soins, ou de transport d'un malade non consentant aux soins</i>	61
3.5.2	<i>Compter sur les effets d'une politique de santé mentale, déclinée dans toutes ses dimensions, pour assurer davantage la sûreté des personnes</i>	62

ANNEXES

Introduction

Par lettre de mission du 9 novembre 2004, le ministre de la santé et de la protection sociale ainsi que le garde des sceaux, ministre de la justice, ont chargé l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires d'étudier les principes pouvant guider la réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.¹

La mission a été réalisée :

- pour l'Inspection générale des affaires sociales par le Dr. Alain Lopez et Mme Isabelle Yeni, inspecteurs,
- pour l'Inspection générale des services judiciaires par Mme Valdès-Boulouque, inspectrice générale adjointe et M. Fabrice Castoldi, inspecteur.

Cette mission a été initiée dans un contexte de progression du nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte et du recours toujours plus important aux procédures d'urgence. Elle était également liée à l'inquiétude exprimée par les directeurs d'hôpitaux et les équipes médicales à la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003.

Elle s'inscrit dans un ensemble de réflexions ayant donné lieu à des rapports d'évaluation et de propositions de réforme².

Afin de recueillir les constats et les préconisations de tous les acteurs concernés par l'hospitalisation sans le consentement des malades, la mission a notamment rencontré des professionnels de santé, leurs représentants syndicaux, les représentants des usagers, des responsables de l'administration centrale de la santé et de la justice, des magistrats, des directeurs d'hôpitaux ainsi que le secrétaire général de la MIVILUDES. Elle s'est entretenue avec M. Claude Evin, ancien ministre des affaires sociales, à l'origine de la loi du 27 juin 1990 et des personnalités qualifiées dont M. le Pr Sicard, président du comité national d'éthique et Mme le Pr Fagot-Largeault, membre du collège de France. La mission s'est rendue dans quatre départements, choisis pour leur faible ou fort taux d'hospitalisations sans le consentement des malades. Ces déplacements avaient pour objectif d'examiner l'organisation concrète et le fonctionnement réel du dispositif prévu par la loi. Elle y a rencontré les autorités administratives et judiciaires, les élus, les équipes médicales hospitalières et des médecins libéraux ainsi que les membres des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique³. Un relevé aléatoire de données sur des malades hospitalisés sous contrainte a été réalisé à cette occasion. La mission s'est aussi déplacée pour connaître le fonctionnement de dispositifs innovants dans les domaines des interventions à domicile, de la prise en charge des malades alcooliques, de l'organisation des urgences, des établissements hospitaliers spécialisés, la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et le CMPR associé.

¹ Voir la lettre de mission en annexe 1.

² Rapport du groupe national d'évaluation de septembre 1997 de Mmes Strohl et Clémentine, rapport des Drs Piel et Roelandt du juillet 2001, rapport des Drs Cléry-Melin, Kovess et Pascal, et rapport de l'IGA, IGPN,IGN de mai 2004.

³ La liste complète des personnes que la mission a rencontré figure en annexe 1.

Une enquête a été réalisée à partir des données issues de la base PMSI des hôpitaux psychiatriques, avec le concours du Groupement Français d'Epidémiologie Psychiatrique.

* * *

Avec la loi fondatrice de 1838, la personne atteinte de troubles mentaux est considérée comme un malade nécessitant des soins. Cette « médicalisation » de la folie a pu être assimilée à l'établissement d'un ordre sur les consciences.⁴ Elle va surtout permettre de soulager les souffrances psychiques de personnes jusqu'alors abandonnées sans secours parce que jugées insensées.⁵ Pour les médecins qui ont inspiré cette loi, le fou est un malade qui peut guérir. L'hôpital est selon eux le lieu où cette guérison peut être obtenue. Les premiers aliénistes pensaient que la mise à l'écart du milieu social, et l'instauration d'un régime d'existence ordonné, avaient des vertus thérapeutiques décisives. Aussi, en même temps qu'elle définit le mode d'hospitalisation des malades, la loi de 1838 arrête une politique de soins. Elle décide que dans chaque département français sera implanté un asile pour traiter les aliénés. Loi de police, loi de santé, la loi du 30 juin 1838 est aussi une loi de justice, car elle se soucie déjà du respect des droits et intérêts de la personne hospitalisée contre son gré.

La loi du 27 juin 1990, quant à elle, cherche également à satisfaire ce triple objectif de santé, de garantie des libertés et de sécurité. La conciliation de ces trois impératifs conduit à des équilibres fragiles et toujours à redéfinir, dépendant des dispositions législatives comme des pratiques. Cet équilibre est d'autant plus difficile à maintenir que la psychiatrie est tout à la fois soupçonnée de trop enfermer les malades et de leur laisser trop de liberté.

Les deux inspections ont cherché à cerner les difficultés auxquelles est confronté le dispositif des soins psychiatriques prodigués sous contrainte, cette contrainte se justifiant par le déni de la maladie qui caractérise certaines formes de pathologies mentales. La première partie du rapport expose le cadre juridique de l'hospitalisation des malades sans leur consentement et reprend les données statistiques disponibles. La seconde partie dresse un bilan de l'application de la loi du 27 juin 1990, entre avancées et faiblesses. Enfin, dans une troisième partie, sont développées les mesures préconisées dans le triple souci de faciliter l'accès aux soins, de mieux garantir le droit des malades et de veiller à la sécurité de tous.

⁴ Confer Michel Foucault *L'histoire de la folie*. Ed Plon 1961.

⁵ Confer Marcel Gauchet et Gladys Swain *La pratique de l'esprit humain*. Ed Gallimard 1980.

Première partie - la loi du 27 juin 1990 : données juridiques et statistiques

1.1 Le cadre juridique

La loi du 30 juin 1838 a défini pour la première fois le statut des malades mentaux et a organisé pendant plus de 150 ans les différents modes de placement dans les établissements psychiatriques. Malgré les critiques, les diverses tentatives de réforme du dispositif n'ont pu aboutir, tant l'équilibre qu'il réalisait entre les exigences de la prise en charge thérapeutique, de la sécurité publique et du respect de la liberté individuelle était difficile à remettre en cause.

Ce n'est donc que le 27 juin 1990 que le dispositif légal a été refondu pour tenir compte des évolutions de la pratique médicale et des exigences posées par la Recommandation R 83-2 du 22 février 1983 du Conseil de l'Europe « sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placés comme patients involontaires ».

Désormais codifiée sous les articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du Code de la Santé publique, la législation relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a été légèrement modifiée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle a également été amendée, s'agissant des patients détenus, par l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002 et s'agissant du transport des malades en vue d'une hospitalisation sans consentement, par l'article 120 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Toutes ces réformes avaient pour objectif de promouvoir les droits des malades hospitalisés librement dans les établissements publics ou privés, de garantir ceux des patients hospitalisés sans leur consentement lorsqu'une telle prise en charge est indispensable et d'instaurer un contrôle effectif des conditions d'hospitalisation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes atteinte de troubles mentaux.

1.1.1 L'affirmation des droits du patient

1.1.1.1 Le malade mental hospitalisé avec son consentement dispose de mêmes droits que ceux reconnus à tout patient

Alors que la loi du 30 juin 1838 ne connaissait que des modes de placement sous contrainte, celle du 27 juin 1990 consacre l'hospitalisation libre comme le régime habituel d'hospitalisation. Le malade est alors consentant à l'hospitalisation et aux soins que nécessite son état de santé. Il signe sa demande d'admission et peut donner une autorisation éclairée car l'atteinte éventuelle à ses facultés mentales n'altère pas sa capacité de discernement. Le séjour se prolonge avec son consentement et il dispose de la liberté d'y mettre fin.

L'article L 3211-2 reconnaît à ce patient « les mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour toute autre cause ». Notamment, il dispose, en droit, du libre choix de l'établissement et du praticien. Une information précise lui est due par les équipes médicales. Le protocole thérapeutique ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. Il a droit au respect de sa dignité et cette règle « s'applique au patient atteint de troubles mentaux comme à tout autre patient avec toute l'attention particulière qui est due à une personne très affectée et vulnérable.⁶ » Le malade mental hospitalisé librement bénéficie également de l'accès direct au dossier médical dans les mêmes conditions que les malades somatiques (article L 1111-7 du Code de la santé publique).

1.1.1.2 Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade hospitalisé sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement

Une mesure d'hospitalisation sous contrainte n'emporte pas, en elle-même, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 3 janvier 1968, privation ou suppression des droits reconnus à tout malade. En effet, cette loi, en organisant les mesures de tutelle et de curatelle, a dissocié le régime de l'hospitalisation sous contrainte du régime de protection des droits et des personnes. La capacité juridique du patient n'est donc plus affectée par cette situation de fait et il ne perd plus automatiquement ses capacités de gestion.

L'établissement d'accueil est par ailleurs tenu d'informer la personne sur sa situation juridique et ses droits. Cette information doit être délivrée dès l'admission et renouvelée à chaque demande du patient en cours de séjour.

Mais la finalité thérapeutique peut conduire le médecin à imposer au patient un traitement et des atteintes à sa liberté d'aller et venir. Selon l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, ces restrictions sont limitées à celles nécessitées par l'état de santé et la mise en œuvre du traitement et, en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée. La mesure de contrainte, qui représente une atteinte sévère à la liberté individuelle, doit donc être nécessaire, proportionnelle au danger encouru et non susceptible d'être remplacée par une mesure moins radicale.

Il faut, en outre, noter que le droit d'accès aux informations du dossier médical a été aménagé pour les malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers⁷. En effet, à titre exceptionnel et en cas de risque d'une particulière gravité, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin. En cas de refus du patient d'accepter cette restriction, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie et, selon l'article L. 1111-7, son avis « s'impose au détenteur des informations comme au demandeur ».

En aucun cas, toutefois, ne peut être restreint le droit, pour un patient hospitalisé sous contrainte, de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, de prendre conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin, de consulter le règlement intérieur ou de communiquer avec le procureur de la République, le président du tribunal de grande instance, le juge du tribunal d'instance, le préfet et le maire. Mais du fait de la fragilité ou de l'état

⁶ Marc Dupont. Soins sous contrainte en psychiatrie. Les cahiers de l'AP-HP.

⁷ Dispositif introduit par la loi du 4 mars 2002

d'infériorité dans lequel se trouvent fréquemment les malades mentaux, le législateur a décidé, dans une formulation très large, que ces droits pouvaient également être exercés « à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient. »

Enfin, aux termes de l'article L3211-3, les malades hospitalisés sans leur consentement ne peuvent être privés de la possibilité d'émettre ou de recevoir du courrier, d'exercer leur droit de vote⁸ et de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de leur choix.

1.1.2 L'hospitalisation sous contrainte est soumise à des conditions médicales et administratives strictes

Le cadre juridique actuel de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte se caractérise par l'existence de deux procédures distinctes répondant à des priorités différentes, la santé du patient dans le cadre de l'HDT, et la sûreté des personnes, dans le cadre de l'HO. Les différences entre les deux régimes affectent également les conditions d'admission et les modes de sortie. Il n'existe pas, toutefois, de barrière étanche entre ces deux dispositifs et dans certaines circonstances, l'hospitalisation à la demande d'un tiers peut être transformée en hospitalisation d'office.

La procédure d'HDT est mise en œuvre lorsque les troubles rendent impossible le consentement du malade et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. La demande est présentée soit par un membre de la famille soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Elle doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement.

La procédure d'HO concerne les personnes « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public ». Elle suppose un certificat médical circonstancié qui « ne peut émaner du psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ». L'hospitalisation est prononcée par un arrêté du préfet (à Paris, du préfet de police).⁹ Cette décision administrative doit être motivée et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de contrainte nécessaire.

Qu'elles soient hospitalisées à la demande d'un tiers ou d'office, les personnes concernées peuvent bénéficier de sorties d'essai et d'autorisations de sortie de courte durée mais selon des modalités propres à chacun des régimes.

La loi contient par ailleurs des dispositions particulières concernant notamment les détenus, les personnes déclarées pénalement irresponsables ainsi que les majeurs protégés et les mineurs.

⁸ Sauf s'ils sont sous tutelle

⁹ la mission a choisi d'utiliser le terme générique de préfet dans un souci de simplicité à la place de la formule « à Paris, le préfet de police et dans les départements le représentant de l'Etat », retenue par le législateur.

1.1.2.1 l'hospitalisation à la demande d'un tiers

Elle concerne le malade qui n'est pas consentant aux soins ou n'a pas la possibilité d'exprimer son consentement. La demande du tiers doit être manuscrite mais elle n'a pas à être motivée.¹⁰

Les deux certificats médicaux qui accompagnent la demande du tiers doivent être concordants et circonstanciés, constater l'état mental de la personne à soigner, indiquer les particularités de la maladie et la nécessité de la faire hospitaliser. Le premier certificat « ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ». Le texte n'impose pas que l'un de ces médecins soit un psychiatre.

L'admission initiale est prononcée pour une durée limitée à quinze jours par le directeur de l'établissement qui doit s'assurer par tous moyens de l'identité du patient, de celle du tiers demandeur ainsi que de sa qualité de tiers ou du lien entre le patient et lui.

Selon l'interprétation de l'administration du ministère de la santé¹¹, la procédure est engagée dès lors qu'un tiers a signé une demande d'admission et qu'un premier médecin a rédigé un certificat conforme. Le statut de malade sous contrainte s'applique dès cet instant et sera confirmé avec le deuxième certificat médical et le prononcé de l'admission. L'article L. 3222-1 créé par la loi du 9 août 2004 pour réglementer le transport sans leur consentement des malades vers l'établissement d'accueil permet de retenir cette interprétation puisque le législateur a précisé « que le transport [des personnes nécessitant une hospitalisation à la demande d'un tiers] ne pouvait avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission.»

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade constaté par le médecin qui peut être celui exerçant dans l'établissement d'accueil, le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical.

Ultérieurement, la loi exige que la nécessité de l'hospitalisation soit confirmée par un psychiatre de l'établissement d'accueil, d'abord dans les vingt quatre heures de l'admission, puis dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation et enfin chaque mois.

Au vu de ces certificats médicaux, le directeur prolonge l'admission pour une durée correspondante et « faute de production du certificat, la levée de l'hospitalisation est acquise. »

Il peut également être mis fin à la mesure de contrainte si un psychiatre de l'établissement estime, dans un certificat circonstancié mentionnant l'évolution ou la disparition des troubles, que les conditions de l'hospitalisation sans consentement ne sont plus réunies. Cette possibilité est aussi conférée au préfet par le dernier alinéa de l'article L. 3212-8.

La levée de la mesure d'hospitalisation peut de même être obtenue par le curateur à la personne, un membre de la famille, le tiers ayant demandé l'admission, ou la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), dans l'ordre déterminé par

¹⁰le projet initial présentée par le gouvernement prévoyait une demande motivée mais cette disposition n'a pas été retenue par le Parlement qui a estimé que cette obligation serait douloureuse pour les familles.

¹¹ fiche d'information du 13 mai 1991 du ministère de la santé

l'article L. 3212-9 du code de la santé publique et selon les modalités prévues par ce texte. Le médecin de l'établissement, si les conditions de l'hospitalisation d'office sont réunies, peut toutefois saisir le préfet qui peut ordonner un sursis provisoire à la sortie ; celui-ci « cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine s'il n'a pas été dans ce délai prononcé une hospitalisation d'office ».

Si l'état du malade le justifie, le préfet a également la possibilité de transformer une hospitalisation à la demande d'un tiers en hospitalisation d'office, par un arrêté provisoire qui doit être confirmé dans les quinze jours. En cas de transformation concernant une personne en fugue, cet arrêté peut permettre de déclencher effectivement les recherches afin de la réhospitaliser mais en respectant les dispositions de l'article L. 3213-1.¹²

La sortie immédiate du malade peut à tout moment être ordonnée par le juge des libertés et de la détention saisi à la demande du patient ou d'un proche¹³.

1.1.2.2 L'hospitalisation d'office

Dans sa version d'origine, la loi du 27 juin 1990 réservait l'hospitalisation d'office aux malades dont les troubles mentaux compromettaient l'ordre public ou la sûreté des personnes. Depuis la modification législative introduite par la loi du 4 mars 2002, le champ de cette mesure est plus restrictif puisqu'elle ne peut être prescrite qu'à la double condition que les troubles présentés nécessitent des soins et qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou, *gravement*, l'ordre public.

La décision de recourir à cette mesure administrative appartient au préfet. Celui-ci se détermine au vu d'un certificat circonstancié qui peut émaner du psychiatre de l'établissement. A la différence de la procédure d'HDT, le double certificat médical n'est pas prévu. De même la durée du certificat médical n'est pas précisée.

Une procédure d'urgence, dont les conditions n'ont pas été remaniées en 2002, permet au maire et, à Paris, au commissaire de police, « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou à défaut par la notoriété publique », de prendre toutes les mesures provisoires « à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles manifestes ». L'article L. 3213-2 prévoit également que ces autorités doivent « en référer dans les vingt quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation dans les formes de l'article L. 3213-1 ». Aux termes du même article L. 3213-4, « faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures ».

A l'instar de la procédure édictée pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers, un certificat médical confirmant ou infirmant la nécessité de la mesure de contrainte doit être rédigé par le psychiatre de l'établissement dans les vingt quatre heures de l'admission. Cet examen est renouvelé « dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois ».

En parallèle et « dans les trois jours précédent l'expiration du premier mois d'hospitalisation » le préfet peut, après avis motivé d'un psychiatre de l'établissement, maintenir la mesure pour

¹² Marc Dupont. *Soins sous contrainte en psychiatrie*. Page 110. Guide de l'APHP, Ed Doin.

¹³ Le cadre juridique plus précis et les problèmes qu'il pose sont développés aux paragraphes 1.1.3.3 et 2.2.2.5

une nouvelle période de trois mois. Au delà de cette durée, l'hospitalisation d'office est susceptible d'être prolongée par période de six mois renouvelable selon les mêmes modalités. Les divers arrêtés pris à ce titre doivent être motivés.

La levée de la mesure de contrainte peut intervenir de plusieurs manières : elle est acquise automatiquement en l'absence de décisions administratives à l'issue de chacune des périodes d'hospitalisation si le renouvellement n'est pas demandé ; le préfet peut en outre y mettre fin « à tout moment après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la CDHP ». L'hospitalisation d'office est également susceptible d'être levée à tout moment si un psychiatre déclare, selon la formule de l'article L 3213-5, sur un certificat médical ou sur le registre de la loi « que la sortie peut être ordonnée ». Le directeur de l'établissement est alors tenu « d'en référer dans les vingt quatre heures au préfet qui statue sans délai. »

Tout comme en matière d'hospitalisation à la demande d'un tiers, le juge des libertés et de la détention est aussi compétent pour ordonner la sortie immédiate.

1.1.2.3 Les aménagements à l'hospitalisation

Quelles que soient les modalités selon lesquelles elle est décidée, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte peut en pratique être précédée d'une ou plusieurs sorties d'essai. Ces sorties d'essai sont destinées, aux termes de l'article L 3211-11 « à favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion du patient ». Elles sont décidées par un psychiatre de l'établissement dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers et ce dernier doit en être informé. En cas d'hospitalisation d'office, elles sont décidées par le préfet sur proposition écrite et motivée du psychiatre de l'établissement. Leur renouvellement éventuel est organisé selon les mêmes modalités.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale et un suivi qui relève du secteur psychiatrique compétent. Sa durée est limitée à trois mois mais elle est renouvelable indéfiniment.

Pendant tout le temps de la sortie d'essai, le malade reste sous le statut juridique qui était le sien lors de son hospitalisation. Le calendrier des certificats médicaux et des arrêtés de renouvellement n'est donc pas affecté par cette situation. Le patient peut être rehospitalisé sous contrainte sans qu'il soit besoin de reprendre la procédure dans l'hypothèse où il refuserait la poursuite d'un traitement jugé indispensable par son médecin ou si son état de santé le requiert.

Les malades hospitalisés peuvent également bénéficier de sorties de courte durée. Cette pratique a été encadrée par la loi du 4 mars 2002 créant l'article L 3211-11-1. Accordées pour une période de douze heures maximum, ces sorties doivent être fondées sur un motif thérapeutique ou destinées à permettre d'effectuer « des démarches extérieures ». Le texte prévoit également que le patient soit accompagné « d'un ou plusieurs membres de l'établissement pendant toute la durée de la sortie ». Le mécanisme d'octroi de cet aménagement est original. En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'autorisation est donnée par le directeur de l'établissement « après avis favorable du psychiatre responsable de la structure concernée ». En cas d'hospitalisation d'office, le directeur doit transmettre au

préfet les éléments d'information quarante huit heures avant la date prévue et la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai sauf opposition de ce dernier¹⁴.

1.1.2.4 La prise en compte des situations particulières

La loi du 27 juin 1990 traite également de la situation particulière des détenus et de celles des personnes déclarées pénalement irresponsables lorsque les troubles mentaux dont elles souffrent rendent indispensables une hospitalisation.

Elle contient au surplus des dispositions concernant les mineurs et les majeurs protégés.

➤ La situation des personnes détenues présentant des troubles mentaux

Les hospitalisations d'office des personnes détenues présentant des troubles mentaux relèvent de la compétence du préfet du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation.

L'indication initiale est posée par le praticien de l'unité de Consultation ou de Soins Ambulatoire (UCSA) ou par celui du Service Médico-Psychologiques Régional (SMPR). L'arrêté est pris par le préfet au vu de ce certificat médical circonstancié ; la mesure concerne toute « personne détenue qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger grave pour elle-même ou pour autrui ».

Le détenu hospitalisé est examiné dans les vingt quatre heures de l'admission par un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil. La prolongation éventuelle de la mesure obéit aux règles de l'hospitalisation d'office.

Le patient se voit reconnaître, sous réserve des restrictions liées à son statut de personne placée sous main de justice, les droits conférés aux autres malades¹⁵. Il peut notamment saisir aux fins « de sortie immédiate » le juge des libertés et de la détention. Dans l'hypothèse d'une décision favorable, l'article L 3214-2 précise que le retour en détention doit être organisé dans les conditions prévues par un décret en Conseil d'Etat¹⁶. Ce décret, destiné à réglementer les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux est toujours en cours d'élaboration. Il permettrait pourtant de résoudre les problèmes très concrets de fonctionnement et d'organisation que posent actuellement aux établissements hospitaliers les imprécisions affectant le statut juridique de ces différentes opérations. En effet, l'article D 398 du code de procédure pénale, qui concerne les détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux, interdit qu'ils soient gardés pendant leur séjour par les services de police ou de gendarmerie, alors que cette obligation est prévue pour les malades somatiques par l'article D 394 du même code.¹⁷

¹⁴ On peut penser que ces dispositions ont restreint les sorties de courte durée surtout pour les personnes en hospitalisation d'office du fait de la complexité de la procédure.

¹⁵ à l'exception des sorties d'essai, et des sorties de courte durée accompagnées

¹⁶ prévu à l'article L 3214-5

¹⁷ Comme le souligne le rapport de mai 2004 de l'IGA, IGPN et IGN (p. 39), la réglementation n'a pas encore pris en compte les évolutions fonctionnelles de la psychiatrie et continue à se fonder sur le postulat « qu'un établissement psychiatrique est fermé et sécurisé et qu'il ne nécessite donc pas de garde du détenu ».

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a modifié les conditions d'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues en décidant de la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, de ceux dont l'état de santé mentale nécessite des soins. Elle ouvre donc la possibilité de l'hospitalisation librement consentie.

Pour l'heure et dans l'attente de la mise en place de ces unités prévue pour 2007, les hospitalisations continuent d'être assurées, sous le seul régime de l'hospitalisation d'office, dans les établissements de santé habilités.

➤ Le statut des personnes déclarées pénalement irresponsables

Aux termes de l'article 122-1 du Code Pénal « n'est pas pénalement responsable la personne qui est atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Selon le stade de la procédure auquel cette irresponsabilité est constatée, les personnes en cause bénéficient soit d'un non lieu prononcé par le juge d'instruction soit d'une décision de relaxe ou d'acquittement prononcée par la juridiction de jugement. Si l'irresponsabilité pénale ne fait d'emblée aucun doute, il est même possible que le procès verbal d'infraction soit classé sans suite par le procureur de la République.

Ces situations recouvrent des hypothèses très variées. Si l'état mental du malade concerné nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, il incombe aux autorités judiciaires de saisir le préfet sur le fondement de l'article L 3213-7. Ce dernier peut ainsi, au vu d'un certificat médical circonstancié et en prenant un arrêté motivé, prononcer une hospitalisation d'office. Le texte précise logiquement que l'avis médical doit porter « sur l'état actuel du malade » ce qui implique donc une appréciation distincte et autonome de celle conduite dans le cadre médico-légal.

La mesure se poursuit ensuite selon le régime habituel de l'hospitalisation d'office à l'exception des modalités de levée de l'hospitalisation. Il ne peut en effet être mis fin à la mesure que sur décisions conformes de deux psychiatres choisis par le préfet sur une liste d'experts établie par le procureur de la république et concluant, après examens séparés, que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même, ni pour autrui.

➤ La situation des mineurs et des majeurs bénéficiant d'une mesure de protection

Le mineur et le majeur sous tutelle sont des « incapables » au sens du code civil et ils sont respectivement représentés soit par le (ou les) titulaire(s) de l'autorité parentale soit par leur tuteur. Les autorisations de procéder aux soins sont donc données par ces derniers.

Cette situation ne dispense toutefois pas le médecin de rechercher le consentement personnel de ces malades dès lors qu'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision (article L 1111-4). L'information sur l'état de santé, le traitement ou l'intervention proposée doit ainsi être donnée par le praticien non seulement au tuteur mais également au patient si son discernement le permet.

Le mineur comme le majeur protégé peuvent par ailleurs être hospitalisés d'office dans les conditions qui ont été décrites plus haut.

Le majeur protégé est également susceptible d'être hospitalisé à la demande d'un tiers : celui-ci peut être son tuteur ou son curateur. L'article L 3212-2 impose dans cette hypothèse au directeur de l'établissement de se faire communiquer, outre les pièces habituelles, un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Cette modalité d'hospitalisation à la demande d'un tiers n'existe pas pour le mineur qu'on voudrait contraindre à se soigner, puisque seuls les titulaires de l'autorité parentale ou éventuellement le conseil de famille ont compétence pour demander l'hospitalisation ou la sortie conformément à l'article L. 3211-10.¹⁸.

L'hospitalisation d'un mineur peut enfin être ordonnée par le juge des enfants statuant en matière d'assistance éducative et dans le cadre des pouvoirs que ce magistrat tient des articles 375,375-3 et 375-9 du Code civil¹⁹. Cette procédure, qui permet au juge de retirer un enfant en danger de sa famille ou de son milieu « pour le confier à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux », a été encadrée au plan sanitaire par la loi du 4 mars 2002. Ce placement ne peut dorénavant être ordonné qu'après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement. La durée de l'hospitalisation est de quinze jours mais peut être renouvelée pour des périodes d'un mois après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement.

1.1.3 Des dispositifs de contrôle et de recours sont prévus pour vérifier les situations individuelles et s'assurer du respect des libertés et de la dignité des patients

L'hospitalisation sans consentement quoique nécessaire d'un point de vue médical représente une atteinte importante aux libertés individuelles qui peut s'accompagner d'isolement, de contention, de soins forcés. La mesure de contrainte se situe donc dans un champ de tension juridique et pose avec acuité la question de l'indispensable conciliation entre le respect des droits des malades et le devoir d'assistance.

Cette situation a conduit les pays européens à se doter de législations spécifiques pour organiser et encadrer les procédures de placement et de traitement sans consentement.

Le rôle du juge, gardien traditionnel de la liberté individuelle mais aussi protecteur des personnes les plus vulnérables, y est toujours prépondérant. Dans certains Etats, la décision de contrainte est même prononcée par l'autorité judiciaire. Dans d'autres, le juge intervient obligatoirement a posteriori et à court délai pour valider ou invalider la décision sanitaire.

Le système français est original car il combine des mécanismes de contrôle exercés concurremment par des autorités judiciaires et administratives ainsi que par une commission pluridisciplinaire spécialisée, avec des possibilités de recours juridictionnels, laissés à l'initiative de l'intéressé ou de toute personne ayant qualité pour agir. Quand ces recours portent sur la régularité formelle de la décision administrative d'hospitalisation sans consentement, ils sont de la compétence de la juridiction administrative. S'ils visent à obtenir « la sortie immédiate » de l'établissement ou la réparation du préjudice subi, en contestant le motif de l'HO ou de l'HDT sur le fond, ils relèvent alors de la compétence du juge judiciaire.

¹⁸ en cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, ce texte prévoit l'intervention du juge des affaires familiales. En l'absence de titulaire de l'autorité parentale et dans l'attente de la constitution d'un conseil de famille, c'est le juge des tutelles qui statue.

¹⁹ cette décision de nature juridictionnelle est susceptible d'appel.

1.1.3.1 Le contrôle assuré par les autorités judiciaires et administratives

Deux dispositifs sont prévus à cet égard : les autorités judiciaires et administratives sont informées d'une part des décisions d'admission et reçoivent copie des certificats médicaux. Elles sont chargées d'autre part de visiter à échéance régulière et, en principe, sans publicité préalable, les établissements accueillant des malades mentaux.

Chaque mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers est ainsi portée à la connaissance du préfet par le directeur de l'établissement « dès réception du certificat médical » des vingt-quatre heures. Le représentant de l'Etat est ensuite tenu dans les trois jours de l'hospitalisation de notifier au procureur de la République du lieu de situation de l'établissement ainsi qu'à celui du domicile du malade « les nom, prénoms, profession et domicile tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation ». Les décisions de renouvellement, de mainlevée et de sortie sont communiquées dans des conditions comparables.

En matière d'hospitalisation d'office, il appartient directement au préfet d'aviser « dans les vingt-quatre heures » le procureur de la République ainsi que le maire du domicile du malade de toute mesure, renouvellement ou sortie.

Les articles L 3212-11 et 3213-1 prévoient en outre la tenue dans chaque établissement d'un registre (communément appelé « registre de la loi ») sur lequel doit être transcrit l'ensemble des renseignements et des pièces administratives relatifs à chaque malade. La lecture de ce registre rend possible un contrôle rapide de chaque situation individuelle. La nature et la durée de l'hospitalisation sans consentement apparaît immédiatement. Ce document mentionne également la date, la durée et les modalités des éventuelles sorties d'essai et l'existence, le cas échéant, des mesures de tutelle ou de curatelle.

Le préfet ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant tout comme le juge du tribunal d'instance et le procureur de la République sont amenés à prendre connaissance de ce registre à chacune de leurs visites. Ces autorités le signent et y portent les observations que pourraient appeler leurs constatations.

La périodicité de ces visites est fixée par l'article L 3222-4. Elles est semestrielle. Seul le procureur de la République est tenu d'y procéder « au moins une fois par trimestre ».

Ces déplacements obligatoires doivent notamment permettre aux autorités judiciaires et administratives de recevoir « les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil », de rencontrer celles qui ont pu les alerter sur leur situation par écrit ²⁰ et ainsi de procéder concrètement aux vérifications rendues nécessaires par les différents signalements.

²⁰ Le droit de communiquer avec les autorités chargées du contrôle est garanti par l'article L 3211-3 du Code de la Santé publique et le fait pour le directeur de l'établissement ou le médecin « de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative » est punissable aux termes des articles L 3215-2 et 3215-4 du même code d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 3750€ d'amende.

1.1.3.2 La CDHP : une commission originale aux compétences étendues

En complément du contrôle effectué à titre individuel par les personnalités chargées de visiter ponctuellement les établissements spécialisés, le législateur a renforcé les garanties destinées à prévenir les hospitalisations abusives en confiant à une commission départementale spécialisée le soin « 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. »

Depuis la modification législative du 4 mars 2002, cette commission est composée de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux et d'un médecin généraliste.

Elle associe ainsi, dans l'exercice des missions étendues fixées par l'article L 3222-5 du code de la santé publique, les connaissances et les compétences des professionnels du droit et de la médecine avec le regard et l'expérience des usagers et de leurs familles.

La CDHP est en effet informée « de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ». Elle doit examiner obligatoirement la situation de toutes les personnes dont l'hospitalisation à la demande d'un tiers se prolonge au delà de trois mois et celle des autres patients sous contrainte « en tant que de besoin ». Il lui appartient en outre d'établir un bilan annuel de l'utilisation des procédures d'urgence.

Pour réaliser ce travail nécessitant la consultation des dossiers administratifs et des certificats médicaux, la commission doit se réunir « au moins une fois par trimestre ». Le secrétariat est assuré par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

La CDHP est également chargée de visiter deux fois par an²¹ les établissements accueillants des patients hospitalisés sans leur consentement, de recevoir leurs réclamations éventuelles et de vérifier « le registre de la loi » en s'assurant « que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ».

Dans tous les cas, que les vérifications s'effectuent sur pièces ou sur place, la commission peut interroger les établissements de santé et obtenir « toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions ».

Au vu des informations dont elle dispose, ou qu'elle recueille, et des constatations qu'elle effectue, la CDHP peut saisir le préfet ou le procureur de la République des situations identifiées comme appelant des interventions administratives ou judiciaires. Elle peut de surcroît proposer au juge des libertés et de la détention « d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue ».

Dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, la CDHP dispose même du pouvoir de requérir la levée de la mesure²².

²¹ pour ces visites et selon l'article R 3223-6 du code de la santé publique, le nombre des membres de la commission peut être limité à deux.

²² cf. l'article L 3212-9 du code de la santé publique et les développements du paragraphe 1121.

La CDHP est enfin tenue d'élaborer un rapport annuel d'activité, de l'adresser au préfet et au procureur et de le présenter au conseil départemental de santé mentale²³ : ce document constitue un instrument d'évaluation très utile.

1.1.3.3 Les recours devant le juge administratif et le juge judiciaire

Si les procédures de contrôle relèvent de la responsabilité des autorités administratives et judiciaires et de la CDHP éventuellement alertées par le malade ou un proche, ces derniers ont aussi la faculté d'exercer des recours contentieux afin d'obtenir l'annulation des décisions administratives d'hospitalisation, la sortie immédiate, l'indemnisation du préjudice subi.

Le recours contentieux devant la juridiction administrative est ouvert au patient, dans les termes du droit commun, dans la mesure où la décision administrative qui conduit à une hospitalisation sous contrainte est une décision qui fait grief. Le juge administratif est compétent pour examiner la régularité de la procédure et la motivation des arrêtés préfectoraux mais une fois l'illégalité constatée, il n'appartient qu'au juge judiciaire de statuer sur les conséquences dommageables et de se prononcer sur l'indemnisation du préjudice²⁴.

Saisi dans les conditions du droit commun, le juge judiciaire, gardien de liberté individuelle, est également compétent pour apprécier le bien fondé de la mesure d'hospitalisation.

L'article L 3211-12 du code de la santé publique prévoit par ailleurs une procédure judiciaire simplifiée qui permet de demander « la sortie immédiate ». Le recours peut être introduit « à quelque époque que ce soit » par simple requête et le juge statue en la forme des référés après débat contradictoire. Ce recours est ouvert « à toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, accueillant des malades soignés pour troubles mentaux. » Afin d'en faciliter l'exercice et donc d'améliorer l'efficacité du contrôle juridictionnel, le législateur a décidé que ce recours pourrait également être exercé « par le conjoint, le concubin, le tuteur, le curateur, le curateur à la personne, par un parent ou une personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt du malade. »

La saisine du juge est enfin ouverte à la personne ayant demandé l'hospitalisation et au procureur de la République. Le texte dispose même que ce juge « peut se saisir d'office à tout moment » et qu'ainsi « toute personne peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé. »

Le magistrat compétent pour statuer sur ces demandes est désormais le juge des libertés et de la détention du lieu de situation de l'établissement²⁵.

²³ Ce conseil a été supprimé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 ; cf. conclusion du rapport.

²⁴ Tribunal des conflits, 17 février 1997, numéro 3045

²⁵ Cette compétence, qui était exercé par le président du tribunal de grande instance, a été attribuée au juge des libertés et de la détention par la loi du 15 juin 2000 sans toutefois que cette modification n'ait été insérée dans la nouvelle rédaction de l'article L 3211-12. Aux termes de l'article 137-1 du code de procédure pénale, ce magistrat du tribunal de grande instance « est un magistrat ayant le rang de président, de premier vice-président ou de vice-président ». En cas d'empêchement, le président de la juridiction peut toutefois désigner le magistrat du siège le plus ancien dans le grade le plus élevé.

1.2 Les données statistiques

La loi du 30 juin 1838 prévoyait que tous les malades mentaux étaient hospitalisés sans leur consentement. Cependant dans la pratique, l'hospitalisation libre est apparue peu à peu : en 1971, le nombre des admissions sous contrainte s'élève à 46 400, soit 27% des hospitalisations psychiatriques. Ce même nombre était de 27 400 en 1982, soit 10% environ des admissions.²⁶ Quand la loi de 1838 a été révisée en 1990, la part prise par les hospitalisations effectuées sans le consentement des malades était encore de 10%. Ce renversement de la place de la contrainte dans le traitement des malades mentaux est du à une conception différente de la maladie mentale, des soins et de leurs modalités d'organisation. La politique de sectorisation psychiatrique, en développant la prévention et les alternatives à l'hospitalisation, a considérablement contribué à faire diminuer le nombre des hospitalisations réalisées sans le consentement des malades.

En 1990, cette évolution à la baisse paraissait devoir continuer. Nombreux étaient ceux qui pensaient que la révision de la loi de 1838, en renforçant les garanties relatives aux libertés des personnes, allait raréfier les situations où la contrainte serait nécessaire. C'est le contraire qui s'est produit. Depuis 1990, le nombre des mesures d'hospitalisation sans le consentement des malades n'a cessé d'augmenter. En proportion du nombre total des hospitalisations, ce nombre reste cependant très inférieur à celui qu'il était au tout début du développement des secteurs psychiatriques (27% en 1971, 13,1% en 2001).

Cependant, peu de données et d'études existent sur les malades hospitalisés sans leur consentement et celles qui ont été rassemblées par la mission ne peuvent être considérées comme représentatives de la situation France entière.

1.2.1 L'augmentation du nombre des mesures et ses explications possibles

1.2.1.1 Des mesures d'hospitalisation sous contrainte qui ont presque doublé en 15 ans mais évoluent peu au regard des admissions totales en psychiatrie

Selon les chiffres établis par la Direction Générale de la Santé²⁷, en 2001, 72 519 hospitalisations ont eu lieu sans le consentement des malades (86% en HDT et 14% en HO), soit presque un doublement en 15 ans. Mais cette augmentation est allée en se ralentissant (+55% entre 1992 et 1997, +20% entre 1997 et 2001). Elle concerne davantage les HDT que les HO : entre 1992 et 2001, le nombre des HDT a doublé, passant de 32 058 à 62 894 ; il n'a progressé que de 37% pour les HO, passant de 7 026 à 9 625 décisions. Cependant, le nombre des réadmissions n'étant pas connu, le nombre des personnes concernées par ces mesures ne peut être déterminé. Par ailleurs, si le nombre des mesures a augmenté, la durée de séjour moyenne a tendance à diminuer dans la même période pour ces patients.

D'autres sources de données montrent le même phénomène global malgré une disparité des chiffres et des périodes :

²⁶ Annuaire des statistiques sanitaires et sociales. SESI. Année 1982-1983 ; Année 1985.

²⁷ Circulaire DGS/6C N°2004/237 du 24 mai 2004

- dans le département du Puy-de-Dôme, une étude réalisée en 1997²⁸ signale une augmentation du nombre des HDT de 83% entre 1993 et 1997. Dans le même temps les HO ont augmenté de 25%.
- Dans le département de l'Eure, le nombre des mesures a augmenté de 19% entre 1999 et 2003 (chiffres communiqués par la DDASS).
- Dans le département de l'Indre et Loire, entre 1992 et 2003, le nombre des HDT a augmenté de 65%, et le nombre des HO de 70%.²⁹
- Dans le département de la Gironde, sur 15 secteurs, le nombre des mesures s'est accru de 24% entre 1998 et 2002 (chiffres du DIM du CH Cadillac).

Les mesures d'HDT et de HO représentent aujourd'hui une part légèrement plus importante des hospitalisations réalisées dans les services de psychiatrie. Selon les chiffres de la DGS, en 2001, le nombre des admissions en hospitalisation sans le consentement des malades représentait 13,1% des hospitalisations en psychiatrie (11% en 1992).

1.2.1.2 Les mesures d'urgence deviennent l'ordinaire

En 1992 les mesures d'HDT prises au titre d'un péril imminent représentaient 12 % des HDT prononcées. En 2001 elles représentaient 40%. Pour cette même année, les mesures d'HO prises en urgence s'élèvent à 71% de la totalité des mesures d'HO.³⁰

La mission a réalisé une enquête sur 125 malades hospitalisés sans leur consentement en 2004 dans les départements de l'Eure, de l'Indre et Loire, des Bouches du Rhône et de la Somme. Sur 69 mesures d'HDT, 62% l'étaient au titre d'un péril imminent (80% dans le département de la Somme). Sur 56 mesures d'HO, 62% également l'étaient en raison d'un danger imminent (100% dans le département de la Somme).³¹

Dans le département de l'Indre et Loire, la proportion des mesures d'HDT prises au titre d'un péril imminent était de 46% en 1992. Elle était de 83% en 2003. La proportion des HO prises en urgence était de 17% en 1992. Elle était de 76% en 2003.¹⁷

1.2.1.3 Une situation très contrastée selon les départements

En 2001, le nombre des hospitalisations sans le consentement des malades rapporté au total des hospitalisations en psychiatrie varie selon les départements entre 4% et 35%. Le nombre des HDT, rapporté cette fois-ci à la population générale de 20 ans et plus, varie entre 54 et 257 pour 100 000 habitants, soit un écart de 1 à 4,7. Pour les HO, l'écart est de 1 à 11,8.¹⁹ Une étude faite par le DIM du CH de Cadillac en Gironde révèle que la proportion des malades hospitalisés sans leur consentement dans l'établissement était de 19% en 1996 et de 31% en 2002. Les données PMSI recueillies sur trois régions (Lorraine, Rhône Alpes, Aquitaine) en 2003 montrent que, sur 100 malades hospitalisés, 29 l'ont été sans leur consentement (21 en HDT).

²⁸ Brousse G., Llorca P.M., Malet L., Gerbaud L., Reynaud M., Place de l'alcoolodépendance dans l'hospitalisation sous contrainte. *Alcoologie et addictologie* 2003 ; 25 (4) : 279-288.

²⁹ Rapports d'activité de la CDHP d'Indre et Loire.

³⁰ Circulaire DGS précitée.

³¹ Voir Annexe 2.

L'exploitation provisoire faite par la DGS des rapports établis par les CDHP dans les mêmes trois régions, montre pour l'année 2003 un écart allant de 1 à 3,48 entre les départements en ce qui concerne le taux d'HDT pour 10 000 habitants (taux de 4,3 dans les Landes et de 15 dans l'Ain). Le nombre d'HO pour 10 000 habitants varie quant à lui de 1 à 8 entre les départements (0,70 dans les Landes et 5,73 dans le Lot et Garonne).

De telles différences entre les départements existent également pour la part des mesures prises au titre de l'urgence. En 2001, la proportion des HDT prises au titre d'un péril imminent était inférieure à 1% dans 4 départements. Elle était supérieure à 80% dans 4 autres. Pour les HO, l'urgence représentait moins de 1% des mesures dans 3 départements, et plus de 90% dans 16 autres.¹⁹

Les disparités entre les départements français sont trop importantes pour ne pas être interrogées. Les différences de morbidité, de pratiques, d'organisation, de moyens sont probablement en cause. Elles mériteraient d'être étudiées afin de mieux connaître leurs implications relatives sur les mesures d'hospitalisation prises sans le consentement des malades. Les causes exactes des grandes disparités constatées entre les départements de notre territoire national doivent être identifiées pour pouvoir agir sur elles. Elles ne sont pas acceptables quand elles s'appliquent à des situations aussi douloureuses et aussi stigmatisantes pour les personnes.

1.2.1.4 Les explications possibles de l'évolution de ces chiffres et de leur disparité entre les départements

En France, le taux d'hospitalisation des malades sans leur consentement rapporté à la population est dans la moyenne haute des pays européens. Il était en 1999 de 112 pour 100000 habitants. La même année, il était de 48 au Royaume Uni, de 74 en Irlande, de 175 en Autriche et en Allemagne et de 218 en Finlande. En 1998, il était de 47 en Belgique, de 114 en Suède. En 2000, il était de 44 aux Pays Bas, de 34 au Danemark, de 6 au Portugal³².

Plusieurs causes sont avancées par les professionnels et dans la littérature scientifique³³ pour expliquer la progression des mesures d'hospitalisation des malades sans leur consentement, constatée en France ces 15 dernières années :

- la loi aurait assuré une nouvelle publicité à l'existence de ces mesures ;³⁴
- la population, les acteurs institutionnels, seraient aujourd'hui plus au fait des solutions que peut apporter de manière générale la psychiatrie, et hésiteraient moins à faire appel à elle ;
- une évolution de la morbidité, un meilleur dépistage, une plus grande acceptabilité de l'utilité des soins, une plus grande intolérance sociale à l'égard des problèmes de santé

³² Rapport pour la Commission Européenne. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally III patients- Legislation and Practice in EU Members States. *Research Project-Grant Agreement N° S12.25 4882 (2000CVF3-407)*. 15 Mai 2002.

³³ Finkelstein C. Opinions. Une dérive par facilité. *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*. Février 2003 ; N° 35.

³⁴ Leguay D. L'augmentation, quelles significations ? *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*. Février 2003 ; N° 35.

mentale, une augmentation de situations d'exclusion ont également entraîné une demande globale de soins accrue.³⁵

- les pratiques soignantes ont changé et les durées de séjour à l'hôpital sont plus courtes : la durée moyenne de séjour des malades hospitalisés en psychiatrie a diminué de 40% entre 1989 et 1997³⁶ ; de 86 jours en 1989, elle est passée à 45 jours en 2000.³⁷ Or l'état de santé de certains patients nécessite parfois plusieurs hospitalisations au cours de l'année. De ce fait, ceux-ci seront comptabilisés plusieurs fois puisque les statistiques ne comptent pas le nombre des personnes hospitalisées sans leur consentement qu'on ne connaît pas de manière exacte ;³⁸
- le besoin général plus accru de sécurité, ajouté à une conception toujours plus extensive du principe de précaution, conduirait à recourir davantage aux mesures de contrainte pour traiter les malades mentaux refusant les soins ;
- la psychiatrie a vu ses moyens diminuer ces 15 dernières années³⁹, et, plus que d'autres disciplines médicales, elle connaît une baisse de sa démographie médicale qui devrait même s'accroître dans les années à venir. En 2000, 9% des postes de PH temps plein étaient vacants dans les hôpitaux depuis plus de un an, et 14% des PH à temps partiels⁴⁰. Cette situation aurait pour conséquence une diminution des activités de prévention et du travail au plus près de la communauté qui peuvent éviter la survenue de certains états de crise obligeant à des mesures de contrainte ;
- le recours à l'HDT serait détourné de son objectif initial. Conçue pour obliger une personne malade à se soigner, la mesure serait en fait utilisée pour obliger l'hôpital à admettre un patient qu'il aurait sinon refusé du fait de sa sur-occupation.⁴¹ Entre 1995 et 2000, le taux d'occupation moyen a augmenté de 10% ;⁴²

1.2.2 Les caractéristiques des malades admis en hospitalisation sans leur consentement

1.2.2.1 Les caractéristiques démographiques.

Selon le rapport précité établi en 2002 à la demande de la commission européenne, 69% des malades hospitalisés sans leur consentement sont des hommes en France. L'étude, citée plus haut, menée dans le département du Puy-de-Dôme entre 1992 et 1997 montre que 60% des malades admis en HDT sont des hommes (74% pour les malades admis en HO). Les données PMSI sur trois régions (Lorraine, Rhône Alpes, Aquitaine) confirment ce constat (54% des

³⁵ Le nombre des patients hospitalisés s'est accru de 13% entre 1989 et 1997 (chiffres de la DGS dans le Plan de Santé Mentale 2005), et de 15% entre 1989 et 2000 (Etudes et Résultats DREES N°342 Octobre 2004). La file active générale a augmenté de 62% entre 1989 et 2000 (Etudes et Résultats N° 342 Octobre 2004).

³⁶ chiffre de la DGS dans le Plan de Santé Mentale 2005.

³⁷ Etudes et Résultats N°342 Octobre 2004.

³⁸ Selon une opinion répandue, il serait souvent mis fin de manière prématurée aux hospitalisations, par besoin de libérer des lits pour accueillir des malades nécessitant des soins urgents (le nombre des lits de psychiatrie en France a diminué de 43% entre 1989 et 2000)²⁹, ou par obéissance à des théories hostiles à l'hôpital. Les rechutes seraient alors plus fréquentes, entraînant des ré-hospitalisations nombreuses : à noter que les études sur la réalité de cette situation sont rares. La haute autorité de la santé en page 31 de sa recommandation d'avril 2005 avance l'idée que les réadmissions ne suffisent à expliquer la progression des mesures sous contrainte.

³⁹ Entre 1989 et 2000, le nombre des personnels non médicaux, en équivalent temps plein, a diminué de 8%. Celui des personnels médicaux est resté stable. Dans le même temps, la file active des secteurs a augmenté de 62%. Etudes et résultats DREES N°342 Octobre 2004.

⁴⁰ Etudes et Résultats N°342 Octobre 2004.

⁴¹ Canneva J. Un retard à l'accompagnement. *Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*. Février 2003 ; N° 35.

⁴² Etudes et résultats N°342 Octobre 2004.

malades en HDT, et 73% des malades en HO sont des hommes). Cette proportion est de 47% pour les malades en hospitalisation libre.

Un homme hospitalisé sans son consentement est plus souvent admis en HO qu'une femme (37% des hommes admis sans leur consentement sont en HO ; pour les femmes cette proportion est de 8%)⁴³.

Selon l'étude précitée réalisée dans le Puy-de-Dôme²⁰, la moyenne d'âge des hommes hospitalisés en HO est de 40 ans ; elle est de 45 ans pour les femmes. Dans le département de l'Eure, en 2003, la moyenne d'âge des malades admis en HDT est de 37 ans pour les hommes et de 43 ans pour les femmes (chiffres de la DDASS). Il semble, assez généralement, que les hommes hospitalisés sans leur consentement sont un peu plus jeunes que les femmes admises en hospitalisation dans les mêmes conditions.

Selon les données PMSI des trois régions déjà citées, l'âge moyen des malades en HDT (42,5 ans) ou en HO (40 ans) est moins élevé que l'âge moyen des malades en hospitalisation libre (47,4 ans).

1.2.2.2 Les caractéristiques médicales.

Les troubles schizophréniques et délirants représentent 50% des malades hospitalisés sans leur consentement dans l'étude réalisée à la demande de la Commission européenne en 2002. Viennent ensuite les troubles liés aux conduites alcooliques et à la toxicomanie (12,6%), puis les psychoses maniaco-dépressives et les troubles dépressifs (12,5%). Des chiffres à peu près identiques sont fournis par la DDASS de l'Eure pour les malades hospitalisés sans leur consentement dans ce département en 2003.

Selon les résultats du DIM du CH de Cadillac (6 secteurs regroupés) en 2003, 38% des malades hospitalisés sans leur consentement ont un diagnostic de schizophrénie ou de psychose délirante. Cette proportion est à peu près la même pour les malades admis en HDT ou en HO (37% parmi les malades en HDT, 39% parmi les malades en HO). Elle est de 27% pour les malades admis en hospitalisation libre. Les troubles dépressifs et bipolaires sont en plus forte proportion chez les malades admis en HDT (26%) ou en hospitalisation libre (25%) que parmi ceux qui sont en HO (13%). Il y a bien un profil pathologique différent des populations de malades selon leur statut d'hospitalisation. Mais, pour un malade donné, le diagnostic médical porté n'est pas prédictif du statut d'hospitalisation dont il devrait relever.⁴⁴

Selon les données PMSI des trois régions déjà citées, la proportion des malades ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles délirants est plus importante pour les malades en HO (42,15% pour 5,59% de mal codés) que pour les malades en HDT (33,16% pour 11,82% de mal codés). Elle est plus importante pour les malades hospitalisés sans leur consentement que pour les malades en hospitalisation libre (19,11% pour 7,11% de mal codés).

Les troubles de l'humeur sont plus nombreux parmi les malades hospitalisés en hospitalisation libre (30,55%). Ils sont plus nombreux parmi les malades en HDT (19,78%) que parmi les malades en HO (13,5%).

⁴³ Rapport Commission Européenne déjà cité.

⁴⁴ Voir aussi les résultats de l'enquête réalisée par la mission en annexe2.

1% des malades hospitalisés en HDT, toujours selon ces données PMSI, ont un diagnostic de démence d'Alzheimer. Le diagnostic de démence est posé pour 2,6% des malades en HDT. Ce même diagnostic de démence est retrouvé pour 1% des malades hospitalisés en HO.

14% des malades hospitalisés en HDT ont un diagnostic principal de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (10% parmi les malades en HO). L'alcool est en cause dans 76% des cas pour les malades en HDT, et dans 79% des cas pour les malades en HO. Si on ajoute à ces malades ceux qui ont le même diagnostic associé, la proportion est de près de 18% pour les malades admis en HDT, et de 15% pour les malades admis en HO.

1.2.2.3 Les caractéristiques socio-économiques.

Les malades hospitalisés sans leur consentement sont plutôt plus isolés socialement que les malades en hospitalisation libre, dans l'enquête sur les données PMSI des trois régions déjà citées (7% des HDT, 12% des HO, 1,6% des HL).

Toujours dans la même enquête PMSI, 39% des malades en HDT n'ont pas d'activité professionnelle. Cette proportion est de 42% pour les HO et de 44% pour les hospitalisations libres.

La proportion des malades bénéficiant d'une allocation aux adultes handicapés est de 16,7% pour les HDT, 28,4% pour les HO, et 17,6% pour les hospitalisations libres.

Pour ce qui concerne les mesures de protection judiciaire, seuls 3,4% des HDT et 2,9% des HO bénéficient d'une mesure de curatelle ou de tutelle. Cette proportion est de 4,8% pour les malades en hospitalisation libre.

En 2003, 1831 malades ont été hospitalisés en France au titre de l'article D-398 du code de procédure pénale. Si on rapporte ce chiffre au nombre des mesures d'HO prises en 2001 (chiffre le plus récent connu), la proportion des personnes relevant de l'article D-398 parmi les mesures d'HO est de 19% environ. La durée de séjour moyenne selon ce statut d'hospitalisation est de 31 jours environ.

1.2.3 Les conditions d'admission et de prise en charge

1.2.3.1 Dans le cas des HDT, le tiers est le plus souvent un membre de la famille.

Selon les données communiquées par la DGS dans la circulaire du 24 mai 2004 déjà citée, la famille demeure majoritairement à l'origine des demandes d'HDT, dans 15 des 22 départements ayant répondu à l'enquête : dans ces départements elle peut représenter jusqu'à 85% de l'ensemble des tiers. Pour les malades admis en HDT dans le département de l'Eure en 2003, c'est un membre de la famille qui a fait la demande d'hospitalisation dans 62% des cas (chiffres de la DDASS).⁴⁵ Dans ce même département, toujours en 2003, la demande a émané d'un administrateur de garde de l'hôpital dans environ 20% des cas. Quand c'est un

⁴⁵ 63% dans l'enquête réalisée sur 4 départements par la mission en annexe 2.

membre de la famille qui demande l'hospitalisation, dans 97% des cas il s'agit d'un parent très proche (Père ou mère, époux ou épouse, enfant, frère ou sœur).

Les chiffres remis aux membres de la mission lors de leur visite au centre hospitalier de Premontré dans l'Aisne, rapportés sur les années 2002 à 2004, donnent les pourcentages suivants : 58% pour les familles, 25% pour les directeurs ou administrateurs de garde, 12% pour les assistantes sociales, 2% pour les tuteurs.

1.2.3.2 La prise en charge des malades.

➤ La durée de séjour

Elle est en moyenne plus longue pour un malade hospitalisé sans son consentement que pour un malade en hospitalisation libre. L'étude sur les données PMSI des trois régions déjà citées montre une durée de séjour de près de 60 jours pour les HDT, 95 jours pour les HO, et 52 jours pour les malades en hospitalisation libre.

Pour les HDT, la proportion des séjours supérieurs à 3 mois a diminué entre 1992 et 1997. Depuis 1997, cette proportion s'est stabilisée autour de 16% à 18% des malades. Le taux des HO dont la durée de séjour est supérieure à 4 mois est stable depuis 1992 (31%)⁴⁶

Dans l'enquête réalisée par la mission sur 4 départements, la durée de séjour est inférieure à 15 jours pour 35% des personnes admises en HDT ou en HO.

Les données PMSI des trois régions déjà citées, en 2003, portent sur environ 45% des HDT et 88% des HO réalisées. Pour les 5497 HDT enregistrées, la durée de séjour a été de :

- 1 jour pour 4,6% des malades,
- inférieure ou égale à 3 jours pour 11% des malades,
- inférieure ou égale à 7 jours pour 21% des malades,
- inférieure ou égale à 15 jours pour 40% des malades,
- inférieure ou égale à 1 mois pour 63% des malades,
- inférieure ou égale à 3 mois pour 88% des malades.

Pour les 2036 HO, la durée de séjour a été de :

- 1 jour pour 3% des malades,
- inférieure ou égale à 3 jours pour 7,5% des malades,
- inférieure ou égale à 7 jours pour 13% des malades,
- inférieure ou égale à 15 jours pour 26% des malades,
- inférieure ou égale à 1 mois pour 47% des malades,
- inférieure ou égale à 3 mois pour 75% des malades.

➤ Les sorties d'essai

Leur nombre total pour la France entière n'est pas connu. Dans les 44 départements ayant répondu à l'enquête menée par la DGS en 2004, 16 398 mesures de sorties d'essai en HDT ou en HO ont été décidées en 2001. Elles sont plus souvent utilisées pour les malades en HO que pour les malades en HDT.

⁴⁶ Circulaire DGS précitée

Dans l'enquête réalisée par la mission citée en annexe 3, 25% des malades admis en HDT ont bénéficié d'une sortie d'essai. Cette proportion est de 34% pour les malades admis en HO. Dans 16% des cas, la durée est inférieure à 15 jours pour les sorties d'essai de malades en HDT. Cette proportion est de 31% pour les sorties d'essai de malades en HO.

Selon les données PMSI des trois régions déjà citées, 15% des malades en HDT, et 24,5% des malades en HO, ont bénéficié d'une mesure de sortie d'essai.

Deuxième partie - Les forces et les faiblesses du dispositif d'hospitalisation contrainte

2.1 Les forces et les avancées

Comme cela a déjà été souligné, la réforme de 1990 a été portée tant par l'évolution institutionnelle de la psychiatrie que par celle des pratiques thérapeutiques.

Elle s'est également inscrite dans le contexte européen de réflexion sur le statut juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et sur les procédures d'internement lié notamment à l'adoption de la Recommandation R 83 du Conseil de l'Europe du 22 février 1983⁴⁷.

Le législateur a ainsi entendu consacrer l'hospitalisation libre⁴⁸, définir et garantir les droits des malades, renforcer le contrôle a priori et a posteriori des hospitalisations sous contrainte et favoriser la réadaptation des personnes atteintes de troubles mentaux en légalisant la pratique des sorties d'essai.

En conservant l'architecture générale du dispositif issu de la loi du 30 juin 1838 qui faisait coexister deux régimes, celle du 27 juin 1990 n'a pas remis en cause le pouvoir donné au préfet, garant de l'ordre public, d'ordonner lui-même les mesures d'hospitalisation d'office.

Conformément au projet du gouvernement et malgré la proposition pour avis défendue par la commission des lois du Sénat⁴⁹, le Parlement a également écarté l'option d'une judiciarisation des procédures.

2.1.1 La loi s'inscrit dans une logique sanitaire rénovée

Le cadre juridique de l'hospitalisation sous contrainte est largement inspiré par le souci de faciliter l'accès aux soins. Même si le rôle de l'autorité administrative est confirmé dans la logique de la loi de 1838, la loi de 1990 n'est pas une loi de police où primerait les impératifs de sûreté. Ainsi, les notions d'hospitalisation et de trouble mental se sont substituées à celle de placement et d'aliénation. Le texte ne fait plus référence à quelque acte ou accès de démence.

L'accès aux soins est facilité par l'instauration d'une procédure d'urgence.

Les sorties d'essai, qui faisaient l'objet d'une simple circulaire (4 juin 1957) sont légalisées avec l'objectif affiché « de favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale ». Ces sorties comportent obligatoirement une surveillance médicale et s'accompagnent la plupart du temps d'une astreinte au traitement bien que le fondement de cette contrainte de soin n'ait pas été spécialement défini par la loi.

⁴⁷ Avec la France, entre 1980 et 1990, 7 des douze pays de la CEE ont adopté une nouvelle législation sur l'internement

⁴⁸ L'hospitalisation libre concernait 74 % des patients en 1987- rapport AN de M. Chouat du 10 mai 1990

⁴⁹ avis 241 présenté par M. Dreyfus-Schmidt annexe au PV de séance du 17 avril 1990)

La procédure d'habilitation des établissements est définie et la réforme intègre la réglementation sur la sectorisation psychiatrique.

En prolongement de cette évolution, la modification de l'article L 3213-1 opérée par la loi du 4 mars 2002 précise les conditions de l'hospitalisation d'office en posant un critère sanitaire : celle-ci ne peut être ordonnée que lorsque les troubles mentaux dont souffre la personne concernée nécessitent des soins.

2.1.2 Les droits et libertés individuelles de la personne atteinte de troubles mentaux sont reconnus et sa dignité affirmée

2.1.2.1 La reconnaissance des droits individuels

En consacrant l'hospitalisation libre, fondée sur le consentement du patient, la loi accorde au malade mental les mêmes droits que ceux reconnus à tous les patients tels que le respect de sa personne, de sa liberté individuelle, de sa dignité, de sa vie privée et de son autonomie.

Quant au patient hospitalisé sans son consentement, il doit être informé de sa situation juridique et de ses droits ; les restrictions qui sont apportées à sa liberté doivent être limitées à celles rendues nécessaires par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement et ne peuvent porter sur un certain nombre de droits tels que le droit à l'information, à la communication et à l'expression ainsi que le droit de contester les décisions la concernant. La loi renforce, par ailleurs les garanties préalables à l'hospitalisation du patient à la demande d'un tiers grâce aux règles relatives au nombre et au contenu des certificats médicaux.

La loi affirme également le principe du libre choix du médecin et de l'établissement.⁵⁰

Elle institue, en outre, une procédure de révision de la situation du patient. Les décisions d'hospitalisation sous contrainte ont une durée déterminée et les renouvellements sont subordonnés à des examens médicaux réguliers. Selon la loi, les certificats médicaux établis doivent être circonstanciés, confirmer ou infirmer les constatations précédentes en précisant « notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation ».

2.1.2.2 Le renforcement des contrôles

Le législateur a également renforcé le contrôle des établissements en confiant le soin de les visiter « sans publicité préalable » à cinq autorités judiciaires et administratives différentes.⁵¹ Pour que ces vérifications soient effectives, trois d'entre elles se sont vues reconnaître la possibilité de déléguer cette mission à l'un de leurs représentants.

⁵⁰ Dans un arrêt 189325 du 21 octobre 1998, le Conseil d'Etat précise simplement que l'urgence justifie que le patient n'ait pas lors de son admission le libre choix du psychiatre qui le soigne ni celui de l'établissement psychiatrique dans lequel il est éventuellement transféré.

⁵¹ Cf le paragraphe 1.1.3.1

Une commission départementale chargée d'effectuer des contrôles périodiques des dossiers individuels et chargée de visiter les établissements a été créée. Cette création témoigne de la volonté du législateur d'instaurer un meilleur contrôle des conditions d'hospitalisation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des malades.

Afin d'éviter, selon sa propre formule, « de créer des organismes en trompe l'œil », M. Claude Evin, ministre des affaires sociales lors du vote de la loi, a souhaité « que ces commissions soient composées d'experts indépendants, spécifiquement rémunérés pour accomplir leur mission » et que ceux-ci aient « la disponibilité et l'expérience nécessaires pour rendre ces contrôles effectifs et rigoureux ».⁵²

La loi de 2002 a aménagé la règle du secret professionnel que les personnels des établissements de santé pouvaient opposer aux demandes d'informations présentées par la CDHP par la nouvelle obligation qui leur est faite « de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions ».

2.1.3 Le dispositif intègre la nécessité de garantir la sûreté des personnes

2.1.3.1 Le préfet reste garant de la sécurité

En ne modifiant pas les traits les plus caractéristiques de deux régimes de placement, la loi du 27 juin 1990 a laissé subsister la procédure d'hospitalisation d'office sous la responsabilité exclusive du préfet.

Même si, depuis la loi du 4 mars 2002, la nécessité d'une atteinte « grave »⁵³ à l'ordre public est désormais nécessaire et si ce critère est désormais second par rapport à celui de la sûreté des personnes, le dispositif mis en place par la loi reste fortement imprégné de la notion de police administrative et reconnaît d'importants pouvoirs au préfet : faire hospitaliser, sans besoin de demande d'un tiers, un patient dont le comportement est jugé dangereux pour autrui⁵⁴, confirmer par arrêté les mesures prises dans le cadre de la procédure « de danger imminent pour la sûreté des personnes », pouvoir d'autoriser les sorties d'essai ou d'y mettre fin et pouvoir de transformer, sous certaines conditions, une mesure d'HDT en HO.

2.1.3.2 Le régime d'hospitalisation des personnes déclarées pénalement irresponsables est particulièrement encadré

Le texte de 1990 a clarifié et encadré la procédure des placements d'office intervenant en cas d'irresponsabilité pénale fondée sur l'ancien article 64 du code pénal⁵⁵.

Précédemment, la mise en liberté d'un détenu déclaré pénalement irresponsable en raison de son état mental conduisait le plus souvent l'autorité judiciaire à saisir le préfet en vue d'un placement d'office.

⁵² - intervention au sénat – séance du 18 avril 1990

⁵³ Avant la réforme législative du 4 mars 2002,⁵³ l'existence de « troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes » permettait la mise en œuvre de cette mesure.

⁵⁴ ou pour le patient lui-même selon l'interprétation qui en a été faite notamment par le groupe d'évaluation de la loi de 1990, présidée par Mme Hélène Strohl, inspectrice générale des affaires sociales.

⁵⁵ Il s'agit aujourd'hui de l'article L. 122-1 du code pénal

Toutefois et faute de reposer sur une disposition textuelle, cette pratique était inégalement appliquée par le juge.

En créant un cadre juridique particulier pour l'hospitalisation d'office des personnes pénalement irresponsables, le législateur a décidé, par dérogation à la règle générale, que la mainlevée de cette mesure était subordonnée « aux décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat sur une liste établie par le procureur de la république après avis de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ».

2.2 Les faiblesses

2.2.1 Une réponse sanitaire souvent peu pertinente et insuffisante

2.2.1.1 La prévention dont l'intérêt est sous-estimé

La prévention, au sens de l'OMS, est inscrite au nombre des missions du secteur : en effet, selon la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique, le secteur « sous la responsabilité de la même équipe médico-sociale assure pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance post-cure ». Le système de prise en charge est diversifié pour assurer cet ensemble large de missions : jusque là concentré sur « l'asile », établissement départemental consacré au traitement des aliénés, le dispositif comporte des centres de consultation, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des appartements thérapeutiques, des hôpitaux de jour, et encourage les équipes soignantes à organiser des visites à domicile. Dans ce cadre, le séjour hospitalier ne devait être qu'une possibilité dans un parcours essentiellement extrahospitalier, le centre médico-psychologique, lieu de consultation et d'accueil, devenant le pivot de l'organisation. De ce point de vue, la réussite est à souligner : en 1999, 86% des adultes ainsi que 97% des enfants et adolescents sont suivis en ambulatoire. Les soins ambulatoires sont réalisés de plus en plus souvent en centres médico-psychologiques ou en centres de consultation qui occupent une place prépondérante dans le suivi ambulatoire : soit 74% des personnes suivies en ambulatoires en 2000 contre 68% il y a 12 ans⁵⁶.

Différents éléments montrent néanmoins que la prévention n'a pas toute la part qu'elle mériterait d'avoir et qu'elle se développe de manière hétérogène. C'est ainsi que les soins et interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile ont vu leur part dans la file active diminuer depuis douze ans passant de 30% en 1989 à 20% en 2000. En outre, l'hôpital reste le bénéficiaire principal des budgets et des personnels attribués à la psychiatrie publique et le secteur, dans certains départements, semble encore trop largement s'identifier à l'hôpital, contrairement à l'esprit de sa constitution. Plus particulièrement, pour les patients suivis à temps complet⁵⁷ il existe peu d'alternatives à l'hospitalisation : les patients hospitalisés occupent 96% de la file active des patients suivis à temps complet en 2000. Enfin, la mission

⁵⁶ Ces chiffres sont tirés d'une étude de la DREES : études et résultats n° 342 d'octobre 2004.

⁵⁷ L'étude de la DREES sus visée distingue les prises en charge à temps plein qui regroupent les hospitalisations et les prises en charge à temps complet dont les hospitalisations à temps plein sont un sous-ensemble. C'est la terminologie qui est ici reprise.

a observé au cours de ses déplacements que les délais de rendez-vous en consultation sont souvent différés dans le temps et ne permettent pas de prendre en charge l'urgence avant qu'elle ne rende obligatoire l'hospitalisation.

Au demeurant, la famille pour qui la maladie est un séisme⁵⁸, est souvent insuffisamment soutenue ou accompagnée dans la prise en charge de son proche malade. Ceci est vrai en amont de l'hospitalisation, comme en aval et y porter plus d'attention permettrait d'éviter ou limiter les rechutes et en atténuer l'ampleur.

2.2.1.2 La mauvaise gestion de la crise et du transport du patient vers l'hôpital

Un des temps cruciaux de l'hospitalisation et une des garanties à l'accès aux soins est la possibilité de trouver rapidement un moyen de transport vers le lieu de l'hospitalisation. La période précédant l'hospitalisation effective d'un malade refusant les soins est très souvent celle qui expose aux plus grandes difficultés et aux plus grands risques. Les familles, les équipes médicales sont, dans bien des cas, très démunies pour réussir à conduire à l'hôpital la personne malade. La pression exercée sur le malade peut entraîner de sa part des réactions violentes pour lui-même ou pour les autres, mettant en danger les proches ou les professionnels de santé intervenant.

Les pratiques peuvent être très différentes entre les secteurs, obéissant parfois à des logiques médicales diamétralement opposées.

A ce stade de la crise, l'improvisation prend souvent une part importante dans la prise de décision. Aussi, personne ne peut sortir de cette épreuve avec le sentiment que tout a été fait pour limiter la durée de la crise, réduire les dangers, atténuer le traumatisme de la contrainte.

De nombreux problèmes ont été signalés à cet égard à la mission qui sont :

- la question de la possibilité de contraindre le malade à monter dans le véhicule alors qu'il n'est pas encore sous contrainte ;
- la difficulté à obtenir un transport qui participe de l'impression qu'ont les familles d'être dans l'impossibilité de faire soigner leur malade ;
- la difficulté à coordonner le transport : c'est le problème de l'autorité chargée de mobiliser un mode de transport et de le mobiliser au bon niveau ;
- le financement de ce transport ;
- la légitimité des personnes participant à la gestion de la crise et au transport du patient, à la fois sur le plan de la justification de leur intervention et de leur responsabilité : à cet égard les infirmiers peuvent hésiter à prêter leur concours voire le refuser.

L'article L. 3222-1 inséré dans le code de la santé publique par la loi du 9 août 2004 a permis de répondre à certains de ces problèmes :

- La loi permet clairement désormais d'exercer une contrainte physique à l'égard d'une personne dont l'hospitalisation est demandée sans qu'elle y ait consenti afin d'assurer son transport vers un établissement. Elle encadre, conformément au droit rappelé par une note

⁵⁸ Selon les propos tenus par M. Canneva, président de l'UNAFAM, lors de son audition par les membres de la mission.

de la mission juridique du Conseil d'Etat auprès du ministère de la santé⁵⁹, cette entrave grave à la liberté d'aller et venir, en prévoyant que cette mesure peut être mise en œuvre « lorsque cela est strictement nécessaire, par des moyens strictement adaptés à l'état de la personne ». Le transport des personnes relevant d'une hospitalisation d'office constituant la mise en œuvre d'une décision administrative n'a de ce fait pas nécessité de plus amples précisions dans la loi de 2004. En revanche, en ce qui concerne les personnes relevant d'une hospitalisation à la demande de tiers, la loi dispose que leur transport sous contrainte ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission par le tiers.

- De ce fait, la responsabilité des personnes concourant au transport du malade est clairement définie : le SAMU doit s'assurer de l'existence des pièces autorisant le recours à la contrainte. Par ailleurs, les ambulanciers privés peuvent être considérés comme des « collaborateurs occasionnels du service public » et pourraient obtenir une indemnisation s'ils subissaient un dommage.

En revanche la coordination des transporteurs n'est pas clairement réglée et bien souvent au cours des entretiens menés dans les différents départements visités par la mission il a été fait état :

- du refus de la police d'intervenir en cas d'absence de trouble grave à l'ordre public, ce qui est théoriquement le cas pour les hospitalisations à la demande de tiers ;
- du refus des pompiers d'intervenir en l'absence de menace vitale pour le malade
- du refus des transporteurs d'intervenir lorsque le patient est très agité et hostile.

Certains des départements visités, toutefois, ont mis en place un protocole d'organisation des modalités de transport des malades: ainsi dans le département de la Somme, dans le cas d'une hospitalisation d'office provisoire, en dehors des périodes de garde, les personnes sur les lieux doivent prendre contact avec le centre hospitalier d'Abbeville qui se charge de désigner le mode de transport adapté. En période de garde en revanche, les personnes sur les lieux doivent faire appel au centre 15 qui régule les permanences.

La question du lieu auquel doit être adressé le patient n'est pas non plus suffisamment fixée : urgences de l'hôpital général ou accueil de l'hôpital spécialisé ? Le passage par le service des Urgences d'un malade devant être hospitalisé sans son consentement n'est pas constant. Les malades sont aussi bien transportés directement au CH de Psychiatrie qu'aux Urgences, sans que ces différences d'orientation, sauf exceptions, apparaissent obéir à des principes préalablement fixés.

La mission a pu également constater que l'organisation des urgences psychiatriques pouvait obéir à des règles variables selon le département. Certains établissements psychiatriques ont organisé un service d'urgence, dont le fonctionnement est plus ou moins indépendant du service des urgences du CH général. La présence possible 24 heures sur 24 d'un psychiatre au service des urgences du CH est loin d'être toujours effective (au service des urgences du CH d'Evreux, cette présence n'est effective que 4 demies journées par semaine). Les lits portes proches d'un service d'urgence n'accueillent pas toujours de malades psychiatriques.

⁵⁹ Note de la mission juridique du conseil d'Etat auprès du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées du 16 mai 2003 relative au transport des personnes hospitalisées sans leur consentement.

2.2.1.3 *Le tiers incertain*

Lorsque les troubles de la personne rendent impossible son consentement aux soins qui lui sont nécessaires, la demande d'hospitalisation sous contrainte peut être formée par un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. Elle s'accompagne de deux certificats médicaux et l'admission est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier.

Qu'il y ait urgence ou pas, l'intervention du tiers est nécessaire dans le cadre de cette procédure : la loi prévoit en effet que la procédure est déclenchée par sa demande. Dans la pratique, la démarche suivie est, dans un certain nombre de cas, inverse de ce qui était prévu par la loi : l'établissement se met à rechercher le tiers lorsque le malade, trouvé sur la voie publique ou signalé par des voisins par exemple, est déjà arrivé à l'hôpital. Or ce tiers est souvent difficile à trouver, à faire venir dans l'établissement d'accueil ou à convaincre d'aller jusqu'au bout de la démarche en signant une demande formelle d'hospitalisation du patient. Les explications de cette situation sont nombreuses, de l'isolement de certains malades jusqu'à la crainte des tiers ou des médecins eux-mêmes de représailles de la part du malade ou de trop grandes souffrances pour sa famille et lui. La contradiction est très importante pour un proche du malade entre le souhait de permettre au patient d'être soigné, le désir d'être soulagé de cette charge et la nécessité de prendre une décision qui est intrusive pour le patient⁶⁰.

Du fait de ces difficultés, a peu à peu prévalu une conception extensive des conditions légales. En définitive, « étaient considérés comme tiers potentiel, toutes personnes à condition qu'elle ne fût pas partie du personnel soignant de l'établissement agissant à titre personnel et ayant rencontré le malade⁶¹ : les demandes d'hospitalisations étaient de plus en plus souvent rédigées par des personnes présentes au moment où l'opportunité de l'hospitalisation sous contrainte se posait et notamment l'administrateur de garde de l'hôpital. Or, depuis quelques années, les juridictions administratives, amenées à se prononcer sur la validité d'une telle demande au regard des dispositions légales, ont considéré que la demande d'admission était recevable à la condition expresse que le signataire de la demande puisse faire état d'un lien personnel avec le sujet, antérieur à la demande d'hospitalisation. Le Conseil d'Etat dans son arrêt du 3 décembre 2003 confirme les différents décisions allant en ce sens : « la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. »

Certains directeurs d'hôpitaux ont regretté cette jurisprudence, en ce qu'elle les laisserait dans une situation de dilemme, entre l'impossibilité d'établir des demandes d'hospitalisation – et donc d'hospitaliser à la demande de tiers, faute de tiers - et la non assistance à personne en danger.

⁶⁰ « hospitaliser quelqu'un contre son gré est une violence qu'on lui fait pour de bonnes et légitimes raisons (...). Les proches peuvent hésiter à le faire, être culpabilisés à tout le moins ambivalents à l'égard d'une telle décision .» (rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la loi de 1990, présidé par Mme H. Strohl, IGAS.

⁶¹ cf. les guides de l'AP-HP

Cette jurisprudence, en fait, ne faisait pourtant qu' «appeler les établissements hospitaliers à une attitude active de recherche de tiers qualifiés, et dans le cas d'un défaut réel de tiers plus qualifiés disponibles, à établir un lien personnel avec le sujet (...) ⁶²».

2.2.1.4 Des modalités de prise en charge insuffisamment diversifiées

Devant un malade nécessitant des soins qu'il refuse, la loi ne prévoit qu'une alternative : l'hospitalisation sans consentement dans un établissement habilité par le préfet ou rien.

➤ Le traitement ne se résume pas à l'hospitalisation

Si la contention⁶³ permise par l'hospitalisation peut avoir des vertus positives pour certains malades, notamment psychotiques, elle ne saurait être la seule réponse en termes de soins. Pourtant, la loi du 27 juin 1990 instaure une équivalence entre l'hospitalisation et les soins contraints. C'est parce qu'une personne affectée de troubles mentaux rendant impossible son consentement se trouve dans un état imposant « des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » qu'elle pourra être hospitalisée à la demande d'un tiers. Ainsi, la contrainte voulue pour des soins porte explicitement sur l'hospitalisation qui, de ce fait, devient un équivalent aux soins que l'on veut imposer.

La loi du 27 juin 1990, d'une certaine manière, cherche à se dégager d'une confusion absolue entre l'hospitalisation et les soins imposés quand elle régleme, pour la première fois, les sorties d'essai. Dans la sortie d'essai, la contrainte imposant des soins continue de s'exercer alors que le malade est sorti de l'hôpital. Mais la situation du malade reste toujours définie par rapport au séjour hospitalier, même si la nécessité de la contrainte est dépassée par l'évolution de l'état du malade.

➤ L'hospitalisation n'est pas la seule modalité de prise en charge possible en psychiatrie

Le développement de la sectorisation psychiatrique a conduit à définir plusieurs modalités de prise en charge du malade mental, l'hospitalisation n'en étant qu'une parmi d'autres⁶⁴. Dès lors, on peut se demander si l'hôpital doit être le seul lieu de la contrainte quand des soins s'imposent. La sortie d'essai, prévue par la loi du 27 juin 1990, permet déjà en aval de l'hospitalisation, d'organiser une contrainte. De la même façon, on pourrait se demander si la contrainte ne pourrait pas aussi s'exercer en amont de l'hospitalisation, sans avoir besoin de recourir à elle, dans certains cas particuliers.

Il est évident que dans la plupart des cas, la contention que permet l'hospitalisation est indispensable. Cependant, face à un malade pour lequel il convient d'imposer des soins, il est sans doute regrettable de ne pas disposer de solutions variées, adaptées à la singularité d'une situation, afin de ne pas avoir pour seule réponse l'enfermement de la personne dans un hôpital psychiatrique.

⁶² Etude juridique du 1^{er} décembre 2004 réalisée pour la FHF par M. Jean-Louis Deschamps

⁶³ la mission emploie le terme « contention » dans un sens large, pour exprimer toute forme de prise en charge visant à contraindre le malade à des soins.

⁶⁴ cf. l'article L 3221-4 du code de la santé publique, le décret n°86-602 du 14 mars 1986 et l'arrêté du 14 mars 1986 qui énumèrent les différentes formes de prise en charge permettant d'assurer les soins dans un secteur psychiatrique.

- L'hôpital psychiatrique n'est pas le seul lieu possible de prise en charge.

La nécessité de la contrainte est brève dans bien des cas. L'enquête réalisée par la mission et citée en annexe 1, montre que les malades admis en HDT restent sous ce statut pendant moins d'une semaine dans 16% des cas. Cette proportion est de 19% pour les malades qui ont été admis en HO.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces hospitalisations sans le consentement des malades de courte durée :

- La complexité de la situation dans laquelle se trouve le malade n'est pas toujours facile à apprécier exactement dans le moment, en général éprouvant, de l'hospitalisation. Quelques jours d'observation peuvent permettre de dénouer une problématique qui, au départ, paraissait inextricable. La mesure de contrainte devient alors inutile.
- L'adhésion du patient aux soins nécessaires, refusée quand la confrontation était la plus vive, est souvent plus facile à obtenir quelques jours plus tard dans le cadre d'une relation apaisée.
- Les troubles présentés par le malade peuvent être rapidement résolutifs. C'est le cas notamment quand la personne est sous l'effet de substances toxiques ou de l'alcool.
- Les traitements médicamenteux peuvent agir en quelques jours, et permettre au patient de prendre le recul nécessaire pour redéfinir sa position par rapport aux soins qui lui sont proposés.

L'organisation de ces courtes prises en charge à l'issue desquelles le malade peut être orienté vers une hospitalisation libre en service de psychiatrie, ou vers une prise en charge ambulatoire, ou peut même retourner chez lui sans aucun suivi, pourrait se concevoir dans des lieux très divers, selon l'état clinique du patient, selon le contexte local déterminé par la configuration du dispositif de soins hospitaliers (service de psychiatrie intersectoriel, service de porte aux urgences...).

Lors de la mise en œuvre des soins imposés, faute de disposer de formules d'accueil diversifiées, adaptées à la situation clinique de la personne, le malade se trouve, dans tous les cas, admis dans un service de l'hôpital psychiatrique, engagé dans un processus de prise en charge qui secrète ses propres effets d'aliénation.

Par ailleurs, l'ensemble des moyens de la psychiatrie ne sont pas utilisés pour prendre en charge les malades hospitalisés sans leur consentement. Les cliniques privées à but lucratif ne sont pas habilitées par le préfet à soigner des malades hospitalisés sans leur consentement, à part quelques exceptions.

Cette loi du tout ou rien – l'hospitalisation en hôpital psychiatrique ou l'absence de soin – empêche d'organiser des prises en charge adaptées à la situation clinique des malades pour lesquels des soins imposés sont prescrits. Elle entraîne des séjours hospitaliers probablement plus longs que nécessaires. Elle complique la recherche de l'adhésion du malade, en n'offrant pas la possibilité d'une forme de prise en charge plus acceptable à ses yeux que la seule perspective de l'hôpital psychiatrique. Elle ne permet pas d'utiliser au mieux l'opportunité d'une offre de soins diversifiée publique et privée.

2.2.1.5 *Le libre choix de son médecin n'existe pas en pratique pour les malades hospitalisés sans leur consentement.*

Le malade hospitalisé sans son consentement, ou sa famille pourtant en position de tiers quand il s'agit de prendre la mesure d'hospitalisation, n'a pas le choix du médecin ou de l'équipe de santé mentale qui le soignera. Pourtant, aux termes de l'article L. 3211-1 du code de la santé publique, « 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. » Cette disposition concerne tous les malades, qu'ils soient en hospitalisation libre ou admis sans leur consentement. La pratique de la sectorisation psychiatrique a souvent été accusée de ne pas respecter ce principe, alors même qu'il y aurait intérêt à élargir la compétence du secteur pour permettre au patient de consulter ou de se soigner à proximité de son lieu de travail. Il y a une certaine contradiction entre la volonté d'organiser les soins en regard des besoins d'une population référée à un territoire, et la liberté pour les malades de s'adresser à qui bon leur semble. Chacun des deux termes de cette contradiction comporte des avantages auxquels il serait cependant difficile de renoncer. Aussi, il faut admettre d'avoir à gérer une tension entre le souci de planification des soins dont est porteur le secteur, et le souci du libre choix du patient gage de son engagement dans un parcours thérapeutique. La gestion de cette tension est réelle pour les malades consentants aux soins. Elle ne l'est pas pour les malades hospitalisés sans leur consentement.

On pourrait prétendre que la question du libre choix de son médecin ou de son équipe n'a pas à se poser pour des malades refusant les soins. Effectivement, dans bien des cas, le patient ne reconnaissant pas sa maladie ne se posera pas la question du choix du médecin ou de l'équipe médicale. Mais, l'opposition d'un malade à des soins n'est pas toujours aussi radicale. Or rien n'est fait pour permettre à une préférence de s'exprimer, quand l'éventualité se présente.

On pourrait objecter que l'hospitalisation de ces malades dans le secteur correspondant à leur domiciliation rend plus facile l'organisation ultérieure du suivi ambulatoire nécessaire. Cette objection est juste, mais elle l'est pour toutes les catégories de malades pris en charge par un secteur. Et si des solutions pour assurer la continuité du projet de soin sont trouvées pour les malades admis en hospitalisation libre, on ne voit pas pourquoi elles seraient impossibles pour les malades hospitalisés sans leur consentement.

2.2.1.6 *Des conditions d'hospitalisation souvent inadaptées*

- Le mélange des pathologies dans des services fermés.

Chaque secteur prend en charge dans ses services hospitaliers les malades en HDT ou en HO habitant dans le territoire lui correspondant. Deux phénomènes concomitants se sont produits ces 15 dernières années. Le nombre des lits psychiatriques a fortement diminué, conduisant les services à réduire le nombre de leurs unités d'hospitalisation⁶⁵, et le nombre des malades hospitalisés sans leur consentement s'est accru en valeur absolue et en proportion des malades hospitalisés en psychiatrie. La conséquence est que cohabitent dans les mêmes unités

⁶⁵ Entre 1987 et 1997 le nombre des lits psychiatriques a diminué de 41%. Aujourd'hui, 38% des secteurs ont entre 1 et 49 lits, ce qui représente au maximum deux unités d'hospitalisation dans un secteur (chiffres de la DGS dans le Plan de Santé Mentale 2005).

d'hospitalisation des malades nombreux hospitalisés sans leur consentement avec des malades en hospitalisation libre. Il s'en suit un mélange des pathologies qui, s'il ne saurait être systématiquement évité, peut parfois entraîner des difficultés dans l'organisation des prises en charge des malades hospitalisés : lors des rencontres avec des équipes médicales effectuées par la mission, a été rapporté l'exemple de l'hospitalisation d'une jeune fille de 16 ans dans un service prenant en charge des personnes adultes. Afin de protéger cette adolescente des comportements des autres malades hospitalisés, le praticien a dû la garder en chambre d'isolement.

Pour éviter les risques de fugue de malades hospitalisés sans leur consentement, les unités d'hospitalisation sont fermées. Les malades en hospitalisation libre doivent donc eux aussi vivre un régime d'enfermement⁶⁶. Cet enfermement est relatif. Diverses solutions sont mises en place pour permettre aux malades en hospitalisation libre d'aller et venir à leur convenance (personnel à l'entrée du service, ouvrant la porte selon les instructions données par le médecin ; demande du malade qu'on lui ouvre la porte...). On ne peut tout de même pas se satisfaire de cette représentation de l'enfermement omniprésente dans le déroulement d'une hospitalisation en psychiatrie.

➤ Des locaux mal adaptés

La mission n'avait pas pour objectif de réaliser une étude précise des chambres d'isolement. Cependant, les équipes médicales rencontrées ont souvent insisté sur le caractère vétuste des locaux d'hospitalisation psychiatriques où elles exercent. Les chambres d'isolement ne sont pas toujours conçues de manière à offrir toutes les garanties de sécurité pour les malades qu'on serait en droit d'attendre. Par ailleurs, faute de disposer de locaux sécurisés, des malades peuvent être gardés en chambre d'isolement plus longtemps qu'il ne faudrait, afin de ne pas avoir à fermer la totalité du service.

Cette absence de locaux sécurisés est particulièrement gênante lors de l'accueil de personnes détenues. Obligés de rester dans une chambre d'isolement pendant tout leur séjour hospitalier, pour éviter le risque de fugue, les personnes détenues nécessitant des soins imposés se retrouvent hospitalisées dans des conditions beaucoup plus inconfortables que celles qu'elles peuvent connaître en prison : les psychiatres rencontrés par la mission ont indiqué que la prison finit par être préférée parfois à une admission en hôpital psychiatrique. La mise en place des UHSA devrait résoudre ces problèmes qui, en attendant, ont pour conséquence des hospitalisations écourtées interrogeant sur la logique médicale des prises en charge hospitalières organisées.

2.2.1.7 Les sorties d'essai de durée indéfinie

Les sorties d'essai sont un élément important des soins apportés au patient et représentent pour celui-ci un allègement (cf 1.1.2.3) de la contrainte. Elles permettent de lutter contre les troubles engendrés par une hospitalisation trop prolongée et préparent le patient à vivre hors d'une institution protectrice et ainsi de se réadapter et de se réinsérer plus rapidement.

⁶⁶ Alezrah C., Bobillo J.M.. Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? *L'Information Psychiatrique* 2004 ; 80 : 571-8.

Mais les sorties d'essai posent plusieurs problèmes :

- les sorties d'essai ne font pas l'objet d'études⁶⁷ ce qui peut paraître surprenant pour un dispositif important tant du point de vue des soins que du respect des libertés.
- leur durée prolongée contrevient à l'esprit de la loi et de la mesure : on a pu signaler à la mission des sorties d'essai à répétition pouvant durer plusieurs années (un cas de 14 ans a été évoqué). Certes, nombreux ont été les entretiens menés par la mission où il a été rappelé que les malades pouvaient rechuter à la levée de la sortie d'essai s'ils vivaient cette levée comme une rupture avec l'équipe qui les avait pris en charge ou la fin de la contrainte à poursuivre le traitement. Elles finissent à l'évidence par être une obligation de soin qui ne dit pas son nom.
- Il est difficile de faire respecter par un patient en sortie d'essai au titre d'une HDT une obligation dont il peut s'affranchir s'il le souhaite sans que l'équipe médicale ait les moyens véritables de le contraindre à poursuivre le traitement et à le réhospitaliser le cas échéant.

2.2.2 La faible effectivité des garanties reconnues aux personnes atteintes de troubles mentaux

Les droits reconnus aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux malades hospitalisés sous contrainte sont définis et protégés par les engagements internationaux souscrits par la France, par les dispositions du code de la santé publique, par celle du code de déontologie médicale et par les règles professionnelles des infirmiers. Ils sont également précisés par la charte du patient hospitalisé et par la charte de l'utilisateur en santé mentale⁶⁸.

La portée réelle de ces garanties suppose toutefois que le patient en ait connaissance et qu'il y ait effectivement accès. Or, lors des entretiens qu'elle a conduits et à l'occasion des visites qu'elle a effectuées, la mission a constaté que l'effectivité des droits et libertés reconnus aux patients étaient souvent relative face aux réalités de l'hospitalisation psychiatrique, à celles de la pratique judiciaire et aux habitudes tant administratives que médicales. La complexité de certaines dispositions légales ou l'imprécision d'autres expliquent également les faiblesses relevées.

2.2.2.1 Une carence de l'information délivrée aux personnes atteintes de troubles mentaux

Informé une personne dont la capacité décisionnelle est altérée ou réduite est complexe. Il s'agit néanmoins d'une obligation visant à garantir le respect de la dignité de la personne malade.

En ce qui concerne l'état de santé, l'information est donnée par les médecins et « doit être une pratique constante et continue, répétée et modulée en tant que de besoin pour que le patient prenne connaissance de ce qui se décide, des éventuelles alternatives envisageables et ceci

⁶⁷ La mission n'en connaît aucune

⁶⁸ La charte du patient hospitalisé est annexée à la circulaire 95-22 du 6 mai 1995 ; la charte de l'utilisateur en santé mentale a été signée, le 8 décembre 2000 par la FNAPSY et la conférence des présidents de CME des établissements spécialisés.

concerne aussi bien le diagnostic que les modalités de traitement, les effets secondaires des médicaments etc. »⁶⁹

Cette information doit également porter sur sa situation juridique et sur ses droits. Elle doit être donnée dès l'admission et chaque fois que le patient la réclame mais l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ne détermine ni la ou les personnes ayant l'obligation d'informer les malades ni la forme de cette obligation.

Pour des raisons pratiques évidentes, la mission n'a pas pu évaluer les conditions dans lesquelles les patients étaient individuellement informés⁷⁰. En revanche, elle s'est fait systématiquement communiquer les livrets d'accueil des établissements⁷¹ dans lesquels elle s'est rendue, afin de prendre connaissance des modalités d'information des patients retenues par chacun des établissements. La présentation de ces livrets d'accueil, remis obligatoirement aux patients à leur arrivée, est laissée à l'appréciation de l'hôpital. Sur le fond, en revanche, ils doivent contenir un certain nombre d'informations et notamment présenter l'établissement, renseigner le patient sur ses conditions d'admission et de sortie, énoncer les droits et obligations du malade, les principales règles à observer dans la vie interne de l'établissement ainsi que les possibilités d'accès au dossier administratif et médical le concernant.

La mission a constaté que dans les livrets d'accueil examinés, une confusion était souvent opérée entre les voies de recours qui impliquent une décision judiciaire et les simples procédures de réclamations administratives. Dans certains livrets, la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention, compétent pour ordonner « la sortie immédiate », n'est pas même mentionnée. Le rôle du curateur à la personne, qui a pourtant pour mission de permettre au malade « d'être rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra » n'est jamais évoqué. L'exemple⁷² suivant tiré de l'un des livrets, illustre le caractère sommaire de l'information donnée: « que vous soyez hospitalisé d'office ou à la demande d'un tiers, au cours de cette hospitalisation vous avez la possibilité de :

- communiquer avec les autorités qui visitent l'établissement (le préfet, le président ou le juge du tribunal de grande instance, le maire de la commune, le procureur de la République),
- saisir le commission départementale des hospitalisations psychiatriques,
- prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de votre choix,
- émettre ou recevoir du courrier. »

D'une manière générale la mission a constaté un manque de hiérarchisation et de lisibilité des informations qui constitue un réel obstacle à l'effectivité des garanties.

⁶⁹ Marc Dupont, soins sous contrainte en psychiatrie, les guides de l'AP-HP, 2004, page 25

⁷⁰ la mission a cependant été informée à plusieurs reprises que certains patients arrivaient à l'hôpital en pensant venir passer une radio ou rendre visite à un proche. Un élu médecin a spontanément regretté que la décision ne soit pas précédée d'un entretien avec l'intéressé.

⁷¹ le livret d'accueil est prévu par l'arrêté du 7 janvier 1997.

⁷² La communication institutionnelle sur Internet de certains établissements est affectée des mêmes imprécisions. Après avoir indiqué le rôle de la CDHP, un des hôpitaux délivre aux usagers et à leurs familles l'information suivante : « vous pouvez également contester le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sans consentement en vous adressant au procureur de la République ou au président du TGI ou au préfet du département ou au maire. Si vous contestez la légalité de cette décision vous pouvez former un recours auprès du tribunal administratif.

2.2.2.2 Une implication des magistrats encore insuffisante

Le législateur de 1990 a voulu impliquer le juge à de très nombreuses étapes de la procédure et dans tous les dispositifs de contrôle et de recours, même s'il ne lui a pas confié le soin de décider de la mesure initiale de contrainte.

Le juge des libertés et de la détention peut ordonner la sortie immédiate du patient⁷³ ; le président du tribunal de grande instance et le juge du tribunal d'instance ont l'obligation de visiter les établissements de même que le procureur de la République ; ce dernier est en outre destinataire de toute information relative aux mesures d'hospitalisation sous contrainte.

Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel est membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. L'un des deux psychiatres de cette commission est désigné par le procureur général près la cour d'appel.

Par ailleurs, le juge des tutelles, au titre des dispositions générales du code civil, est concerné par l'application de la loi lorsqu'un malade hospitalisé sous contrainte bénéficiait avant son admission d'une mesure de tutelle ou de curatelle ; l'article L 3211-8 du code de la santé publique précise que ces dispositions protectrices peuvent, le cas échéant, bénéficier à un malade en cours d'hospitalisation.

Or, la mission a été amenée à constater que, malgré la multiplicité de ces dispositifs et leur incidence évidente en termes de droits et libertés, ce champ d'intervention n'était pas toujours identifié comme prioritaire par l'institution judiciaire. Ainsi, peu nombreux sont les interlocuteurs des deux inspections qui avaient mis en parallèle le nombre des personnes soumises à des mesures d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte avec celui des personnes placées en détention provisoire : les données relatives aux mesures d'hospitalisation sous contrainte sont de 72 512 en 2001 alors que la même année, le nombre des détentions provisoires s'est élevée à 16 772 (source annuaire statistique de la justice édition 2004).

Les rencontres organisées par la mission, au sein des tribunaux, entre les différents magistrats concernés par l'application de la loi 1990, ont permis de mettre en lumière tout à la fois un certain déficit d'échanges internes d'informations et l'intérêt qu'il y aurait à organiser un tel échange compte tenu de l'importance de ce champ de compétence. Un effort général de sensibilisation en ce sens serait donc souhaitable.

2.2.2.3 Les visites des établissements : un contrôle dispersé et souvent formel

Cinq autorités administratives et judiciaires sont chargées d'effectuer les visites d'établissement recevant des malades mentaux⁷⁴.

Il est souscrit à cette obligation de manière inégale tant au regard de la périodicité effective que des modalités concrètes des visites et de l'utilisation des informations recueillies à cette occasion. L'exploitation du « registre de la loi » de l'un des établissements visités a ainsi permis de constater que, parmi toutes les autorités désignées, seuls le procureur de la

⁷³ Cf paragraphe 1.1.3.3

⁷⁴ cf. paragraphe 1131

République⁷⁵ et le représentant du préfet, s'étaient acquittés de cette tâche. Les renseignements recueillis auprès des parquets généraux indiquent cependant que la politique suivie par les procureurs de la République en la matière est différente d'un tribunal à l'autre.

Les investigations conduites par la mission montrent que ce constat est valable pour l'ensemble du territoire et que rares sont les autres personnalités qui se rendent effectivement dans les établissements spécialisés. Au demeurant, même lorsqu'elles sont organisées, ces visites ne respectent pas la périodicité prévue par la loi⁷⁶. Un élu a même indiqué à la mission qu'il ignorait l'existence de cette règle. L'utilité de ces visites n'est d'ailleurs pas toujours comprise : un magistrat a ainsi indiqué à la mission que « ces visites relevaient du symbolique ». Cette situation est regrettable : lorsque les vérifications conduites sont concrètes, et le dépouillement par la mission de certains comptes rendus de visites en montrent la possibilité, les informations recueillies sont particulièrement utiles. Les visites se déroulent rarement de façon inopinée : or, ce qui est compréhensible lorsque leur but est d'organiser une rencontre avec des patients qui le souhaitent, ne se justifie pas lorsqu'il s'agit de vérifier que les conditions générales d'hospitalisation sont respectées. Alors même que ces visites sont habituellement programmées, elles ne paraissent pas faire l'objet de coordination préalable : ainsi dans l'établissement auquel il vient d'être fait référence, le représentant du préfet s'est rendu sur place le 12 mai 2003 et le procureur le 14 mai ; ils sont revenus respectivement le 23 octobre et le 25 novembre.

2.2.2.4 Des CDHP trop effacées

Les CDHP ont la lourde responsabilité d'examiner la situation des personnes hospitalisée en raison de troubles mentaux (cf. 1.1.3.2) « au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». Elles sont notamment tenues « de visiter les établissements habilités au moins deux fois par an », d'établir chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence, d'examiner obligatoirement la situation des personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au delà de trois mois et d'établir enfin un rapport annuel d'activité dont la diffusion est prévue par l'article L 3222-5 alinéa 7 du code de la santé publique.

Ces rapports constituent des instruments d'évaluation du dispositif légal. Ils contiennent en effet le constat des principales difficultés relevées tant en ce qui concernent les conditions d'hospitalisation que les modalités d'organisation des mesures. Ils dressent également le profil des patients admis sous contrainte et présentent le fonctionnement même des CDHP et sont enfin accompagnés d'annexes statistiques.

Les données résultant de ces rapports sont centralisées et exploitées par la direction générale de la santé. Mais, la restitution des informations est trop tardive. Ainsi, les rapports d'activité de 1999 ont été analysés par une circulaire du 31 mai 2002. Ceux de 2000 et de 2001 ont été présentés par la circulaire du 24 mai 2004 déjà mentionnée à plusieurs reprises.

Sous cette réserve, l'analyse de l'activité des CDHP effectuée par l'administration centrale est riche d'enseignements.

⁷⁵ cinq fois entre 2002 et 2004 pour le procureur de la République et six fois pour le représentant du préfet.

⁷⁶ Les dispositions légales ont été rappelées au paragraphe 1.1.3.1

Pendant la période de référence 1999-2001, la plupart des CDHP se sont réunies 3 à 5 fois par an ce qui est conforme aux exigences de l'article R 3223-5 du code de la santé publique qui prévoit au moins une réunion par trimestre. Il apparaît cependant que, faute de candidats en nombre suffisant, certaines CDHP n'ont pas pu fonctionner, 6 en 1999, 4 en 2000 et 6 en 2001.

Elles ont examiné au cours de ces réunions 11 200 dossiers en 1999, 11 292 en 2000 et 11 948 en 2001. Les membres de ces commissions ont par ailleurs effectué 305 visites d'établissements en 1999, 244 en 2000 et 325 en 2001. Les CDHP ont enfin instruit 662 plaintes en 1999, 765 en 2000 et 618 en 2001

Ces commissions n'ont pas signalé d'atteinte aux libertés dans l'application de la loi mais elles ont continué « toutefois à déplorer le caractère succinct et parfois insuffisamment motivé des certificats médicaux, les atteintes à la dignité liées aux conditions d'hospitalisation dégradées et un certain nombre de sorties d'essai transformées en obligation de soins déguisée. »⁷⁷

Pour la période 2000-2001, une vingtaine d'entre elles ont relevé une augmentation significative des HDT prises en raison d'un péril imminent.

Quelques CDHP ont enfin signalé « un recours plus important aux hospitalisations sans consentement pour des problèmes liés à l'alcool et à la toxicomanie notamment chez les jeunes adultes. »⁷⁸

Pour compléter ces informations, la mission a rencontré les membres de quatre CDHP et ces entretiens ont mis en évidence des pratiques contrastées.

La fréquence des visites dans les différents établissements est largement conditionnée par la taille du département et la carte sanitaire. Ainsi les membres de la CDHP des Bouches du Rhône qui se retrouvent pourtant tous les quinze jours, en alternant les déplacements dans les services et les réunions, ont insisté sur l'impossibilité matérielle de se rendre dans les huit établissements habilités disséminés au surplus sur un territoire étendu. Les membres de la CDHP de l'Eure ne rencontrent pas cette difficulté du fait qu'il n'existe qu'un établissement habilité implanté dans ce département. La périodicité de ces visites découlent aussi de choix locaux puisque certaines CDHP effectuent l'ensemble des déplacements en formation plénière alors que le partage du travail de visite est institutionnalisé dans d'autres. L'une d'entre elles a également couplé la visite de l'établissement avec le travail sur dossiers en examinant, en présence des équipes soignantes, la situation administrative des personnes hospitalisées.

La périodicité des réunions est tout aussi variable et dépend de la disponibilité des membres. La trop grande rotation des magistrats a été regrettée. A titre d'exemple, la mission a effectivement constaté que le magistrat siégeant dans une des commissions rencontrées avait changé trois fois en trois ans. En outre, il est quelquefois difficile de trouver des psychiatres pour composer la commission. L'une d'entre elles a ainsi cessé de fonctionner quelques mois, faute de psychiatre exerçant à titre libéral.⁷⁹

⁷⁷ Circulaire du 24 mai 2004 page 17

⁷⁸ même circulaire, page 18

⁷⁹ La CDHP comprend actuellement deux psychiatres et seul l'un des deux peut exercer dans un établissement habilité – article L 3223-2 du code de la santé publique

Tous les interlocuteurs de la mission ont souligné le décalage entre l'étendue des missions et les moyens matériels et de secrétariat jugés très insuffisants⁸⁰. La plupart d'entre eux, relayant une préoccupation ancienne, ont également revendiqué une plus grande autonomie et une plus grande indépendance par rapport aux DDASS⁸¹. Sur ce point, la mission a noté avec surprise que le rapport d'activité de l'une des CDHP rencontrées était signé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales⁸². Elle a en outre appris que ces rapports étaient rarement adressés au procureur de la République, malgré les dispositions précises de l'article L 3222-5 alinéa 7.

Aux termes des vérifications effectuées sous forme de sondage, les contenus des rapports sont apparus très diversifiés témoignant d'une implication variable des membres composant les différentes CDHP. A coté de rapports d'activité se résumant à une simple compilation de données, figurent des rapports rendant compte d'une véritable analyse ou d'une réelle réflexion prospective. L'une des commissions a ainsi souhaité, invoquant la démocratie sanitaire instituée par loi du 4 mars 2002 « que la rencontre avec le patient prenne le pas ou du moins ait autant d'importance que l'examen du dossier en l'absence de l'intéressé. »

La mission a cependant noté que même les commissions les plus actives utilisaient exceptionnellement leur pouvoir de mainlevée et proposaient rarement au juge des libertés et de la détention d'ordonner la sortie immédiate d'un patient. La faculté de saisir le préfet ou le procureur de la République sur les situations individuelles est peu usitée. En pratique, la majeure partie des observations formulées portent sur les conditions matérielles d'hospitalisation.

Les CDHP peuvent ainsi apparaître effacées dans leur mission de contrôle de la légalité et du bien fondé des mesures d'hospitalisations sous contrainte. Certains ont d'ailleurs pu en déduire que la CDHP n'avait pour le moment « qu'un rôle d'influence auprès des médecins et des directeurs de bonne volonté.⁸³ »

2.2.2.5 *Un recours au juge peu effectif dans un cadre procédural encore flou*

- Des chiffres qui ont été communiqués à la mission par la chancellerie, il ressort que le recours au juge est peu fréquent

Le tableau suivant, établi à partir de données communiquées par le ministère de la justice, récapitule l'ensemble des procédures qualifiées « de demandes relatives à l'internement d'une personne » dont les juridictions judiciaires ont été saisies entre 1998 et 2003⁸⁴.

⁸⁰ Des difficultés très concrètes liées à l'insuffisance des rémunérations et au retard de paiement ont également été signalées.

⁸¹ Voir notamment le rapport du groupe national d'évaluation de septembre 1997 (p 146) et la circulaire DGS du 31 mai 2002 p 17

⁸² Cette pratique a cessé à 2004, date à laquelle les nouveaux membres de la CDHP en question ont désigné le magistrat comme président

⁸³ Mr Boumaza et Mr Fossier. Le curateur à la personne et la CDHP : des institutions à parfaire. *Gazette du palais 18 janvier 2005.*

⁸⁴ selon les juridictions, il apparaît que les enregistrements informatiques des procédures de contestation relatives à l'internement sont enrôlés sous le code TGI fond ou TGI référé.

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Nbre*	Durée* *	Nbre	Durée								
Cour d'appel	26	6,6	26	5,7	23	5,6	25	7,6	31	8	34	5,9
TGI fond	239	3,9	185	4,5	185	5,1	224	5	215	4,5	189	3,8
TGI référé***	596	2,2	629	2	775	2,4	593	2,1	539	3,5	415	2,5

* le nombre exprime le nombre des décisions rendues
** la durée totale de la procédure est exprimée en mois
*** affaires jugées par le président du tribunal de grande instance statuant en référé puis par le JLD après la modification de l'article L 3211-12 du code de la santé publique

Source, ministère de la justice – SDSSED – répertoire général civil

Comparé au nombre des hospitalisations sans consentement, celui relatif aux recours judiciaires, en diminution constante depuis 2001, apparaît singulièrement peu élevé. Compte tenu du nombre de tribunaux de grande instance (181), chaque juge des libertés et de la détention n'est saisi, au titre des hospitalisations sans consentement, que deux ou trois fois par an. Une des explications de la faiblesse de ce chiffre réside dans la méconnaissance des modalités du contrôle juridictionnel alors même que ce magistrat peut très aisément être saisi par simple requête.

Ce tableau ne rend pas compte des disparités entre départements mais le constat global a été vérifié par la mission au cours de ses déplacements⁸⁵.

➤ Le cadre procédural est flou

La loi a confié au juge des libertés et de la détention, statuant en la forme des référés, la responsabilité du contrôle a posteriori de l'hospitalisation sous contrainte. Ce dispositif est conforme à l'article 5-4 de la Convention européenne des droits de l'homme puisqu'il ouvre un recours devant un tribunal statuant à bref délai.

Aux termes de l'article L 3211-12 du code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention peut être saisi par simple requête. Après débat contradictoire et après avoir ordonné les vérifications nécessaires, il peut ordonner s'il y a lieu la sortie immédiate. Ce magistrat dispose en outre de la faculté de se saisir d'office.

De la loi « sécurité et liberté » du 2 février 1981 à celle du 15 juin 2000 instituant le juge des libertés et de la détention, le régime juridique de ce recours a subi plusieurs modifications substantielles qui ont laissé subsister des incertitudes procédurales, notamment quant aux conditions de recevabilité de la requête et au caractère exécutoire de plein droit de la décision de sortie immédiate.

M. le Premier Président Louvel,⁸⁶ a, à cet égard indiqué à la mission que le JLD « exerce des compétences hybrides, à la fois pénales et civiles, qui ne reposent pas sur un tronc procédural commun, mais font l'objet de règles particulières sauf en matière d'hospitalisation psychiatrique ». Les dispositions de l'article L 3211-13 du code de la santé publique

⁸⁵ il convient de noter que le caractère hétérogène des chiffres n'atténue pas la grande faiblesse du nombre de recours : le JLD de l'un des départements visités n'a été saisi que trois fois en trois ans, mais celui de Marseille ou de Paris n'a lui-même été saisi durant la période de référence que quinze à vingt fois par an.

⁸⁶ auteur par ailleurs d'un article publié dans la gazette du palais du 10 mars 1998 et consacré au « régime procédural de l'article L 351 du code de la santé publique » (ancienne codification).

annoncent par ailleurs qu'en tant que de besoin, les modalités d'application de ce dispositif feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat. La mission estime qu'un tel décret clarifierait le régime procédural de ce recours et contribuerait à sa plus grande effectivité.

En conclusion on ne peut que souligner l'effectivité relative des garanties accordées aux malades et à leurs familles. Cette faiblesse est accentuée par le fait que les délais de procédure ne sont pas encadrés par les textes alors même qu'est en jeu la sortie immédiate du patient⁸⁷. Les membres de la mission ont par ailleurs constaté que l'incertitude tenant aux délais de prononcé de la décision du juge, dissuadait certains malades de faire un recours, persuadés qu'ils seraient en définitive sortis avant d'obtenir une décision judiciaire.⁸⁸

2.2.3 L'efficacité du dispositif doit être améliorée dans le domaine de la sûreté des personnes

2.2.3.1 Les fugues sont souvent laissées sans suite.

Lorsqu'un malade hospitalisé à la demande d'un tiers fugue, ou lorsqu'il suspend les conditions de sa sortie d'essai, les moyens de l'obliger à se soumettre à nouveau au suivi médical sont faibles. En général, l'hôpital signale à la police la fugue du malade⁸⁹. Quand le secteur peut contacter le malade, il tente de l'inciter à reprendre les soins. Et, si le malade ne revient pas à l'hôpital, les choses en restent là, sauf si une hospitalisation d'office est envisageable. Une circulaire ancienne du 9 décembre 1968, relative aux évasions des malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques précise « que les recherches doivent être entreprises par le personnel de l'hôpital dans l'enceinte de l'établissement et à proximité si nécessaire dès que la disparition du malade a été constatée. (...) La famille de ce dernier doit être immédiatement avisée et les services de police doivent être alertés dans la demi heure qui suit la disparition ou la sortie non autorisée, lorsque le patient présente un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes ». Une autre circulaire interministérielle des ministères de la santé et de l'intérieur du 17 avril 1954 prévoit, lorsque le patient hospitalisé d'office ne respecte pas les conditions de sortie, qu'il revient au directeur de l'établissement d'aviser le préfet et de formuler une demande de recherche auprès des services de police et de gendarmerie.

Pour les malades en HO ayant fugué de l'hôpital, les recherches ne sont pas beaucoup plus actives. Il est possible de faire inscrire le fugueur au Fichier des Personnes Recherchées. Mais, cette inscription est facultative (rapport IGA-IGG-IGPN. Mai 2004).

La conduite à tenir face à une situation de fugue est donc assez imprécise. Et les coopérations utiles entre les secteurs de psychiatrie et les services de police ne sont pas définies. Les équipes de psychiatrie considèrent, à juste titre, qu'elle n'ont pas à se rendre maître d'un

⁸⁷ Par ordonnance du 17 juin 2004, la cour d'appel de Paris a rappelé qu'en ne statuant pas à bref délai le juge des libertés et de la détention violait un principe juridique fondamental garanti par la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (gazette du palais, 22 et 23 décembre 2004 page 21).

⁸⁸ Il faut toutefois noter que la durée moyenne des procédures intègre celle de l'expertise ordonnée le cas échéant à titre de vérification préalable.

⁸⁹ Deux circulaires antérieures à la loi de 1990, l'une du 9 décembre 1968 et l'autre du 30 avril 1954, précisaient les conduites à tenir en cas d'évasion ou de non respect par un patient hospitalisé d'office des conditions de sa sortie d'essai.

malade en dehors des murs de l'hôpital. Les services de police regrettent que les équipes de secteurs de psychiatrie leur apportent un concours insuffisant quand il s'agit d'éviter l'épreuve de force pour ramener un malade en fugue à l'hôpital. En l'absence de moyens pour rendre effective la contrainte, il ne reste qu'à attendre un changement d'attitude du malade ou une dégradation de son état susceptible de le conduire à nouveau en milieu hospitalier. Or les risques de voir apparaître un comportement dangereux pour la personne ou pour autrui peuvent parfois être importants chez certains de ces malades ayant interrompu tout traitement. Une fugue prolongée atteste d'un dysfonctionnement grave du système.

2.2.3.2 *La détention d'armes et le fichier HOPSY*

Par circulaire, la DGS (circulaire DGS/6 C N°2002-295) a défini les modalités de consultation des fichiers tenus par les DDASS sur les malades hospitalisés sans leur consentement quand les services de la préfecture sont saisis d'une demande d'autorisation de détention d'armes. Les services de la DDASS ont seuls accès à ces fichiers (HOPSY) et doivent répondre aux interrogations posées par les services préfectoraux chargés de la police des armes.

La mission a constaté que le fonctionnement de cette procédure d'échange d'informations est satisfaisant. Cependant, l'absence de lien entre les fichiers départementaux pose problème car chaque DDASS ne peut renseigner les services préfectoraux que sur les données figurant dans son seul fichier. Le service chargé de la police des armes peut donc ne pas apprendre qu'une personne demandant une autorisation de détention d'armes a été hospitalisée sans son consentement dans un autre département. Ce système présente dès lors des faiblesses au regard des possibles déplacements des malades mentaux. La constitution d'un fichier national risque toutefois d'exposer à des dérives que la CNIL devrait identifier et prévenir.

*
* *
*

L'analyse des forces et faiblesses du dispositif des hospitalisations sans consentement montre que l'équilibre voulu par les textes entre les trois objectifs de santé, de liberté et de sécurité reste fragile : cette fragilité est d'ailleurs actuellement exploitée par des mouvements à caractère sectaire dont l'activité a été portée à la connaissance de la mission. Un organisme, qui œuvre sous une dénomination qui peut prêter à confusion⁹⁰, profite de la crédulité d'une population en plein désarroi, qu'il s'agisse des patients ou de leurs familles, pour étendre son influence. Les acteurs de terrain doivent être informés des buts réellement poursuivis par cette organisme : une contestation radicale de la psychiatrie et de la prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier.

⁹⁰ commission des citoyens pour les droits de l'homme

Troisième partie - Les propositions

Incontestablement la loi du 27 juin 1990 a réussi là où bien d'autres tentatives de révision de la loi de 1838 avaient échoué. Pourtant, elle a fait l'objet de nombreuses critiques et cela dès sa promulgation. Ces critiques ont singulièrement redoublé d'intensité ces dernières années.

Un certain nombre des constats opérés par la mission rejoignent ces critiques mais il est apparu très vite qu'il était nécessaire de faire la distinction entre les dysfonctionnements imputables aux dispositions législatives elles-mêmes et ceux tenant aux modalités de leur mise en œuvre.

Cette distinction a conduit les deux inspections à inscrire leurs propositions dans la structure juridique de la loi de 1990 tout en la réformant profondément.

Trois principes directeurs ont guidé sa réflexion :

- rouage essentiel du dispositif, le juge doit voir renforcer son rôle de contrôle a posteriori, en fait et en droit ;
- le maintien de la dualité des procédures d'office et à la demande d'un tiers paraît plus respectueux de la réalité des situations dans lesquelles se trouvent les malades ;
- dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin est plus adapté à l'évolution des possibilités de prises en charge en psychiatrie.

Chacune des propositions de la mission décline ces trois principes.

3.1 Il ne semble pas nécessaire de donner au juge la responsabilité de décider a priori de l'hospitalisation sous contrainte d'un patient

Nombreux sont ceux qui proposent de confier au juge la décision d'hospitaliser sans leur consentement les personnes présentant des troubles mentaux. D'autres s'y opposent. La mission reprend ici succinctement les différentes thèses en présence pour expliquer son choix.

➤ Trois arguments principaux sont avancés en faveur d'une implication a priori du juge :

- le magistrat du siège est garant des libertés individuelles ;
- l'intervention du juge dissuaderait de recourir trop fréquemment à la contrainte ;
- par son caractère contradictoire la procédure judiciaire permettrait à la personne malade d'être entendue en présence, le cas échéant, d'un avocat.

➤ Mais cette réforme présenterait, selon les deux inspections, de sérieux inconvénients :

- l'un des principaux réside précisément dans la nature contradictoire de la procédure judiciaire : la nécessité d'entendre les différentes parties et de recourir à une expertise ne manquera pas d'alourdir et rallonger la procédure alors qu'une décision rapide est attendue ;

- la mesure demanderait un surcroît de moyens extrêmement important à l'institution judiciaire ;
- au plan des principes, on peut s'interroger sur la tendance actuelle à étendre à l'infini le périmètre d'intervention du juge.
 - En tout état de cause le droit positif n'impose pas de confier cette nouvelle responsabilité au juge.

Le Conseil de l'Europe, dans sa Recommandation adoptée le 22 septembre 2004 ne se prononce pas sur la nature de l'autorité chargée de prendre une décision d'hospitalisation sous contrainte⁹¹. Il y est indiqué à l'article 20 que « la décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente », l'exigence principale étant « qu'une décision indépendante soit prise par une partie indépendante de la personne ou de l'instance proposant la mesure ».

3.2 Le maintien de la dualité des procédures est plus respectueux de la diversité des situations des malades

L'unification des deux procédures a été proposée notamment par le groupe d'évaluation de la loi de 1990 présidé par Mme H. Strohl, inspectrice générale des affaires sociales. Elle aurait l'avantage :

- de consacrer le caractère uniquement sanitaire de la procédure,
- de supprimer l'assimilation des maladies mentales et du trouble à l'ordre public
- d'éviter que l'hospitalisation d'office ne soit la procédure de recours lorsque d'autres procédures et notamment l'hospitalisation à la demande de tiers ont échoué,
- de simplifier les procédures.

C'est ainsi que le groupe d'évaluation dénonce que « l'hôpital psychiatrique qui est une de nos institutions collectives au fonctionnement très coûteux soit envisagé le plus souvent en première intention pour régler des problèmes sociaux ou médico-sociaux (...). L'ordre public est une manière de gérer l'intolérance sociale grandissante, la perte des solidarités de voisinage, l'incivilité sociale collective (...). Parfois d'ailleurs, la possibilité d'hospitaliser pour trouble à l'ordre public, c'est à dire sans qu'il y ait danger pour le malade, ni pour le tiers d'un malade, empêche qu'on soit inventif, qu'on cherche d'autres solutions. »

La mission ne partage pas cette analyse. Elle estime en effet, que l'unification qui ne pourrait se faire que sous l'égide du préfet, exclurait le tiers et donc la famille de la procédure, au moment où il semble important d'affirmer des solidarités d'ordre privé et où les alternatives à l'hospitalisation, unanimement recommandées, reposent en grande partie sur le proche environnement du patient.

Au total, la modification de cet équilibre conduirait à une ingérence de l'autorité publique dans un domaine ne relevant pas actuellement de sa compétence et pourrait être considérée comme de nature à constituer un risque au regard des libertés individuelles.

⁹¹ ce point est développé infra au paragraphe 3.4.1

3.3 Faciliter l'accès aux soins et mieux orienter les malades

3.3.1 Dissocier le soin obligatoire des modalités du soin

3.3.1.1 L'hospitalisation ne doit être considérée que comme une modalité du soin.

Quand une personne nécessite des soins immédiats, la mesure que la loi de 1990 autorise de prendre, sans le consentement de l'intéressé, est une hospitalisation, et non une obligation de soins.

A côté de l'hospitalisation, d'autres modalités de prise en charge sont possibles, susceptibles d'être combinées entre elles. Aucune de ces différentes modalités de prise en charge n'offre des possibilités de contention comparables à celles que permet une hospitalisation. Cependant, un accompagnement très intensif selon une ou plusieurs modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation peut représenter une forme de contrainte adaptée à la situation particulière d'un malade. C'est le cas pour les malades en sortie d'essai, où le maintien de la mesure de contrainte sert de cadre à des soins obligés.

3.3.1.2 L'hospitalisation dans un service de psychiatrie ne doit pas être la seule façon de contenir un malade pour l'obliger à des soins

- La contrainte peut n'être qu'un cadre symbolique.

Lors de ses déplacements dans des départements, la mission a rencontré différentes équipes médicales. A plusieurs reprises les professionnels, médecins ou infirmiers, ont fait état des ruptures de prise en charge qui parfois surviennent au moment où la mesure de sortie d'essai en HDT ou en HO est levée.

Après une hospitalisation réalisée sans le consentement du malade, il peut être nécessaire d'assurer une continuité du traitement afin d'éviter les risques de rechute. Cette continuité du traitement exige de mettre en œuvre un suivi par des consultations, la prise à date périodique des médicaments et notamment des neuroleptiques retardés, des visites à domicile ou d'autres modalités de prise en charge. La mesure de sortie d'essai est le cadre prévu par la loi pour organiser ce suivi médical d'un malade qui n'est plus hospitalisé, et qui pourrait interrompre son traitement.

Certaines de ces sorties d'essai peuvent être de durée réduite ; d'autres s'étendent sur plusieurs années. Mais leur intérêt thérapeutique a été souligné à plusieurs reprises par les équipes médicales rencontrées par la mission.

Il peut paraître surprenant qu'un malade continue de se rendre à ses rendez vous au centre de consultations, de prendre son traitement, parce qu'il sait qu'il fait toujours l'objet d'une mesure de contrainte, alors qu'il reste réticent aux soins qui lui sont prodigués et qu'il se trouve dans une situation qui objectivement lui permettrait facilement de se soustraire à toute obligation. La menace d'avoir recours à une nouvelle hospitalisation en cas d'arrêt du traitement prescrit pourrait être jugée comme suffisamment impressionnante pour expliquer la

docilité d'un patient pourtant peu convaincu de la nécessité des soins. Mais avec les années, il est évident que la force de cette menace, si tant est qu'elle ait pu être dissuasive, va plutôt aller en s'estompant. Et il est plus certain que le simple fait de situer, de façon formalisée, la relation établie entre le malade et son médecin en référence à la loi est le ressort principal permettant d'obtenir la poursuite du traitement nécessaire. Le temps transforme en un cadre de contention symbolique le maintien prolongé d'une sortie d'essai.

- La contrainte doit pouvoir s'exercer dans plusieurs lieux différents.

La contrainte doit pouvoir s'exercer dans plusieurs lieux différents sans obliger à une hospitalisation dans un service de psychiatrie. Une forme de contention adaptée à la situation du malade et aux caractéristiques du mode de prise en charge envisagé est possible dans différents lieux du secteur.

L'équipe pluri-professionnelle du secteur psychiatrique peut également intervenir dans l'unité porte d'un service d'urgence, dans une maison de retraite, au domicile du patient. Il arrive qu'une personne âgée présentant une maladie d'Alzheimer, prise en charge dans une maison de retraite, soit hospitalisée dans un service de psychiatrie le temps de mettre en route un traitement capable de corriger ses troubles du comportement. Les interventions d'une équipe de secteur dans la maison de retraite peuvent permettre dans certains cas précis de mettre en route ce traitement refusé par la personne sans avoir besoin de l'hospitaliser.

3.3.1.3 *Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin permettrait de mieux s'adapter à la situation particulière du malade*

- Le tiers ne devrait pas avoir à s'engager sur une modalité particulière du soin. En conséquence, les rôles entre le tiers et le médecin seraient clarifiés.

Dans le cas d'une HDT telle que définie par la loi de 1990, le tiers est invité à faire une demande manuscrite d'admission en hospitalisation.

Cependant, le souhait premier d'un tiers est d'obtenir que son proche fasse l'objet de soins. Et, c'est souvent en parvenant à convaincre son proche qu'il faut qu'il se soigne qu'un tiers arrive à l'amener jusqu'au service des urgences, avec l'aide du médecin généraliste.

Mais la question de savoir si la modalité du soin la plus pertinente, compte tenu de la situation clinique du malade et des moyens dont dispose le secteur, est une hospitalisation ou une autre forme de prise en charge, devrait relever de la prescription du médecin en fonction de l'état du malade, du savoir médical, des solutions thérapeutiques connues, des caractéristiques des structures de soins à sa disposition, ainsi que de la possibilité pour l'entourage du malade de le prendre en charge.

La difficulté pour le tiers pourrait être atténuée si, après avoir été clairement informé des décisions que le médecin envisage de prendre, il n'avait qu'à établir une demande d'obligation de soins. Ainsi pourrait se réduire le nombre de cas où un tiers hésite à s'engager, épouvanté par le risque des reproches que pourrait lui faire son parent hospitalisé.

Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin permettrait de redistribuer les rôles entre le tiers et le médecin, et repositionnerait chacun sur des responsabilités différentes. Le débat entre le malade, le tiers et le médecin gagnerait ainsi en clarté.

- Il faut pouvoir s'adapter aux différents niveaux de consentement, plutôt que de se trouver prisonnier d'un choix binaire entre hospitalisation et abstention.

Les hésitations du tiers à faire sa demande d'hospitalisation peuvent porter sur la modalité du soin proposée, et pas sur la nécessité du soin. Et le non consentement d'un malade à des soins pourtant nécessaires peut varier d'intensité selon le service hospitalier vers lequel il est orienté. Un patient peut être hospitalisé sans son consentement et continuer d'avoir des préférences sur le lieu de son hospitalisation ou le médecin chargé de le soigner. Si le médecin disposait de plus de solutions lui permettant d'hospitaliser dans le service de son choix, y compris dans une clinique privée psychiatrique, cela pourrait sans doute faciliter l'engagement du tiers à demander une obligation de soins, et contribuer parfois à atténuer la vivacité de l'opposition du malade.

Le déroulement, sans solution de continuité, d'une sortie d'essai pendant plusieurs années implique nécessairement un certain consentement du malade. Pourtant, c'est toujours par rapport à l'épisode hospitalier initial que la mesure continue de se définir. Et, si un malade suivi en sortie d'essai nécessite un nouveau séjour hospitalier, décidé avec son accord, il retrouvera toutes les sujétions de l'hospitalisation sous contrainte qu'il pourra alors ressentir comme une régression.

Le non consentement d'un malade mental peut présenter des degrés différents tout au long de son parcours de soins. Et la difficulté pour un tiers de s'engager sur une demande de soins obligés peut être atténuée si sa préférence pour telle ou telle équipe médicale à laquelle pourrait être confié son proche hospitalisé est entendue.

3.3.1.4 Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin ne doit pas conduire à remettre en cause la structure générale du dispositif de prise en charge des malades mentaux sans leur consentement

Dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin ne conduirait pas forcément à modifier la structure générale du dispositif mis en place avec la loi de 1838 et la loi de 1990. L'obligation de soins pourrait être une mesure prononcée :

- à la demande d'un tiers, par le directeur de l'hôpital, au vu d'un certificat médical circonstancié ;
- en cas d'hospitalisation d'office, par le Préfet selon les mêmes modalités, ou par le maire, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, au vu d'un avis médical. Dans ce cas là, il s'agirait d'une obligation de soins d'office.

- L'obligation de soins à la demande d'un tiers⁹² :

a) L'admission du malade en obligation de soins

Un malade pourrait être admis en obligation de soins à la demande d'un tiers, sur décision du directeur de l'établissement, au vu d'un certificat médical établi de préférence par un psychiatre ou à défaut par un médecin généraliste.

⁹² la mission fait le plus souvent la distinction, par convention, entre la notion d'établissement comportant à la fois l'hôpital et le secteur et l'hôpital lui-même pour éviter toute confusion entre l'hospitalisation et l'obligation de soins.

Le directeur de l'hôpital public gérant des secteurs de psychiatrie prendrait alors la double décision portant sur la mesure d'obligation de soins et la modalité de prise en charge prescrite par le psychiatre ayant établi le certificat médical initial. Cette modalité de prise en charge ne pourrait être décidée par le directeur de l'établissement que sur avis conforme du médecin.

Ainsi, l'obligation de soins, après la décision d'admission du directeur de l'établissement prendrait la forme d'une hospitalisation ou s'exercerait dans le strict respect d'un protocole précis de prise en charge recourant à une ou plusieurs alternatives à l'hospitalisation temps plein.

A l'issue d'une hospitalisation, pour le cas où il serait nécessaire d'assurer une continuité des soins, le directeur de l'établissement, sur certificat médical conforme, transformera une obligation de soins avec hospitalisation en une obligation de soins simple : ce dispositif pourrait se substituer à la sortie d'essai.

b) le certificat initial rédigé par un psychiatre ou un généraliste

Le certificat initial serait rédigé par un psychiatre qui pourrait appartenir, contrairement aux dispositions actuelles, à l'établissement chargé de mettre en œuvre l'obligation de soins. Cette proposition permettrait d'éviter, comme c'est le cas aujourd'hui que, dans le cadre de ses activités de secteur, un psychiatre, amené à envisager l'hospitalisation d'un malade sans son consentement avec l'accord de la famille, soit obligé de faire appel à un médecin généraliste pour la rédaction du premier certificat.

➤ L'obligation de soins d'office

La mission préconise de conserver les indications actuelles de l'hospitalisation d'office. la décision d'une obligation de soins d'office avec hospitalisation relèverait du préfet au vu d'un certificat médical circonstancié. La transformation d'une obligation de soins d'office avec hospitalisation en une simple obligation de soins serait également décidé par le préfet et dans les mêmes conditions. En revanche, le choix entre les différentes possibilités de prise charge en ambulatoire devrait être effectué sur avis conforme du médecin.

La transformation d'une obligation de soins d'office avec hospitalisation en une obligation de soins simple sera également décidée par le Préfet dans les mêmes conditions. Elle devra préciser le protocole de prise en charge prescrit recourant à une ou plusieurs alternatives à l'hospitalisation.

➤ Les lieux de prise en charge d'une obligation de soins

L'obligation de soins prononcée à l'égard d'un patient conduirait à organiser son admission dans une ou plusieurs structures de prise en charge du secteur, ou conventionnées avec lui au titre du choix relatif aux modalités de soins.

a) Les centres hospitaliers

Dans le cadre d'une obligation de soins prononcée à la demande d'un tiers, un patient pourrait être traité dans tout centre hospitalier dès lors que le degré de contention permis serait adapté à sa situation clinique.

b) Les cliniques privées

La loi de 1990 précise que pour accueillir des malades en HDT ou en HO, un établissement de santé, sans précision de son caractère public ou privé, doit être habilité par le Préfet. Rien ne s'oppose donc dès aujourd'hui à ce qu'un établissement de santé privé soit habilité par le Préfet pour accueillir des malades en HDT ou en HO. C'est d'ailleurs déjà le cas pour quelques établissements en France.

Il conviendrait cependant de préciser les conditions à remplir pour pouvoir habilitier un établissement privé à accueillir des malades sans leur consentement. Ces conditions devraient porter sur la nature des locaux, les moyens en personnel, la signature d'une convention avec le centre hospitalier public précisant les modalités d'orientation du patient hospitalisé sans son consentement et l'organisation de la continuité des soins à la fin du séjour hospitalier.

L'implication du dispositif hospitalier privé dans la gestion des obligations de soins est souhaitable. Elle permettrait d'élargir les possibilités de libre choix de son médecin offertes aux malades et à leur famille. Elle favoriserait le développement de complémentarités entre les établissements de santé publics et privés. Les coûts supplémentaires que cela représenterait pour les cliniques devront bien sûr, le cas échéant, faire l'objet de négociations avec l'assurance maladie afin de trouver des solutions de financement.

c) les institutions médico-sociales, sociales ou les alternatives à l'hospitalisation

La même logique peut être appliquée à des patients pris en charge dans des institutions médico-sociales, telles les maisons de retraite, quand une hospitalisation dans un service psychiatrique n'est motivée aujourd'hui que par la nécessité de mettre en œuvre un traitement médicamenteux que l'intéressé refuse.

Elle s'applique également au secteur social ou aux alternatives à l'hospitalisation.

3.3.2 Créer les conditions d'une prise en charge de courte durée de 72 heures au plus

La situation d'urgence conduisant à une hospitalisation susceptible d'être nécessaire sans le consentement de la personne, rend souvent difficile l'appréciation exacte des troubles mentaux de l'intéressé, et complique la recherche d'une alliance thérapeutique entre le médecin et son malade. Quelques jours de recul par rapport aux circonstances ayant conduit la personne à l'hôpital, peuvent en effet se révéler utiles pour étayer un diagnostic, engager une démarche thérapeutique, évaluer les réactions du patient après le début d'un traitement ou une mesure de contention, enfin orienter le patient vers la forme de prise en charge la plus pertinente⁹³.

⁹³ Le rapport établi en 1997 par le groupe de travail présidé par Mme Hélène Strohl sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 proposait l'instauration d'une période d'observation de 72 heures, avant d'engager une hospitalisation sans le consentement du malade ; de même que le rapport des Docteurs Piel et Roelandt (2001) ou le groupe de travail constitué fin 2004 par la FHF, l'UNAFAM, la FNAPSY, la conférence des présidents de CME des CH ayant des services de psychiatrie.

3.3.2.1 La situation juridique d'une personne retenue sans son consentement en milieu hospitalier, même pour une courte durée, doit être définie par la loi.

L'organisation d'une période de 72 heures avant d'orienter un patient qui refuse des soins demande que soient garantis à ce dernier les droits et libertés voulus par la loi en matière d'hospitalisation sans le consentement des personnes. Dès lors, une telle mesure ne devrait pas précéder la décision d'admission en obligation de soins mais la suivre.

3.3.2.2 Une prise en charge hospitalière de 72 heures ne saurait être limitée à simplement une observation du patient.

Les solutions thérapeutiques médicamenteuses permettent aujourd'hui d'agir rapidement et efficacement sur les symptômes de la maladie. Cependant le temps de la « crise » peut représenter une opportunité précieuse pour analyser les difficultés d'un patient. Il est donc souvent sage de préserver ce temps d'observation, et de ne pas précipiter la prescription d'un traitement médicamenteux. Mais, pendant ces premières 72 heures, il peut aussi être opportun d'engager un traitement médicamenteux qui, en corrigeant notamment les troubles du comportement les plus importants, permettra d'instaurer avec le malade une relation plus favorable à la recherche d'un consentement aux soins. Dans tous les cas, cette période de prise en charge intensive pendant 72 heures doit conduire à une orientation du patient, mieux adaptée à sa situation que celle qui aurait pu être définie dans l'urgence au moment de son admission à l'hôpital.

3.3.2.3 L'organisation de cette période de prise en charge de 72 heures relève de la politique hospitalière à mettre en œuvre

Les formes d'organisation de cette période de prise en charge de 72 heures peuvent être différentes, de l'unité spécialisée au sein d'un hôpital psychiatrique aux « lits portes » réservés aux malades mentaux près d'un service d'urgence.

La mission a relevé que toutes les formules existent. Elle a considéré qu'elle n'avait pas à expertiser les avantages et les inconvénients de ces différentes organisations hospitalières. Mais, disposer d'une telle variété de solutions peut sans doute permettre de s'adapter à des contextes locaux différents.

Quelle que soit l'organisation retenue, il paraît indispensable de respecter trois principes :

- une association forte entre l'équipe psychiatrique responsable de ces prises en charge de 72 heures et le service des urgences ;
- une approche intersectorielle de la gestion de ces situations par la psychiatrie ;
- une articulation avec les secteurs de façon à gérer, sans rupture du projet de soins, le parcours du patient.

Cette organisation, selon une forme adaptée au contexte local, d'une période d'évaluation de courte durée, de 72 heures au plus, pour des malades justifiant d'une mesure d'obligation de soins, devrait être définie dans tous les départements, et constituer un point important de la politique hospitalière conduite par les ARH.

3.3.3 Revoir la succession des certificats médicaux.

La succession des certificats médicaux lors de l'adoption d'une mesure de prise en charge sans le consentement du malade poursuit deux objectifs :

- s'assurer du bien fondé de la mesure ;
- veiller à sa pertinence dans le temps.

Pour cela, la loi du 27 juin 1990 prévoit deux certificats médicaux quand il s'agit d'admettre un malade en HDT, puis un certificat dans les 24 heures de l'admission. Ainsi, sur une très courte durée, trois certificats médicaux seront établis pour un malade admis en HDT. Un quatrième suivra 15 jours plus tard.

- Un seul certificat médical permettrait de prononcer une mesure d'obligation de soins.

Ce certificat médical, pourrait être établi de préférence par un médecin psychiatre qui pourrait dès lors préciser la modalité du soin obligé, conformément à la proposition de la mission de dissocier l'obligation de soin de ses modalités d'exercice. Toutefois, ce certificat pourra être établi par tout médecin généraliste appelé au domicile du patient.

Ce premier certificat doit pouvoir émaner d'un médecin travaillant dans le CH public où le malade pourra le cas échéant être admis.

- Le second certificat médical devrait être celui établi dans les 24 heures de l'admission en obligation de soins.

Ce recul est suffisant pour réexaminer utilement les conditions ayant justifié une prise en charge sans le consentement du malade. Le contexte de l'urgence ne permet pas toujours d'apprécier complètement tous les aspects de la situation dans la quelle se trouve la personne faisant l'objet d'une mesure d'obligation de soins.

Ce certificat des 24 heures, déjà existant, et qu'il faut conserver, devra être rédigé par un autre médecin que l'auteur du certificat ayant constaté la nécessité d'obliger le patient à se soigner.

- Un troisième certificat médical est à instaurer dans les trois jours du début de la mesure

Cette période de 72 heures maximum n'est actuellement pas repérée dans la succession des certificats médicaux. Instaurer le certificat des 72 heures serait un puissant moyen pour inciter les secteurs à organiser une telle période d'observation suivant toute admission en obligation de soins.

Au total, le nombre de certificats médicaux à établir dans le cadre d'une mesure d'obligations de soins, qu'elle s'accompagne ou non d'hospitalisation, qu'elle soit prise à la demande d'un tiers ou d'office, devrait rester inchangé mais se distribuer différemment. Comme dans la loi du 27 juin 1990, trois certificats médicaux devraient être établis avant d'arriver au certificat de quinzaine. Mais, au lieu de préparer deux certificats à l'admission et un certificat à 24 heures, il conviendrait de les répartir sur trois temps forts de l'obligation de soins :

- l'admission ;
- dans les 24 heures;
- dans les 72 heures.

La mission propose par ailleurs le maintien de la périodicité actuelle des autres certificats médicaux. S'agissant toutefois des malades bénéficiant d'une obligation de soins en ambulatoire, le certificat mensuel pourrait devenir bimestriel. Ainsi se trouvent harmonisées les périodicités des deux procédures, HDT et HO.

3.3.4 *Le tiers*

La mission propose de maintenir l'intervention du tiers⁹⁴ et de ne pas en modifier la définition telle qu'elle résulte de l'article L 3212-1 du code de la santé publique et de l'interprétation donnée par le Conseil d'Etat dans son arrêt du 3 décembre 2003.

Mais compte tenu des difficultés rencontrées par les directeurs d'établissement, rappelées au paragraphe 2.2.1.3, il est suggéré d'inscrire dans la loi un mécanisme spécifique destiné à pallier l'absence de tiers ou à faire face à sa réticence à s'engager dans une procédure que le patient pourrait vivre douloureusement ou de façon hostile.

Le directeur de l'établissement, en possession du certificat médical, aurait la responsabilité de prononcer l'admission du patient, à titre conservatoire. Il devrait dans les douze heures de cette admission présenter au procureur de la République, par tout moyen, y compris par fax, une demande motivée⁹⁵, destinée à obtenir la désignation d'un curateur à la personne. Le procureur de la République aurait l'obligation de désigner ce curateur à la personne dans les 24 heures de la demande.⁹⁶ Ce dernier aurait les pouvoirs définis à l'article L 3211-9 du code de la santé publique, et serait notamment chargé de veiller au respect des droits et de la dignité du patient. Il pourrait, dès sa désignation, saisir le juge des libertés et de la détention et aurait en outre la possibilité de requérir la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dans les conditions de l'article L 3212-9 du même code.

Ce mécanisme impliquant l'intervention de l'autorité judiciaire est de nature à faciliter, l'accès aux soins tout en garantissant les droits du malade⁹⁷. La décision d'admission prise par le directeur de l'hôpital interviendrait ainsi à titre conservatoire jusqu'à la nomination du curateur. De par les pouvoirs qui sont les siens, le curateur pourrait aussitôt, en tant que de besoin, mettre fin à la mesure. Cette solution est adaptée aux nécessités de l'admission d'un malade et elle permet un regard extérieur sur la décision d'hospitalisation. En ce sens elle est respectueuse des droits du patient d'autant qu'elle obligera le directeur de l'hôpital à justifier des investigations qu'il aura menées pour trouver un tiers. Elle est donc conforme aux

⁹⁴ les raisons en ont été données au paragraphe 3.2. Cette proposition de maintenir le tiers dans la procédure d'hospitalisation rejoint celle avancée par le groupe de travail constitué par CDHP-France, la FNAPSY, l'UNAFAM, l'association des établissements gérant des secteurs de santé mentale et la conférence des présidents des CME de CHS dont les conclusions ont été remises à la mission par le Dr Halimi, le 20 janvier 2005.

⁹⁵ Le directeur de l'établissement devrait en particulier justifier dans cette demande de la situation familiale et personnelle du malade concerné, des recherches infructueuses effectuées pour trouver un tiers ou de la réticence du tiers présent.

⁹⁶ Ce dernier pourrait être une personne physique ou morale. Les modalités de choix des personnalités habilitées ou des personnes morales pourraient s'inspirer des dispositions prévues par l'article 499 du code civil (gérant de tutelle) ou par celles de l'article 706-51 du code de procédure pénale (administrateur ad hoc).

⁹⁷ l'intervention du procureur de la République simplifiera et accélérera la procédure de désignation du curateur à la personne. Actuellement celui-ci, conformément à l'article L 3211-9 du code de la santé publique, est désigné par le tribunal, statuant en chambre du conseil. Il s'agit d'une procédure relativement lourde et dont la mission a constaté qu'elle était sous-utilisée.

prescriptions de la Recommandation R 2004-10 du 22 septembre 2004 du Conseil de l'Europe.

La désignation d'un curateur à la personne, pourrait également servir à résoudre les conflits pouvant opposer les proches d'un malade quant à la décision à prendre non seulement pour sa sortie⁹⁸ mais aussi pour son hospitalisation.

Cette procédure est transposable à la réforme qui consisterait à passer de la demande d'hospitalisation sous contrainte à la demande d'une obligation de soins comme le recommande la mission au paragraphe 3.3.1.

3.3.5 La gestion de la crise et l'organisation des prises en charges hospitalières. (intervention à domicile, transport, accueil aux urgences)

3.3.5.1 Des différences de pratique dans la gestion de la crise peuvent s'accepter, à condition d'en évaluer les effets.

Quelques équipes de secteur s'organisent pour intervenir au domicile des patients. Mais comme le fait observer la haute autorité de santé dans sa recommandation d'avril 2005, « il existe peu de données sur les équipes mobiles d'intervention. Celle implantée à l'hôpital Charcot de Plaisir dans les Yvelines intervient à la demande des familles et des médecins généralistes. L'intervention précoce, l'évaluation du support familial et social semblent apporter un bénéfice.⁹⁹ » D'autres considèrent que les interventions psychiatriques en urgence ne sont pas souhaitables. Il conviendrait d'évaluer les résultats de ces approches différentes de la gestion de la crise.

3.3.5.2 L'organisation du transport du malade devrait faire l'objet dans tous les départements d'un protocole départemental réglant les principes et les modalités de l'intervention.

Ce protocole départemental devrait impliquer les différents services concernés par la gestion de la crise (Préfet-DDASS, professionnels libéraux, secteurs de psychiatrie, SAMU-SMUR, ambulanciers privés, services de police, pompiers).. Il devra préciser également les conditions selon lesquelles les services de police ou de gendarmerie pourraient sécuriser le transport

La mission considère d'ailleurs qu'un protocole national type éviterait une trop grande hétérogénéité dans les solutions adoptées par les départements. Ceci permettrait ainsi de confier systématiquement au SAMU-centre15 la régulation des interventions sanitaires nécessaires au traitement de la crise¹⁰⁰.

⁹⁸ L'intervention du curateur à la personne est déjà prévue à l'article L 3212-9 pour la levée de l'hospitalisation

⁹⁹ la mission porte une appréciation comparable sur l'expérience ERIC (équipe rapide d'intervention de crise) qu'elle a rencontré au cours de l'un de ses déplacements.

¹⁰⁰ La haute autorité de santé préconise également dans sa recommandation d'avril 2005 « que la régulation du transport se fasse à partir du centre 15 ».

3.3.5.3 *L'accueil du malade aux urgences.*

- Une redéfinition des principes d'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques mériterait d'être faite par l'administration centrale. En tout état de cause, il paraît indispensable que les dispositifs mis en œuvre par les CH psychiatriques aient une organisation et un fonctionnement étroitement liés au service des urgences du CH général.
- Les locaux des services d'urgence devraient être adaptés à l'accueil des patients présentant des troubles mentaux (lieux d'examen permettant la confidentialité de l'entretien, espace aménagé pour organiser une courte période d'attente ou d'observation...)

3.3.5.4 *La prise en charge en milieu hospitalier*

Devraient être favorisées des organisations intersectorielles accueillant en hospitalisation des malades hospitalisés sans leur consentement. Ces unités d'hospitalisation communes à deux ou trois secteurs permettraient :

- de concevoir des locaux de taille suffisante assurant de bonnes conditions de sécurité et de confort pour les malades,
- de ne pas être contraint d'hospitaliser dans des unités fermées des malades en hospitalisation libre.

De telles organisations intersectorielles, de taille modeste, devront être articulées avec le fonctionnement des secteurs psychiatriques concernés, afin que soit assurée la continuité du projet de soins du malade une fois terminé son séjour hospitalier.

3.4 **Renforcer les droits et libertés**

3.4.1 *La détermination de l'instance compétente au sens de la Recommandation R (2004) 10 du 22 septembre 2004*

Pas plus que la Recommandation R 83-2, du 22 février 1983, du conseil de l'Europe, la Recommandation R 2004-2 du 22 septembre 2004 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux n'impose que la décision de soumettre une personne à un placement et/ou à un traitement involontaire soit nécessairement prononcée par l'autorité judiciaire.

L'article 20 prescrit en effet que cette décision soit prise « par un tribunal ou une autre instance compétente ». Le « rapport explicatif » de la Recommandation précise ensuite les caractéristiques que doit revêtir « l'instance compétente » : celle-ci repose sur « un principe sous-jacent qui veut qu'une décision indépendante soit prise par une partie indépendante de la personne ou de l'instance proposant la mesure ». Cette séparation nécessaire entre les fonctions de proposition et de décision constitue effectivement, pour le patient, une garantie essentielle contre un éventuel internement arbitraire, puisqu'il écarte tout risque de collusion entre celui qui propose et celui qui décide.

En matière d'HDT, les exigences de la Recommandation sont satisfaites, dès lors que le dispositif prévoit que la décision ne peut intervenir que sur proposition du tiers. Lorsque ce dernier est absent ou lorsqu'il hésite à s'engager dans la procédure, le mécanisme de nomination d'un curateur à la personne préconisé par la mission (cf. 3.3.4) lui a semblé être en cohérence avec la Recommandation, dans la mesure où il permettrait de faciliter l'accès aux soins dans une situation de crise et d'urgence, tout en garantissant, dans un délai très court après la décision de placement, l'exercice effectif des droits et libertés de la personne.

Dans le domaine de l'HO, le préfet est investi de la mission de prendre les mesures urgentes qui s'imposent pour assurer la sauvegarde de la sûreté des personnes. Lorsque l'auteur de la proposition de placement est le maire, les prescriptions de l'article 20 de la Recommandation sont respectées. Mais tel n'est pas le cas lorsqu'il s'agit du directeur des affaires sanitaires et sociales¹⁰¹, puisque celui-ci relève de l'autorité du préfet et n'est donc pas « indépendant » par rapport à ce dernier. Dans cette situation, l'application stricte du principe dégagé par la Recommandation imposerait, là aussi, de prévoir la nomination, dans les conditions qui ont été définies plus haut (cf. 3.3.4), d'un curateur à la personne, dont la mission serait de garantir l'effectivité des droits et libertés du patient.

3.4.2 Protocoliser la décision de contraindre

La loi du 27 juin 1990 ne prévoit pas que la personne concernée par une mesure de contrainte soit entendue ou consultée par l'autorité habilitée à prendre la décision. En matière d'HDT, il est simplement prévu que le directeur de l'établissement doive « s'assurer de l'identité » du malade et du tiers ce qui paraît impliquer en toute logique un contact personnel mais limité à cette vérification. L'admission n'est pas nécessairement formalisée par un document écrit mais résulte de l'inscription du patient sur le registre des entrées. En matière d'HO, la décision est formalisée par un arrêté motivé. Cet acte doit être notifié au malade mais les pratiques sont divergentes. Au demeurant, cette notification intervient nécessairement à posteriori.

En définitive, c'est souvent l'exécution de la mesure qui en révèle l'existence. Cette situation est peu compatible avec la volonté de promouvoir les droits et libertés du patient. Elle est au surplus de nature à banaliser une décision lourde de conséquences. Cette imprécision de la loi est même en contradiction avec la Recommandation R 2004-10 du 22 septembre 2004 du conseil de l'Europe selon laquelle l'autorité compétente devrait « prendre en considération l'avis de la personne concernée et devrait prendre sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée » (article 20).

La mission préconise donc d'encadrer la procédure en rendant obligatoire un entretien préalable entre l'autorité compétente pour prendre la décision (ou son représentant) et la personne susceptible d'être soignée sous contrainte. Cet entretien, organisé avec le concours de l'équipe médicale, permettrait à cette autorité d'acquiescer « une vision indépendante de la situation », selon la formule retenue par la Recommandation susvisée.

A l'issue et si un recours aux soins contraints était effectivement décidé, le patient recevrait notification de la décision et se verrait informé, oralement et par écrit, des modalités de

¹⁰¹ Idem à Paris lorsque la décision d'HO est prise par le préfet de police, sur proposition du commissaire de police)

recours. Comme le préconise l'article L 3211-3 du code de la santé publique, il recevrait également dès cet instant une information sur sa situation juridique et l'étendue de ses droits. Il ne pourra pas être dérogé à l'organisation de ce contact personnel même si des raisons liées à l'état de santé et à la pathologie pourraient conduire à différer la procédure de notification et d'information.

Les personnes concernées devraient ensuite être informées de manière régulière et appropriées des critères retenus pour la prolongation de la mesure.

3.4.3 Rendre plus effectif le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'article 5-4 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose « que toute personne privée de sa liberté a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention ».

L'article L 3211-12 du code de la santé publique permet effectivement de saisir « à quelque époque que ce soit » le juge des libertés et de la détention qui statue en la forme des référés ce qui implique un examen rapide de la demande.

Force est toutefois de constater qu'aucun délai n'est imposé au magistrat pour prononcer sa décision. La durée de l'expertise qui est souvent ordonnée à titre de vérification préalable n'est pas plus encadrée par les textes. Pourtant, lorsqu'il est saisi en matière de détention provisoire initiale ou de rétention des étrangers en situation irrégulière, le JLD doit statuer immédiatement. Il doit répondre dans « trois jours ouvrables » aux demandes de mise en liberté transmises par le juge d'instruction¹⁰².

Cette état de fait est de nature à dissuader les intéressés ou leur proches à former un recours en raison des incertitudes tenant à la date de la décision. Dans un domaine qui touche à la liberté individuelle, il serait pourtant indispensable que le malade qui s'oppose à une mesure d'isolement, d'enfermement et de contrainte soit assuré de voir sa demande examinée et jugée dans un délai maximum connu d'avance. De la même façon, nombre des interlocuteurs de la mission, qu'ils soient médecins ou directeurs d'hôpitaux, ont considéré qu'il était primordial, pour sécuriser leur action et pour consolider (ou non) des décisions lourdes de sens et de conséquences, que non seulement les patients soient effectivement mis en mesure de les contester mais aussi que les contestations présentées soient tranchées dans les délais les plus courts possibles.

La mission propose donc qu'un délai soit fixé au magistrat pour rendre sa décision. Pour tenir compte des particularités de la situation et de la nécessité d'organiser un débat contradictoire, ce délai pourrait être de dix jours à compter de la réception de la requête au greffe du JLD. Il conviendrait par ailleurs que l'expertise éventuelle soit également enserrée dans un délai impératif.

Le JLD sera également compétent lorsque les soins contraints s'exerceront sous le mode ambulatoire mais le délai pour effectuer l'expertise devrait dans ce cas être plus long que celui accordé lorsque le malade est effectivement hospitalisé.

¹⁰² Article 148 du code de procédure pénale : la demande formée par le détenu est adressée au juge d'instruction. Ce dernier doit la communiquer immédiatement au procureur de la République. S'il ne fait pas droit à la demande, le juge doit dans les cinq jours suivant la communication transmettre la demande au JLD

La mission considère par ailleurs que l'intervention du JLD au lieu et place du président du tribunal de grande instance doit s'accompagner d'une adaptation des règles de procédure applicables qu'il s'agisse des modalités de la saisine, des possibilités d'assistance et de représentation, de la qualification de la décision et de la nature des voies de recours. Cette modification pourrait à cet égard s'inspirer du décret du 17 novembre 2004 qui a organisé la procédure devant le JLD en matière de rétention administrative des étrangers en situation administrative.

La mission estime enfin que la procédure aux fins de « sortie immédiate », qui n'est pas visée actuellement au tableau prévu à l'article 90 du décret du 19 décembre 1991, doit automatiquement ouvrir droit au bénéfice de l'aide juridictionnelle.

3.4.4 Conférer à la CDHP un statut renforcé lui permettant d'assurer en toute indépendance sa mission de contrôle

Pour le M. le Sénateur Dreyfus-Schmidt, défenseur lors des travaux parlementaires de 1990 d'un projet de judiciarisation des placements sous contrainte, la création des CDHP a été la disposition la plus novatrice de la loi du 27 juin 1990.

Ces commissions font désormais partie du paysage administratif et juridique. Aux dires de certains de leurs membres, entendus par la mission, elles sont perçues « comme une garantie de la protection des personnes ». Pour le Dr Nicole Horatius, elles jouent aussi de plus en plus souvent « un rôle de médiation entre les malades, leur famille et l'appareil public de soins psychiatriques »¹⁰³.

Elles présentent toutefois des faiblesses qui touchent à leur indépendance, à l'inadaptation de leurs moyens matériels et aussi à l'insuffisante disponibilité des magistrats et des psychiatres qui en font partie. Ces commissions souffrent en outre d'un isolement institutionnel qui les a d'ailleurs conduit à se réunir en 1999 au sein d'une association dénommée CHDP France. Au-delà du renforcement des moyens, leur rôle et leurs compétences doivent être revus et précisés avec le double objectif d'améliorer l'effectivité des contrôles actuellement prévus par la loi mais aussi d'étendre leurs missions à l'ensemble des situations portant atteinte à la liberté individuelle des malades (placement en chambre d'isolement, usage de la contention, placement en service fermé pour les personnes en hospitalisation libre, liberté d'aller et venir dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux).

La mission préconise à cette fin :

- de favoriser un meilleur ancrage judiciaire de la CDHP en prévoyant que le magistrat du siège désigné par le premier président de la cour d'appel pour prendre part aux travaux devra avoir le grade de président ou de vice président du tribunal de grande instance et qu'il sera de droit président de cette commission ;
- de modifier la composition en limitant la représentation médicale à un psychiatre et un généraliste et en prévoyant la nomination d'un avocat désigné par le bâtonnier de l'ordre des avocats ;
- de prévoir la désignation de membres suppléants ;

¹⁰³ Article Ethique, droits des malades . Site Internet de l'hôpital de Montperrin .Aix en Provence

- de modifier la compétence territoriale des CDHP qui ne serait plus le département mais le ressort de chaque tribunal de grande instance. Actuellement, le juge des libertés et de la détention compétent pour connaître des recours juridictionnels et les autorités judiciaires chargés de visiter les établissements siègent au niveau des tribunaux de grande instance alors que le membre magistrat de la CDHP appartient au tribunal du chef lieu. L'augmentation du nombre des commissions résultant de cette réforme leur permettrait de mieux exercer leurs attributions actuelles mais également de faire face à de nouvelles charges. Elle serait également de nature à faciliter les échanges avec le monde judiciaire et d'améliorer l'implication des magistrats.
- d'assurer l'autonomie fonctionnelle de la structure et sa permanence en dotant chaque commission d'un secrétariat propre.
- de prévoir dans chaque établissement recevant des malades mentaux la désignation d'un délégué de la commission chargé notamment de préparer les visites et les entretiens, d'en assurer le suivi et de servir de lien permanent entre les malades, leur famille et le secrétariat de la commission ;
- d'organiser les relations entre la CDHP et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge instaurée dans chaque établissement¹⁰⁴ par la loi du 4 mars 2002 ;
- d'adresser le rapport annuel d'activité non seulement aux autorités administratives et au procureur de la République mais également au juge des libertés et de la détention et à l'ensemble des autres personnalités qui pourraient rester chargées de visiter les établissements ;
- d'affirmer la compétence de la commission pour connaître de toutes les situations portant atteintes à la liberté individuelle ;
- d'affirmer la compétence de la commission pour connaître de la situation individuelle des personnes bénéficiant d'un traitement sous forme de soins contraints ;
- de prévoir dans cette hypothèse et indépendamment du réexamen régulier de la situation de chaque patient hospitalisé ou non que le médecin devra dans entre le dixième et le douzième mois du début de la mise en œuvre des soins ambulatoires adresser un rapport à la commission expliquant les raisons de la poursuite du traitement sous le mode de la contrainte ;

La mission recommande également la création au plan national d'une structure d'appui et d'échange chargée notamment de conseiller les commissions, d'organiser la formation des membres et la diffusion de l'information, d'établir un guide des bonnes pratiques et un annuaire national, à la place de CDHP-France, mais sous une forme juridique renouvelée. Cette structure nationale pourrait enfin conduire l'élaboration d'un guide sur le statut juridique du patient hospitalisé ou soigné sous contrainte qui sera remis à ce dernier et à ses proches à l'issue de la décision d'admission.

3.4.5 Maintenir le principe de la visite des établissements et en renforcer le contenu

Pour expliquer que les visites des établissements recevant des malades mentaux n'étaient pas organisées ou l'étaient de façon très irrégulière, certains des interlocuteurs de la mission ont indiqué que ces visites ne présentaient aucune utilité réelle.

Cette opinion n'est pas partagée par les deux inspections. Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) souligne au contraire dans l'extrait du rapport général de 2002

¹⁰⁴ article L. 1112-3 du code de la santé publique

consacré « au placement non volontaire en établissement psychiatrique », que le maintien « de contacts avec le monde extérieur est essentiel, non seulement pour la prévention des mauvais traitements mais aussi du point de vue thérapeutique » et qu'une procédure efficace de contrôle des conditions de vie et d'examen des réclamations constitue « une garantie fondamentale dans tout lieu de privation de liberté ». Cet organisme, dépendant du Conseil de l'Europe, accorde ainsi « une importance considérable aux visites régulières d'établissements psychiatriques par un organe indépendant ».

Le principe de ces visites doit donc être conservé. Il apparaît toutefois que le dispositif actuel est trop complexe. Cinq personnalités différentes ont en effet compétence pour visiter les établissements, recevoir les patients et examiner leurs plaintes. S'y ajoute le rôle dévolu à la CDHP. Si les périodicités prévues par la loi étaient respectées, chaque établissement serait visité et contrôlé quatorze fois par an dont douze de manière inopinée, ce qui est irréaliste. Au demeurant, ce système, qui n'est pas lisible pour les patients, aboutit à une dispersion des informations et aussi à une dilution des responsabilités.

Il paraît donc nécessaire de simplifier le dispositif en renforçant le contenu pour le rendre plus efficace.

Sur le premier point, la mission estime souhaitable de réduire le nombre des personnalités chargées de se rendre dans les établissements spécialisés. L'intervention effective et coordonnée de ces deux hautes autorités que sont le préfet et le procureur de la République devraient en effet suffire à un contrôle approprié des conditions de séjour et de traitement des malades concernés. La périodicité actuelle pourrait être conservée. Il apparaît cependant indispensable que certaines de ces visites, comme la loi actuelle le préconise, soit réalisée dans l'établissement de façon inopinée ; cette méthode n'interdisant aucunement de s'entretenir en privé avec les patients rencontrés et de délivrer une information individuelle.

La mission considère d'autre part que ces visites devraient faire l'objet d'un compte rendu adressé à la CDHP. Cette obligation serait de nature à améliorer le suivi des réclamations et permettrait en outre à cette commission d'adapter son propre contrôle aux observations ou propositions formulées par ces autorités.

3.5 Mieux prendre en compte les impératifs de sécurité.

3.5.1 Définir la conduite à tenir en cas de non respect d'une obligation de soins, ou de transport d'un malade non consentant aux soins.

Il y a une contradiction à pouvoir, d'un côté, prononcer une obligation de soins, et, d'un autre côté, à ne pas se doter des moyens de contraindre. Pour échapper à cette contradiction, il conviendrait d'obtenir un changement d'attitude des équipes médicales et des services de police, de définir des protocoles d'intervention, d'adopter des dispositions réglementaires qui actuellement font défaut.

- Une nouvelle attitude pour les équipes médicales et les services de police.

Dès lors qu'il s'agit de faire face à une situation comportant des risques pour la sûreté des personnes, la coopération entre les équipes médicales et les services de police doit pouvoir

être la plus efficace possible, dans le respect mutuel des missions et des règles déontologiques propres à chacun. Les équipes de secteur devraient s'organiser de manière à rechercher le contact avec un malade en fugue ou nécessitant des soins, afin de l'inciter à reprendre des soins ou à les engager, plutôt que d'attendre un hypothétique retour volontaire à l'hôpital. Pour cela, il conviendrait de développer les possibilités de visites à domicile. Les services de police devraient pouvoir se mobiliser pour sécuriser, le cas échéant, les interventions des équipes de secteur auprès d'un malade faisant l'objet d'une obligation de soins.

➤ La définition de protocoles d'intervention.

La conduite à tenir en cas de non respect par un malade d'une obligation de soins devrait être définie dans le cadre d'un protocole d'intervention établi d'un commun accord entre les équipes de secteur et les services de police. Ce protocole pourrait préciser :

- la nature et les conditions des interventions du secteur psychiatrique, le secteur devant mettre en œuvre toutes les solutions à sa disposition pour rechercher le patient en rupture de soin, renouer le contact avec ce patient et le ramener à l'hôpital.
- les formes de signalement et d'alerte adressés aux services de police,
- les circonstances dans lesquelles un concours des services de police serait nécessaire, et les moyens de l'obtenir.

3.5.2 *Compter sur les effets d'une politique de santé mentale, déclinée dans toutes ses dimensions, pour assurer davantage la sûreté des personnes.*

Développer la prévention, faciliter l'accès aux soins, améliorer la qualité des soins, favoriser la réinsertion des malades mentaux, comptent plus que les seules mesures de sûreté pour réduire les situations où un malade met en danger les personnes en raison de ses troubles mentaux.

Le développement de la prévention permet de détecter les situations à risque, et d'intervenir à un stade précoce de la crise, à un moment où le danger pour les personnes est moindre.

Les dispositions à prendre pour soutenir et accompagner les familles, faciliter la recherche d'un tiers, doivent limiter les difficultés d'accès aux soins, et ainsi ne pas retarder les prises en charge nécessaires.

Une meilleure gestion de la crise, à travers les intervention à domicile des équipes de secteur, une bonne organisation des transports, un accueil adapté dans les services d'urgence, crée des conditions de prise en charge des malades capables de réduire les risques menaçant la sûreté des personnes.

Une prise en charge hospitalière respectueuse de la dignité des personnes, réduisant la contention au strict nécessaire, facilitera l'instauration d'une relation de confiance plus propice à atténuer la dangerosité des personnes malades.

La qualité du suivi après une hospitalisation, les efforts faits pour la réinsertion sociale des malades, sont de puissants facteurs de stabilité limitant les risques de rechute entraînant des comportements susceptibles de compromettre la sûreté des personnes.

La pertinence et la cohérence d'ensemble de la politique de santé mentale établissent un contexte favorable à la sûreté des personnes.

*
* *

La maladie mentale et ses caractéristiques n'expliquent pas à elles seules l'installation d'une situation où il n'est pas possible d'obtenir le consentement de la personne à des soins nécessaires. Tout ce qui va influencer sur la relation nouée avec le malade est susceptible de faciliter ou de rendre plus difficile le consentement aux soins. Si l'on considère qu'il est préférable de se retrouver le moins souvent possible dans des situations où le malade refuse les soins nécessaires, il convient de veiller à ce que l'ensemble des politiques sociales et sanitaires capables d'avoir des effets sur la relation nouée avec le malade soit conçu de manière à porter cette préoccupation. C'est alors au regard de la place prise par l'obligation de soins dans la prise en charge des malades mentaux que peuvent être évaluées les stratégies sociales et sanitaires conduites en faveur de la santé mentale.

Les conditions de prise en charge offertes à des malades refusant les soins, par ailleurs, parce qu'elles traitent des pathologies les plus sévères, et parce qu'elles ont des conséquences sur la sûreté des personnes, méritent d'être retenues en fonction de leur plus grande efficacité. Elles doivent donc faire l'objet d'évaluation.

Œuvrer à la cohérence et à la pertinence d'une politique sanitaire et sociale portée par différentes institutions et acteurs professionnels, promouvoir une politique de soins adaptée aux besoins des personnes faisant l'objet d'une obligation de soins, veiller, au total, à la bonne complémentarité de tous ces efforts visant à limiter les situations de contrainte au strict nécessaire dans la plus grande sûreté possible pour les personnes et sous le contrôle du juge, exige, dans la configuration actuelle des répartitions de compétence au niveau local, que plusieurs autorités soient associées : le préfet, l'ARH, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale. Les orientations générales retenues dans ce cadre, ainsi que la situation des personnes en obligation de soins et les modalités de leur prise en charge, devraient faire l'objet d'un examen périodique par la commission régionale de concertation de santé mentale, créée par le décret du 6 mai 2005 pris en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁰⁵, sur la base d'un rapport réalisé par les autorités sanitaires et des informations pouvant être transmises par la CDHP. Mais, définir les conditions selon lesquelles pourrait se concevoir un tel pilotage politique n'entraîne pas dans le cadre de cette mission.

¹⁰⁵ cette commission remplace le comité départemental de santé mentale supprimé par la même ordonnance.

Deux types de préconisations peuvent toutefois être faits pour aider à la définition d'une politique ayant des effets sur les patients admis sous contrainte :

- l'observation, la connaissance des malades concernés et des prises en charge qui leur sont proposées doivent être développées. Nous disposons en effet, aujourd'hui, de peu de données sur ces sujets¹⁰⁶. A cet égard, le PMSI pourrait être utilement exploité ;
- une politique de recherche ambitieuse doit être encouragée. Le développement de programmes de recherche évaluative permettrait d'harmoniser des pratiques aujourd'hui par trop hétérogènes.

Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Docteur Alain LOPEZ

Martine VALDES-BOULOUQUE

Membres de l'Inspection générale des services judiciaires

Fabrice CASTOLDI

¹⁰⁶ la mission souligne l'intérêt de la recommandation de la haute autorité de santé d'avril 2005 portant « sur les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux ».

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2** Résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de la mission
- Annexe 3** Liste des sigles utilisés

Annexe 1 - Personnes rencontrées

Représentants du ministère de la santé.

- Dr BASSET, Sous directeur Santé et Société à la DGS.
- Mme BONNAFOUS, bureau O2 de la sous direction de l'organisation des systèmes de soins à la DHOS.
- Mme CASES, Sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie à la DREES.
- Mme CHALEIX, Chef de bureau Etablissements de santé à la DREES.
- M. CHASTANET, Bureau de la Santé mentale à la DGS.
- Mme DARTIGUENAVE Adjointe au chef du bureau de la santé mentale à la DGS.
- Dr GENTILE, chef du bureau O2 à la DHOS.
- Mme HEYRAUD, chargée de mission au Bureau O2 à la DHOS.
- Mme MACHU Bureau de la santé mentale à la DGS.
- Mme MARESCAUX, chargée de mission au bureau F1 à la DHOS.
- Mme REVEL, Sous directrice de l'organisation du système de soins à la DHOS
- Pr ROUILLON Conseiller scientifique auprès du DGS
- Dr SALINES, chargée de mission auprès du sous directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie à la DREES

Représentants du ministère de la justice.

- Mme TEILLER, sous directrice du droit civil
- M. de MONTGOLFIER, chef du bureau du droit des personnes et de la famille
- Mme Le COTTY, magistrat, rédactrice au bureau du droit des personnes et de la famille

Représentants des instances représentatives du secteur santé.

- Dr ALBY, vice présidente de MG France.
- Dr BOCHER, Psychiatre, Présidente du SNPH.
- M. BRIFFA, directeur du CH de Cadillac (représentant de l'ADESM).
- M. CASTRA, Directeur du Secteur Sanitaire de la FEHAP
- M. CAUSSE, Directeur adjoint auprès du directeur général de la FHF.
- M. DUPUIS, Claude, Directeur Général de la FEHAP
- M. EVIN, ancien ministre, Président de la FHF.
- Dr GOZLAN, secrétaire général de l'association CDHP France.
- Dr HALIMI, Président de la conférence des présidents de CME de CHS.
- Dr JURIN, 1^o vice président de l'Union des Médecins Spécialistes (CSMF)
- M. LUBEIGT, directeur du CH d'Etampes (représentant de l'ADESM).
- M. MANTION, conseiller technique. Cabinet du ministre de la santé
- Mme MOUNEYRAT, secrétaire générale du Comité Consultatif National d'Ethique
- M. PAILLET, directeur CH de Fleury les Aubrais.
- M. RAYNAL, président de l'ADESM, directeur CH de Rennes
- M. RODRIGUEZ, délégué Régional Languedoc-Roussillon de la FEHAP
- Pr SICARD, président du Comité Consultatif National d'Ethique.

Représentants des usagers.

- M. CANNEVA, président de l'UNAFAM.
- Dr COSSE, président de l'association Contact Schizo.
- Mme FINKELSTEIN, présidente de la FNAPSY.
- Mme LETROUIT, coordinatrice de l'association Contact Schizo.

Personnalités du secteur santé. Experts.

- M. BAUDURET, conseiller à la CNSA.
- Mme BOURRACHOT, ATIH
- Pr FAGOT-LARGEAULT, membre du collège de France.
- Dr KOVESS, présidente du Groupement Français d'Epidémiologie Psychiatrique.
- Pr LEJOYEUX, psychiatre, chef de service à l'hôpital Bichat.
- Dr MASSE, psychiatre chef de service au CH Ste ANNE. Responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale.
- M. PASCAL, psychiatre chef de service au CH d'Antony.
- Dr ROELANDT, psychiatre chef de service, responsable du CCOMS en France.
- Pr TERRA, psychiatre chef de service à l'Hôpital du Vinatier 69 Bron

Personnalités du secteur justice. Experts.

- M. LOUVEL, Premier Président de la cour d'appel de Limoges.
- M. PUTZ, Vice Président du Tribunal de grande instance de PARIS. Juge des libertés et de la détention
- M. BOTTINE , secrétaire général de la MIVILUDES

Département de l'Eure.***Professionnels de santé et directions des établissements hospitaliers :***

- Dr ABEKHZER, P.H. chef de service, Président de la CME du CHS d'Evreux.
- Mme BONNARD, Cadre de santé CHS d'Evreux.
- Mme BONNIN, Infirmière CHS d'Evreux.
- M. BRUBAN, Infirmier CHS d'Evreux.
- M. DUMONT, Cadre supérieur de santé CHS d'Evreux.
- Mme GRUET, cadre de santé au CHS d'Evreux.
- Dr HATEM, P.H. CHS d'Evreux.
- Dr LEBRUN, Chef de service des Urgences du C.H. d'Evreux.
- M. INABNIT, Directeur du CHS d'Evreux.
- Mme LEVAN-MONS, Directrice Adjointe chargée des affaires juridiques, C.H. d'Evreux.
- M. MEUNIER, Directeur Adjoint du CHS d'Evreux.
- Dr MORVAN, P.H. chef de service, CHS d'Evreux.
- Mme MOUSSIER, Infirmière CHS d'Evreux.

DDASS :

- Mme TAILLANDIER directrice de la DDASS de l'Eure
- Dr CHASTAN médecin inspecteur de la santé DDASS de l'Eure.

CDHP :

- Dr CHAMPONNOIS, PH Pédo-Psychiatre, chef de service.
- M. FILLODEAU, représentant de l'UNAFAM.
- Dr PINEAU, généraliste en retraite
- M. ROBLOT, représentant de l'association des Papillons Blancs.

Justice :

- Mme ARENS, présidente du tribunal de grande instance d'Evreux, présidente de la CDHP
- M. BERKANI, procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Evreux
- M.GARNIER, vice-président du tribunal de grande instance d'Evreux, juge des libertés et de la détention
- Mme MENARD, vice-présidente chargée du service du tribunal d'instance d'Evreux , juge des tutelles

Préfecture :

- M. LAISNE, préfet de l'Eure
- M. GUYON, Secrétaire Général de la Préfecture de l'Eure.

Mairie :

- Dr LEFRAND, Adjoint au Maire d'Evreux.

Département des Bouches du Rhône.

Professionnels de santé et directions des établissements hospitaliers :

- Dr BALDO PH au CH MONTPERRIN, responsable du CAP 48 du CH d'Aix en Provence.
- Dr DEFER, Psychiatre chef de service au CH de Montperrin.
- Mme GENOYER directrice adjointe du CH d'Aix en Provence.
- Dr JEAN chef des Urgences de l'Hôpital Nord de Marseille.
- Dr KIEGEL chef du service des Urgences du CH d'Aix en Provence.
- Mme MARC cadre supérieur de santé, C.H. Montperrin.
- Pr NAUDIN, chef de service, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.
- Mme NICOLAS cadre supérieur de santé au CH d'Aix en Provence.
- M. OUALID directeur adjoint à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.
- Dr SAMUELIAN, chef de service, Assistance Publique des hôpitaux de Marseille.
- M. STINGRE, directeur adjoint, Assistance Publique des hôpitaux de Marseille.
- Mme TALIANA cadre de santé au CH d'Aix en Provence
- M. VIDAL Directeur adjoint au CH de Montperrin

DDASS :

- Mme RIFFARD-VOILQUE, Directrice de la DDASS 13.
- M. GREGOIRE, Directeur Adjoint de la DDASS 13.
- Dr BENSADOUN, médecin inspecteur de la santé DDASS13.
- Mme CRIDEL, Secrétaire administrative, DDASS 13.
- Mme AGUILAR, Secrétaire administrative, DDASS 13.

CDHP :

- Dr GLEZER, PH, psychiatre au SMPR de la prison des Baumettes.
- M. MULOT, Psychiatre libéral à Marseille, président de la CDHP.
- Mme MEYER, représentante de l'UNAFAM.

Justice :

- Mme ENTIOPE, présidente du tribunal de grande instance de Marseille, Juge des libertés et de la détention
- M. BAUME, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Marseille
- Mme ELLUL-CURETTI, juge au tribunal de grande instance de Marseille, membre de la CDHP
- Mme LECOQ, juge au tribunal d'instance de Marseille, juge des tutelles
- Mme ALEXANDRE, vice-procureur

Mairie:

- Dr GAUNET-ESCARRAS, Adjointe au Maire de Marseille, déléguée à la santé.
- M. de SOLERE, Directeur territorial chargé de l'administration de la Direction Santé-Environnement de la ville de Marseille.

Département de l'Indre et Loire.

Professionnels de santé et directions des établissements hospitaliers :

- Dr BOUYSSY, Psychiatre, médecin légiste aux Urgences du CHU de Tours
- Pr CAMUS, PU-PH au CHU de Tours.
- Dr CANO, Psychiatre aux Urgences du CHU de Tours et à la maison d'arrêt.
- M. CHARON, Directeur des Soins CHU de Tours.
- Dr DEMOUSSY, Praticien Hospitalier au SAMU
- Dr DRYLEWICZ, Psychiatre CHU de Tours.
- Dr DUBOIS-CARMAGNAT, Psychiatre aux urgences CHU de Tours.
- Dr HENIN, Psychiatre CHU de Tours, membre de la CDHP.
- Dr JONAS, Psychiatre CHU de Tours, chef de service.
- Dr LANOTTE chef du service des urgences du CHU de Tours.
- Dr PHU, SOS médecins
- Dr PIGNOTTI, SOS médecins
- Dr SIBAUT, SOS médecins
- Mme TRUEBA Dolorès, Directrice adjointe du CHU de Tours.

DDASS :

- M. RASOLOSON, Directeur adjoint de la DDASS d'Indre et Loire
- Mme COLIN, Inspectrice principale, DDASS Indre et Loire.
- Dr DAGOURY, Médecin inspecteur de la santé, DDASS Indre et Loire.
- Mme DUBOIS, IASS, DASS Indre et Loire.

CDHP :

- Dr VILLARD, psychiatre libéral
- Mme DUFOURD, représentante de l'UNAFAM

Justice :

- M. BROCARD, président du tribunal de grande instance de Tours
- M. CAILLIAU, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Tours
- Mme BAUR, substitue générale près la cour d'appel d'Orléans
- M. LALLEMAND, vice-président , juge des libertés et de la détention
- Mme LECAPLAIN-MOREL, vice-présidente, membre de la CDHP
- Mme GOIX, vice-présidente
- Mme Le ROUX, vice-présidente chargée du service du tribunal d'instance de Tours
- Mme BILHOU-NABERA, vice-procureur.

Préfecture:

- M. MOISSELIN, Préfet de l'Indre et Loire.
- M. CAZELLES, Directeur de cabinet du préfet de l'Indre et Loire.

Mairie :

- Mme CHEVET, adjoint au maire de Tours.
- M. MAUGERIE, Directeur des affaires juridiques et domaniales de la ville de Tours.

Département de la Somme

Professionnels de santé et directions des établissements hospitaliers :

- Dr BONRAISIN, SOS médecin, Amiens.
- M. BROUTIN, Directeur adjoint CH Philippe Pinel, Amiens.
- Dr CHAPEROT Christophe, Chef de secteur psychiatrique, CH d'Abbeville.
- M. DELAHAYE, Directeur CH Philippe Pinel, Amiens.
- Dr FOULON, SOS médecin, Amiens.
- Dr GLOUZMANN, Psychiatre hospitalier, CH Philippe Pinel, Amiens.
- Dr GRIGNON, chef du service des urgences du CHU d'Amiens.
- M. MACKE, Cadre infirmier, CH Philippe Pinel, Amiens.
- M. TEIXEIRA, Cadre de santé, CH d'Abbeville
- Dr TIXIER Chef de secteur psychiatrique, CH Philippe Pinel, Amiens
- Dr VIDAL, Psychiatre, Praticien Contractuel, CH d'Abbeville

DDASS :

- M. HERLICOVIEZ, Directeur DDASS de la Somme.
- M. VEJUX Thierry, Directeur adjoint, DDASS de la Somme
- Dr CACHERA, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS Somme.
- Mme DEHEDIN, secrétaire administrative, DDASS de la Somme.

CDHP :

- Dr BRASSEUR, Psychiatre Hospitalier au CH de Montdidier.
- M. CLAVIERES, Représentant UNAFAM, Amiens.
- Dr DEGAND, Psychiatre libéral, Amiens
- Dr TEOUL, Psychiatre libéral, Amiens. Membre sortant.
- M. VELCIN, Représentant UNAFAM, Amiens

Justice :

- M. BEAU, procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Amiens
- Mme TAPSOBA-CHATEAU, première vice présidente du tribunal de grande instance d'Amiens, présidente de la CDHP
- Mme SIX- BOONE, vice-présidente chargée du service du tribunal d'instance d'Amiens, juge des tutelles
- M. BILLON, vice-président chargé du service du tribunal d'instance d'Amiens
- Mme MORIAMEZ, vice procureur.

Préfecture:

- Mme PIERROT, Secrétaire Générale de la Préfecture de la Somme.

Maison d'arrêt de Fleury Merogis.

- M. KATZ, Directeur de la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis.
- M. PUAUD, Directeur adjoint.
- Dr BRAHMY, Psychiatre chef de service du SMPR de Fleury-Mérogis.
- Dr FIX, médecin responsable de l'UCSA.

Hôpital Charcot à Plaisir.

- Mme BEAUGE, Cadre de Santé au groupe ERIC, CHS.
- M. FORESTIER, cadre supérieur de santé au groupe ERIC.
- Dr MAURIAC, Psychiatre, responsable du groupe ERIC.
- Dr ROBIN, Psychiatre Chef de service au CHS Charcot.

Etablissement public départemental de santé de l'Aisne.

- Mme LAMBALLAIS, directrice
- Dr BIYAUD, président de la CME
- M. VAN MELLO, directeur des soins
- Mme REGNIER, responsable du service de gestion des patients
- Mme ALLIAS, attachée d'administration

- Dr GERAUD, médecin chef de service
- Dr SEIDEL, médecin chef de service
- Dr SPADA, chargée du CPAO
- Mme MARTIN, assistante sociale
- M. .DROP, cadre supérieur de santé
- M. SULFOURT, cadre de santé
- Mme DARDENNE, cadre de santé
- Mme UVA, cadre de santé
- M. CONTANT, infirmier

CHU Paul Brousse à Villejuif.

- Pr REYNAUD, Chef de service à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif
- Dr LAEMER, psychiatre
- Dr GOUYON, psychiatre ,chef du secteur d'Ivry
- Mme LEBAIL, cadre supérieur de santé

CPOA de l'Hôpital Sainte Anne à Paris.

- Dr GUEDJ, chef du service.
- M. Le Gall, cadre de santé

Annexe 2 - Résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de la mission.

La mission s'est déplacée dans 4 départements où elle a rencontré l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des dispositions de la loi concernant l'hospitalisation des malades sans leur consentement. Dans ces quatre départements (la Somme, les Bouches du Rhône, l'Indre et Loire, et l'Eure), ont été relevées des données sur quelques malades hospitalisés en 2004. Ont été retenus les premiers hospitalisés de l'année 2004.

Au total, ont été recueillies des données sur 125 malades : 69 malades en HDT et 56 en HO.

Le recours aux procédures d'urgence.

Pour les HDT, le recours à une procédure d'urgence a eu lieu dans 62% des cas. Les différences peuvent être grandes entre les départements. Ainsi, dans les Bouches du Rhône, ce pourcentage n'est que de 10%. Il est de 80% dans la Somme.

Pour les HO, le recours d'urgence a eu lieu aussi dans 62% des cas, avec des différences entre les départements : 20% dans l'Indre et Loire et 100% dans la Somme.

Le tiers demandeur de l'hospitalisation.

Le tiers demandeur de l'hospitalisation est un membre de la famille dans 63% des cas. Dans 5% des cas, c'est un cadre hospitalier qui a été le tiers demandeur de l'hospitalisation.

Les caractéristiques de sexe et d'âge.

55% des malades hospitalisés en HDT sont des hommes, et 84% pour les malades en HO. Les hommes hospitalisés sans leur consentement sont en moyenne moins âgés que les femmes, que ce soit en HDT ou en HO :

- En HDT, moyenne d'âge des hommes 40 ans, 43,5 ans pour les femmes.
- En HO, moyenne d'âge des hommes 42 ans, 43,7 ans pour les femmes.

Les conditions de vie.

- Les malades hospitalisés en HO vivent plus souvent seuls que les malades hospitalisés en HDT (60% pour les malades en HO et 29% pour les malades en HDT).
- Sont sans ressource, 11% des malades en HDT et 16,6% des malades en HO.
- Perçoivent une AAH, 36% des malades en HDT et 20% des malades en HO.
- Perçoivent le RMI, 12,5% des malades en HDT et 15% des malades en HO.

Les mesures de protection juridique.

- Les malades en HDT bénéficiant d'une mesure de protection juridique représentent un pourcentage de 33% (64% ont une tutelle, 27% ont une curatelle, 9% ont une sauvegarde de justice).
- Les malades en HO bénéficiant d'une mesure de protection juridique représentent un pourcentage de 23% (69% ont une tutelle, 31% ont une curatelle).

Les durées d'hospitalisation.

- Les malades en HDT ont eu, en moyenne, une durée de séjour de 54 jours sous cette mesure (sur 10 mois).
- Les malades en HO ont eu, en moyenne, une durée de séjour de 67 jours sous cette mesure (sur 10 mois).
- Environ le tiers des malades admis en HO ou en HDT (35% dans les deux cas) ont une durée de séjour inférieure à 15 jours sous cette mesure.

- Dans 4% des cas, aussi bien en HDT qu'en HO, la durée de la mesure a été de 1 jour. Dans 16% des cas pour les HDT, et dans 19% des cas pour les HO, cette durée a été inférieure à une semaine. Elle a été inférieure à 3 jours pour 8% des HDT et 9% des HO.

Le nombre des mesures d'HDT et d'HO, par malade, sur 10 mois.

- 15% des malades admis en HDT ont été hospitalisés sous ce statut plus d'une fois en 10 mois.
- La proportion est la même pour les malades hospitalisés en HO.

Les sorties d'Essai.

- 25% des malades admis en HDT ont bénéficiés d'une sortie d'Essai.
- Cette proportion est de 34% pour les malades admis en HO.
- La durée moyenne de la sortie d'Essai d' HDT a été de 75 jours sur 10 mois.
- Cette durée moyenne est presque identique pour les sorties d'Essai d'HO : 79 jours.
- La durée de la sortie d'Essai est inférieure à 15 jours dans 16% des cas pour les HDT, et dans 31% des cas pour les HO.

Les diagnostics.

- Un diagnostic de psychose est porté dans 57% des cas pour les HDT, et dans 60% des cas pour les HO.
- Le second diagnostic établi est celui d'état dépressif ou de PMD. 18% des cas pour les HDT et 16% des cas pour les HO.
- Dans 9% des cas pour les HDT, et dans 5% des cas pour les HO, les malades étaient sous l'emprise de l'alcool ou d'un toxique.
- 2 diagnostics de démence sont portés parmi les personnes en HDT, et 1 cas parmi les personnes en HO.

Annexe 3
Liste des sigles utilisés.

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.
CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques.
CH : centre hospitalier.
CME : Commission médicale d'établissement.
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
DGS : Direction générale de la santé.
DIM : Département d'information médicale.
FHF : Fédération hospitalière de France
FNAPSY : Fédération nationale des amis des malades psychiatriques
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers.
HO : Hospitalisation d'office.
IGA : Inspection générale de l'administration.
IGN : Inspection de la gendarmerie nationale.
IGPN : Inspection de la police nationale.
JLD : juge des libertés et de la détention.
MIVILUDES : mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires.
PH : praticien hospitalier.
PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information.
UNAFAM : Union nationale des amis et des familles des malades mentaux.