Questions d'économie de la Santé

n° 205 - janvier 2015

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf

De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011

Magali Coldefy, Tonya Tartour, en collaboration avec Clément Nestrigue (Irdes)

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013a). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre.

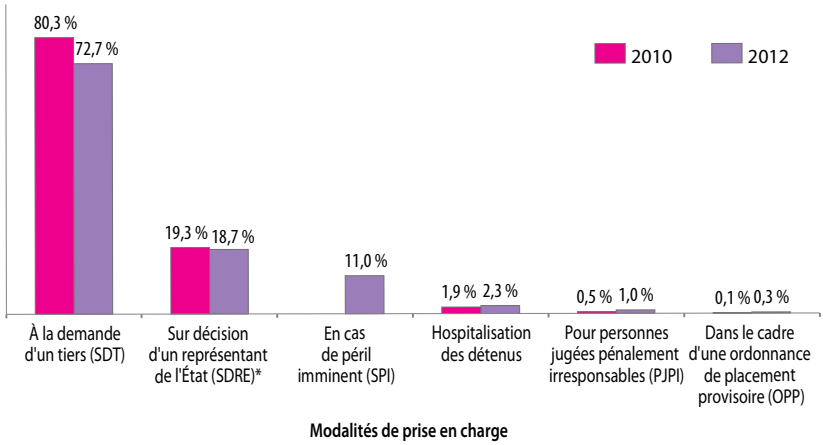
Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

La loi du 5 juillet 2011 qui légifère sur les soins psychiatriques sans consentement s'inscrit dans la suite des lois de 1838 et 1990 (encadré p. 6). La contrainte aux soins constitue une exception psychiatrique, le consentement aux soins étant une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de Santé publique). Dès lors que la conscience du trouble ou du besoin de soins peut être altérée, le recours aux soins sans consentement en psychiatrie est indiqué quand il y a un trouble psychiatrique sévère, un danger pour la personne ou pour autrui et un besoin de traitement (Riecher-Rössler et Rössler, 1993). Les soins sans consentement en psychiatrie sont utilisés dans le monde entier (Salize *et al.*, 2002, Zinkler et Priebe, 2002). La loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, adaptée en 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie en France dans trois directions majeures. L'hospitalisation à temps plein n'est plus la seule modalité de prise en charge sans consentement, qui peut aussi l'être en ambulatoire ou à temps partiel dans le cadre de programmes de soins*. De plus, la loi établit un mode légal d'admission sans tiers (les soins en cas de péril imminent – SPI) permettant l'accéléra-

* Les termes signalés par un astérisque sont définis dans l'encadré Définitions p. 2.

G1

Part des patients par modalité de prise en charge sans consentement en psychiatrie en 2010 et 2012



* Anciennement Hospitalisation d'office (HO).
Source : Rim-P.
Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

tion de certaines procédures d'admission. Enfin, l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) vient renforcer les droits des personnes hospitalisées et répond à une exigence constitutionnelle (encadré). Dans cette étude, nous nous intéresserons particulièrement à deux de ces aspects : l'alternative à l'hospitalisation que constituent les soins ambulatoires sans consentement dans le cadre d'un programme de soins et l'introduction de la nouvelle modalité de soin qualifiée « en cas de péril imminent » (SPI). Les effets de l'intervention du juge des libertés et de la détention ne peuvent en effet être étudiés avec les données médico-administratives utilisées ici.

Faisant suite à l'état des lieux sur l'hospitalisation sans consentement en 2010 (Coldefy, Nestrigue, 2013a), cette étude, mobilisant les résultats sur l'année 2012 suivant la promulgation de la loi du 5 juillet 2011, propose une première analyse de sa mise en place. Il s'agit ici de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant aux questions suivantes : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé utilisent les nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ? Les soins en cas de péril imminent permettent-ils un accès au soin élargi par allègement de la procédure ?

Définitions

Programme de soins : C'est à la fois un document et une pratique thérapeutique précisée dans celui-ci. Toutes les modalités de prise en charge hors hospitalisation complète doivent y être notées (hospitalisation à temps partiel, soins ambulatoires, soins à domicile, traitement médicamenteux). Il précise la fréquence des consultations et des visites et éventuellement la durée des soins. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient.

Soins en cas de péril imminent (SPI) : S'il y a impossibilité de recueillir la demande d'un proche et qu'il y a péril imminent (pour la santé de la personne ou des tiers), le directeur d'établissement peut prononcer une admission sous proposition d'un psychiatre (de l'établissement ou extérieur). Il a obligation d'informer dans les 24 heures les proches ou un tiers et de faire dresser un premier certificat médical sous 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'accueil (différent de celui qui a prononcé l'admission) confirmant ou non la nécessité de poursuivre les soins (+ examen somatique par un médecin). Un deuxième certificat doit être dressé à 72 heures.

Tiers : En 2003, le Conseil d'Etat définit le tiers comme « une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci et indépendante de l'établissement prenant en charge la personne malade ».

Hospitalisation séquentielle : Dans le cadre d'un programme de soins, le médecin peut décider d'y inclure « le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement » (L3211-2-1 du Code de la Santé publique).

Repères

Cette étude, financée par la Direction générale de la santé, fait suite à un premier état des lieux réalisé par l'Irdes sur l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 (Coldefy, Nestrigue, 2013a). Il s'inscrit dans les problématiques plus générales développées à l'Irdes sur la variabilité des pratiques, l'analyse de l'organisation des soins et l'évaluation des politiques de santé appliquées au champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

La part du recours à la contrainte parmi le recours aux soins en psychiatrie n'augmente pas en 2012

En 2012, plus de 77 000 patients (contre 74 000[1] en 2010) ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie, soit une augmentation de 4,5 % par rapport à 2010. Mais cette hausse est conforme à l'augmentation de la file active totale suivie en psychiatrie en établissement de santé : les patients ayant reçu des soins non consentis représentent toujours près de 5 % de la file active en 2012.

La répartition des différents modes légaux reste à peu près similaire à celle observée en 2010 (graphique 1). Les détenus (article D. 398 du code de Procédure pénale), les personnes jugées pénalement irresponsables (L. 706-135 du Code de Procédure pénale) et les patients mineurs en ordonnance de placement provisoire (OPP) représentent une très faible part des patients sans consentement en 2012 comme en 2010. Leur part relative a pour autant augmenté en 2012 : les trois modes

[1] Sont ici réintégrés les 3 000 patients en sortie d'essai toute l'année en 2010 sous un mode légal sans consentement.

légaux représentent 2,5 % des patients non consentants en 2010 et 3,6 % en 2012 (2 700 patients).

Le changement le plus important intervient sur le mode légal à la demande d'un tiers (SDT), modifié par l'avènement du nouveau mode légal de soins en cas de péril imminent. Les soins à la demande d'un tiers* sont mobilisés lorsque la personne présente des troubles mentaux manifestes et se trouve dans l'impossibilité de consentir malgré leur nécessité à des soins – deux certificats médicaux circonstanciés sont requis. Ces soins restent la procédure majoritaire avec 73 % des patients pris en charge sans leur consentement (60 000 patients) admis en SDT, soit une légère baisse en part depuis 2010 (57 000 patients, soit 80 % de la population). Cette baisse relative est à mettre en relation avec le développement des soins en cas de péril imminent*. Ces derniers concernent 11 % de la population des patients (8 500) admis au moins une fois sous un mode sans consentement dans l'année.

Les soins en cas de péril imminent, une modalité de soins sans consentement en expansion qui recouvre des pratiques diverses

La nouvelle modalité de soins en cas de péril imminent répond à une demande de la part du corps soignant pour pallier les difficultés liées à la signature des décharges de tiers permettant d'hospitaliser un patient dont le consentement aux soins n'est plus éclairé. Ainsi, la procédure en cas de péril imminent est-elle facilitée puisqu'elle ne demande qu'un certificat médical avec motivation du « péril imminent » à l'équipe en charge de l'orientation du patient, comme seul document justificatif, et autorise le directeur d'établissement à prononcer l'admission en l'absence de tiers. Selon les experts praticiens, les admissions en soins en cas de péril imminent (SPI) possibles à partir de 2012 sont utilisées dans des contextes divers : mesure d'urgence pour la santé de la personne ou de son entourage, facilité organisationnelle, réelle absence de tiers (pour un patient inconnu des services ou une personne isolée, désocialisée), refus des proches de prononcer une telle admission, etc. Elles semblent plus fréquemment utilisées dans les services d'urgence où les équipes soignantes connaissent moins la personne ou d'éventuels tiers à contacter, manquent de ressources pour les rechercher, et doivent agir rapidement pour orienter le patient vers des soins adaptés.

L'exploitation des données disponibles montre qu'avec 55 % d'hommes et un âge moyen de 44 ans, les patients en SPI sont comparables aux patients admis en SDT en termes démographiques. Il en est de même pour les caractéristiques cliniques, 39 % des patients en SPI souffrant de schizophrénie ou de troubles psychotiques (44 % pour les patients en SDT)[2].

En revanche, ils se différencient des patients en SDT par des prises en charge plus courtes : 26 jours d'hospitalisation à temps plein en moyenne sur l'année contre 40 jours pour les patients en SDT[3] (et 46 jours en moyenne, tous modes légaux confondus) ; et moins intenses : 8 actes en moyenne dans l'année pour les SPI contre 12 actes pour les SDT. Cette prise en charge de plus courte durée est cohérente avec le caractère transitoire des SPI vers un placement en soins libres ou en SDT. Pour autant, 3 500 patients (46 % des patients en SPI) restent hospitalisés en SPI pour une durée supérieure ou égale à 15 jours. Pour la moitié des patients admis en SPI, cette prise en charge représente une première entrée dans les soins. Mais très peu de patients clôturent une prise en charge en SPI pour entrer dans une autre modalité de soins sans consentement (13 %, dont la quasi-totalité en SDT, proportion équivalente à celle observée avant l'admission en SPI), et la majorité poursuit un parcours de soins librement consenti.

Ces résultats interrogent l'utilisation des admissions en SPI au regard des objectifs

[2] Pour les caractéristiques démographiques de la population non consentante, voir Coldefy et Nestrigue, 2013a, les évolutions en termes d'âges, de sexe et de diagnostics cliniques étant très faibles.

[3] La durée d'hospitalisation moyenne annuelle par patient par mode légal de soins psychiatriques ne prend en compte que les séquences d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement pour le mode légal d'intérêt, ici les SPI (hors les séquences effectuées sous SDT pour certains d'entre eux).

Source et méthodes

Tous les résultats présentés ici sont tirés de l'exploitation des données du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P) pour les années 2010 et 2012. Le Rim-P, géré et diffusé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), mis en place en 2007 dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie, permet de décrire les caractéristiques des patients suivis ainsi que l'ensemble de leur prise en charge (à temps complet, partiel ou ambulatoire) au sein des établissements de santé. Bien que la qualité du recueil s'améliore, atteignant un taux d'exhaustivité de 96 % des établissements répondants en 2012, le Rim-P, base médico-administrative, ne permet pas d'appréhender toutes les modifications apportées par la loi de 2011, notamment les interventions du juge et la notion de programme de soins*. Enfin, les soins à la demande d'un tiers ne sont pas distingués des soins à la demande d'un tiers d'urgence.

Le numéro ANO, identifiant national anonymisé associé à chaque patient pris en charge en hospitalisation complète ou partielle, est utilisé ici pour suivre un patient sur toute la durée de sa prise en charge et à travers les différents établissements sanitaires fréquentés. Pour les patients n'ayant pas été hospitalisés au cours de l'année étudiée ou sans numéro ANO valide, c'est l'identifiant permanent patient (IPP) interne à chaque établissement qui est utilisé. Malgré les redressements, une surestimation du nombre de patients non hospitalisés en 2012 est possible, certains étant vus dans plusieurs établissements au cours de l'année.

Suite aux échanges avec des experts du champ, plusieurs corrections ont été effectuées sur la base initiale. Les soins ambulatoires sans consentement aux détenus (art. D398) étant impossibles par la loi ont été recodés en soins libres. Un programme de soins est défini dans cette étude par tous les soins contenus entre deux actes ambulatoires ou prises en charge à temps partiel. Lorsqu'un événement libre s'insérait entre ces deux bornes, il a été recodé en soins sans consentement. Une hospitalisation complète sans consentement entre ces deux événements est possible en cas de rechute, rupture du contrat de soins ou d'hospitalisation séquentielle* intégrée dans le programme de soins.

Faute de données complètes, les départements d'outre mer, les Deux-Sèvres et la Nièvre ne sont pas intégrés à l'étude.

Les analyses présentées ici ont été menées par l'équipe de l'Irdes, avec l'appui d'un groupe de travail rassemblant des psychiatres, des médecins Département information médicale (Dim), des représentants des usagers et des proches, des représentants de la Direction de la recherche, des études et des statistiques (Drees) et de l'Atih, et des chercheurs en sciences sociales.

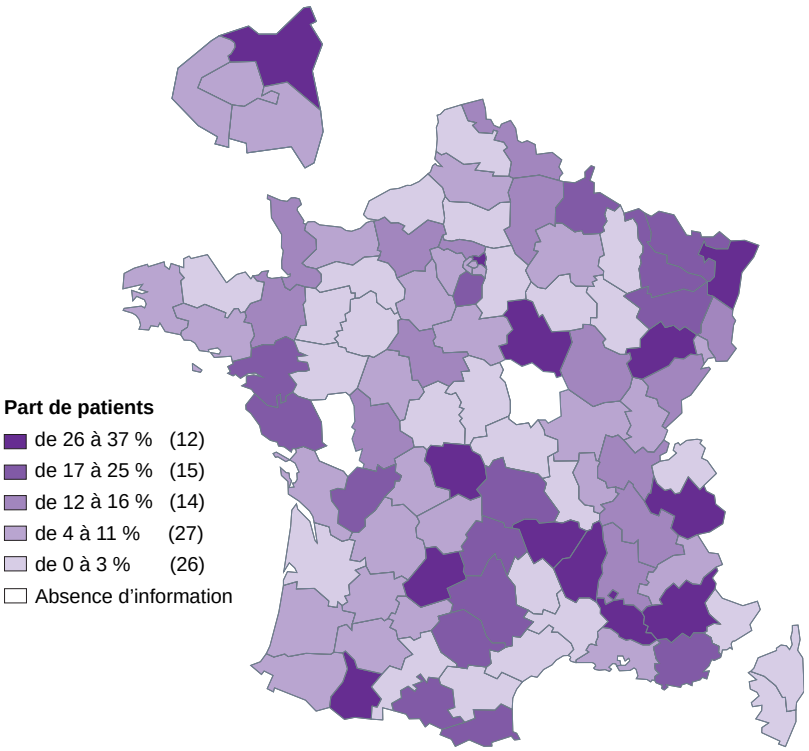
initiaux, surtout que les premières exploitations des données 2013 laissent apparaître une montée en charge du recours à ce dispositif avec 15 000 patients pris en charge au moins une fois en SPI, soit près de deux fois plus qu'en 2012. S'agissant d'une procédure dérogatoire du droit commun, elle ne devrait pouvoir être mise en œuvre qu'à titre exceptionnel, notamment dans le cas de personnes désocialisées pour lesquelles aucun tiers n'est trouvé. Une fréquence trop grande pourrait signifier un détournement de procédure et nous amène à poser les questions suivantes : la possibilité des SPI limite-t-elle la recherche d'un tiers pour les équipes soignantes ? Permettent-ils au tiers demandeur de l'admission de se retirer de la procédure de contrainte renvoyant cette responsabilité aux professionnels ? Ce mode légal représente t-il un nouvel accès au soin de personnes qui ne l'auraient pas eu sans cette procédure facilitée ? L'absence de données sur les motivations de l'admission en SPI, les caractéristiques sociales de la personne et celles du service d'accueil ne permet pas de répondre à ces questions. Seules des observations qualitatives dans une approche compréhensive permettraient d'y répondre en rendant compte de la diversité des pratiques professionnelles dans les services de psychiatrie et du sens que les acteurs leur donnent.

Un recours inégal aux SPI selon les territoires

Le recours aux SPI se développe inégalement entre départements. Certains d'entre eux comptent plus de 30 % de patients admis en SPI alors que sept n'en comptent aucun en 2012 (carte 1). Par ailleurs, 182 établissements sur 270 autorisés à accueillir des patients sans consentement ont admis au moins un patient en SPI dans l'année.

C1

Part des patients pris en charge sans consentement admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) par département en 2012



Source : Rim-P.
Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

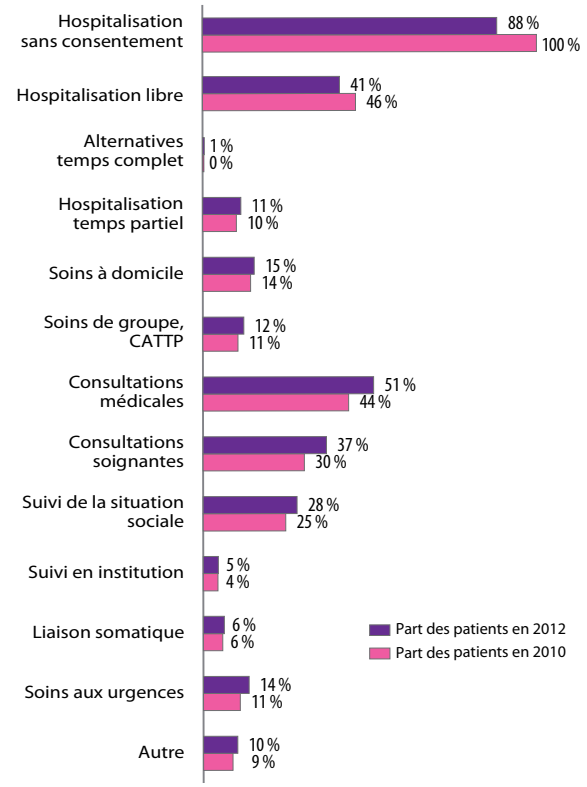
Une diversification des modalités de prise en charge des soins sans consentement en psychiatrie impulsée par les programmes de soins

D'autres modalités de soins sans consentement que l'hospitalisation à temps plein sont désormais accessibles depuis la loi du 5 juillet 2011 : prises en charge ambulatoires (consultations au centre médico-psychologique, visites à domicile, notamment) ou à temps partiel (hospitalisations de jour ou de nuit et/ou ateliers, centres d'activité thérapeutique à temps partiel). Le psychiatre décide du cadre de ces soins et l'inscrit dans un programme de soins sans consentement. Les soins ambulatoires sans consentement ont été mis en place dans plusieurs pays anglo-saxons ou européens, parfois depuis longtemps, avant les années 2000 dans certains Etats américains, en Belgique, au Luxembourg, au Portugal et en Suède, notamment (Salize *et al.*, 2002, Kisely *et al.*, 2012, Niveau, 2012). Ils visent à améliorer la continuité du suivi des patients et à proposer une alternative à des prises en charge hospitalières. Ils étendent ainsi la désinstitutionalisation ou déshospitalisation des soins psychiatriques, entamée dans les années 1960 en Europe, aux personnes nécessitant des soins sans consentement (Couturier, 2014). Un an après la mise en œuvre de la loi, 26 600 patients sont pris en charge dans le cadre d'un programme de soins. Nous identifions cette prise en charge dans le Rim-P par l'enregistrement d'au moins deux actes ambulatoires ou une séquence d'hospitalisation partielle non libres dans l'année 2012, soit 34 % des patients ayant reçu des soins sans consentement en 2012.

Une prise en charge qui encadre légalement les sorties d'essai

L'introduction des programmes de soins dans les alternatives de soins sans consentement paraît être un aspect majeur de la loi de 2011. Toutefois, les professionnels s'accordent à dire qu'il s'agit plutôt d'une adaptation et d'une généralisation de pratiques antérieures en construisant un cadre légal net aux « sorties d'essai », ancien avatar des programmes de soins. En 2010, les sorties d'essai concernaient

G2 Modalités de soins en psychiatrie sur l'année pour les personnes ayant eu au moins un épisode sans consentement en 2010 et en 2012



Lecture : En 2010, 100 % des patients suivis sans leur consentement en psychiatrie ont été hospitalisés à temps plein et 44 % ont eu des consultations médicales. En 2012, ces proportions sont respectivement de 88 et 51 %.

Source : Rim-P.

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

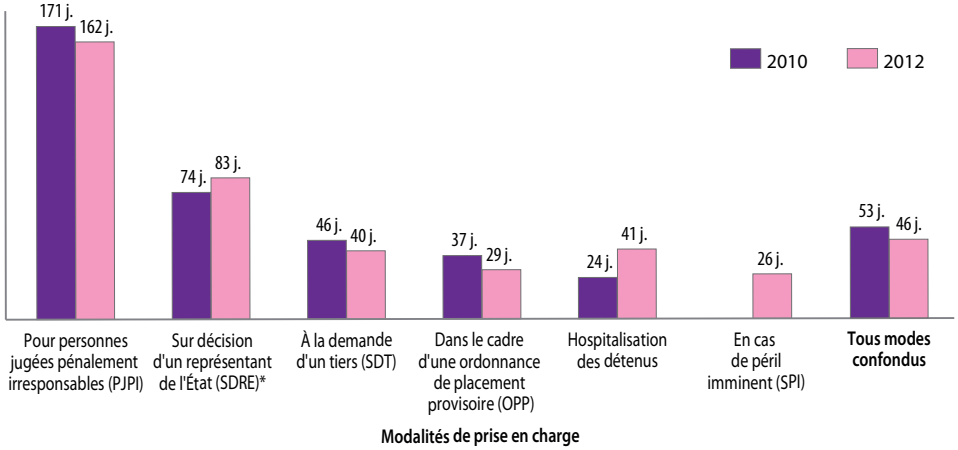
25 % des patients pris en charge sans leur consentement pour des durées longues de plusieurs mois, voire plusieurs années. Les sorties d'essai constituaient des aménagements de prise en charge, permettant de garder le patient sous contrainte. L'objectif était de le réintégrer plus facilement en le laissant à l'extérieur de l'hôpital pour des périodes parfois indéterminées. Le programme de soins vient clarifier et étendre cette pratique en inscrivant les modalités de soin à suivre (consultations médicales, suivi de situation sociale, renouvellement de traitement à domicile, etc.) lors du séjour hors de l'hôpital dans le cadre d'un contrat conclu entre le médecin et le patient.

Les programmes de soins, en ouvrant des possibilités d'accès à une prise en charge plus diversifiée des patients nécessitant des soins sans consentement, vont impulser une diversification plus générale des modalités de leur prise en charge, que ces modalités soient librement consenties ou non. Ainsi, en 2012, les prises en charge en hospitalisation à temps plein, consenties ou non, reculent pour les patients ayant à un moment de leur parcours eu besoin d'être suivis sans leur consentement (graphique 2). Sur la même période, davantage de patients pris en charge sans leur consentement ont eu accès à des modalités de soins alternatives à l'hospitalisation temps plein (sous la forme de soins libres ou de programmes de soins). Les plus fortes augmentations concernent les parts de patients ayant eu accès à des consultations avec un soignant (infirmier, psychologue) et avec un médecin, avec 6 et 7 points d'augmentation respectivement entre 2010 et 2012. En ce sens, la loi de 2011 a amélioré et diversifié les prises en charge proposées à ces patients.

Cette tendance à la diversification des prises en charge se vérifie dans le suivi des patients après un épisode hospitalier sans consentement. Au total, près de la moitié des patients aura une prise en charge ambulatoire à la suite de cet épisode (en soins libres pour 27 % d'entre eux et en soins sans consentement pour 19 %). Cet accès plus important à des modalités de soins différentes de l'hospitalisation temps plein se traduit également par une intensification de la prise en charge avec une hausse du nombre d'actes ambulatoires. Le nombre d'actes moyens par patient passe de 10 à 12 entre les deux années (avec notamment une hausse de 3 à 5 consultations avec un soignant par patient sur l'année).

Cet accès plus important à des modalités variées de prise en charge va également impacter les durées annuelles moyennes d'hospitalisation sans consentement. En 2010, les personnes hospitalisées sans leur consentement l'ont été en moyenne 53 jours dans l'année, et cette durée annuelle diminue pour atteindre 46 jours en 2012 (graphique 3).

G3 Durée moyenne d'hospitalisation annuelle en psychiatrie sans consentement par mode légal♦ en 2010 et en 2012



* Anciennement Hospitalisation d'office (HO).

♦ Les durées sont calculées à partir des séquences d'hospitalisation en soins sans consentement par patient pour un mode légal donné, sans cumul des différents modes légaux enregistrés par un même patient.

Source : Rim-P.

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

Alors qu'en 2010, 72 % des patients hospitalisés sans leur consentement suivaient aussi des soins libres au cours de l'année, ce taux descend à 66 % pour l'année 2012. Cette baisse pourrait s'expliquer du fait que le programme de soins permet les soins ambulatoires avec pour effet potentiel de maximiser les chances de compliance de la part du patient. Une des conséquences discutées parmi les professionnels et chercheurs en sciences sociales (Guibet-Lafaye, 2014) pourrait être un allongement de la durée totale de la contrainte malgré un abaissement des durées d'hospitalisation.

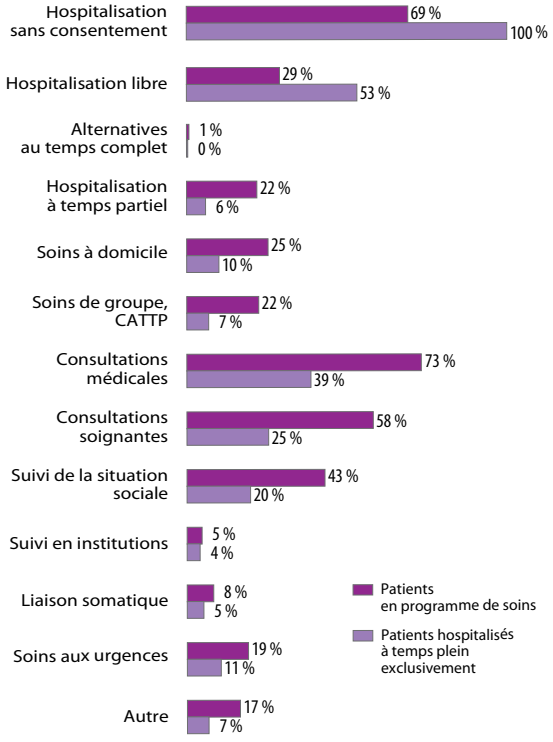
Des malades en programme de soins connus des équipes soignantes qui font l'objet de prises en charge variées, intenses et de long terme…

Les programmes de soins semblent davantage prescrits à des patients nécessitant une prise en charge variée, intense et durable (Kisely *et al.*, 2012). Les patients souffrant de troubles schizophréniques et d'autres troubles psychotiques sont surreprésentés en programme de soins (respectivement 38 % et 26 % des patients en programme de soins, contre 23 % et 22 % des personnes exclusivement hospitalisées sans leur consentement). En revanche, les programmes de soins sont moins fréquemment utilisés dans le cas de troubles dépressifs (11 % des patients en programme de soins contre 16 % des patients exclusivement hospitalisés sans leur consentement), la prise en charge en établissement de santé de ces patients se limitant plus souvent à l'épisode hospitalier (Coldefy, Nestrigue, 2013b).

Quelles que soient les modalités de prise en charge, les patients intégrés à un programme de soins y ont eu davantage accès. Ainsi, trois quarts des

G4

Modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement en psychiatrie en 2012



Source : Rim-P.
Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

E

Brève histoire de la contrainte aux soins en psychiatrie

La loi sur les aliénés du 30 juin 1838 nomme « placements volontaires », les admissions « réclamées » par un membre de la famille, les distinguant des « placements ordonnés par l'autorité publique ». La loi Evin du 27 juin 1990 introduit la notion d'« hospitalisation libre » demandée par le patient lui-même et qui constitue la majorité des modes d'hospitalisation, à côté des cinq modalités d'hospitalisation sans consentement (dont les principales sont à la demande d'un tiers et d'office). La loi du 5 juillet 2011 apporte une précision et un élargissement des procédures : la modalité libre reste « privilégiée lorsque l'état de la personne le permet » et l'hospitalisation est élargie à d'autres types de prises en charge (notamment ambulatoires).

La nécessité d'une nouvelle loi pour encadrer la contrainte aux soins. La réforme introduite par la loi du 5 juillet 2011 vient légaliser certaines pratiques et répondre à différentes critiques. Notons le rôle des patients et de leurs représentants dans ces évolutions (Kannas, 2013). La loi ouvre l'accès à d'autres modalités de prise en charge en psychiatrie que l'hospitalisation à temps plein, en ambulatoire et à temps partiel dans le cadre de **programme de soins***. L'objectif des soins ambulatoires sans consentement, légalement autorisés dans de nombreux pays anglo-saxons et européens (Salize et al., 2002, Kisely et al., 2012, Niveau, 2012) est d'améliorer la continuité du suivi des patients et de proposer une alternative à des prises en charge hospitalières, consacrant ainsi la désinstitutionalisation des soins psychiatriques (Couturier, 2014). Des pratiques déjà existantes comme les sorties de courte durée sont ainsi entérinées (article L29-11-11-1 du code de Santé publique) afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes hospitalisées sans leur consentement avant 2011.

Par ailleurs, depuis le milieu des années 1990, une série de rapports publics et de jurisprudences notent la nécessité de repenser en profondeur les termes éthiques et empiriques des procédures de soins contraints. Deux décisions rendent urgentes les modifications : la Cour européenne des droits de l'Homme fait état du non respect par la France d'un article de la Convention relatif à la liberté des personnes et le Conseil constitutionnel déclare inconstitutionnelle l'hospitalisation sans consentement, sans le contrôle d'un juge des libertés et de la détention. Ainsi le législateur prévoit le contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation complète sans consentement par un **juge des libertés et de la détention (JLD)** au plus tard au quinzième jour d'hospitalisation du patient (délai réduit à 12 jours par les modifications d'octobre 2013), puis au plus tard au sixième mois de l'hospitalisation. Le juge valide ou invalide la mesure en cours en prononçant le maintien de la mesure ou sa levée. Le patient peut opposer à tout moment son droit de recours et demander une audience au JLD.

Les soins en cas de péril imminent, nouveau mode de prise en charge prévu par la loi, permettent de pallier une insuffisance du dispositif précédent (loi de 1990). Cette procédure peut en effet être utile en cas d'absence de tiers connu (pour des personnes désocialisées notamment), de refus des membres de l'entourage du patient de prendre une telle décision d'admission en soins psychiatriques, qui semble pourtant nécessaire. Le directeur d'établissement peut alors prononcer l'admission sous proposition du psychiatre. Cette procédure « allégée », ne requérant qu'un certificat médical dans un premier temps (et non deux) et ne nécessitant pas la signature d'un tiers, accélère la procédure d'admission. La loi prévoit également qu'un tiers doit être recherché et sollicité au plus vite afin de faire basculer le patient sous un mode légal à la demande d'un tiers (SDT), le cas échéant.

Enfin la loi prescrit une plus ample information aux patients afin de les mettre en capacité de recourir à leurs droits.

	De 1990 à 2011 (loi Evin)	Depuis la réforme du 5 juillet 2011
	Hospitalisation sans consentement (HSC)	Soins sans consentement (SSC)
Modes légaux[a]	• Hospitalisation d'office (HO) • Hospitalisation d'office avec procédure d'urgence (HO avec procédure d'urgence)	• Soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE) • Soins à la demande d'un représentant de l'État avec procédure d'urgence (SDRE avec procédure d'urgence)
	• Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) • Hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence (HDTU)	• Soins à la demande d'un tiers (SDT) • Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) • Soins en cas de péril imminent (SPI)

[a] Les soins psychiatriques dans le cadre d'une Ordonnance provisoire de placement (OPP), les soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (PJPI) et les soins psychiatriques aux détenus (art. D398 du code de procédure pénale) demeurent inchangés. Les faibles effectifs représentés nous amènent à ne pas les traiter de manière extensive dans cet article.

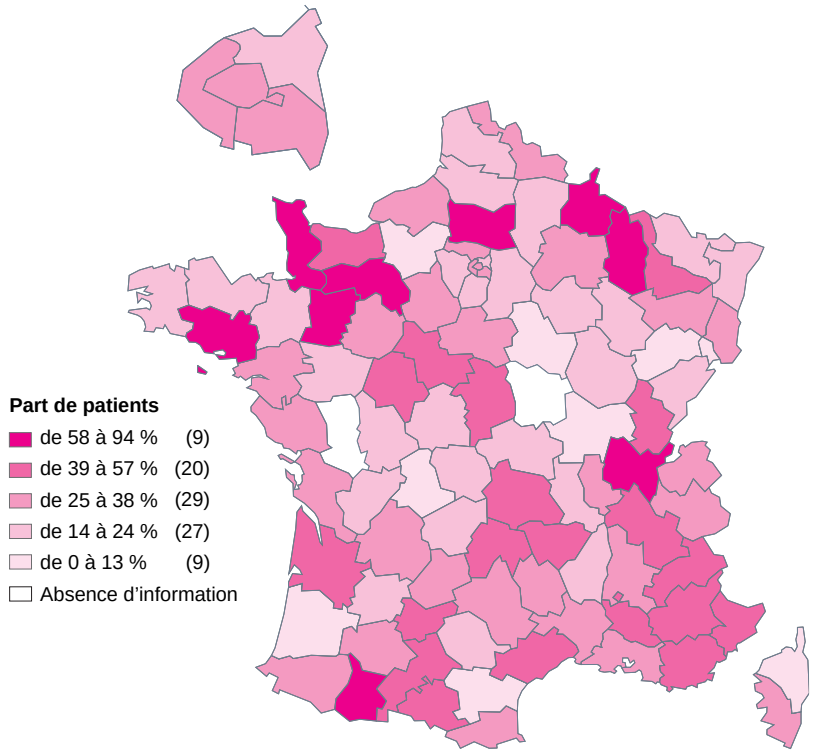
patients en programme de soins ont eu au moins une consultation médicale (en centre médico-psychologique pour la plupart) dans l'année, contre seulement 39 % des patients hospitalisés sans leur consentement sans programme de soins (graphique 4).

L'hospitalisation partielle non consentie a concerné, quant à elle, 4 500 personnes en 2012 (essentiellement en hospitalisation de jour), avec une moyenne annuelle de 36 venues (mais une médiane à 15 venues). 3 500 patients ont eu accès à un atelier ou centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) sous un mode légal sans consentement, avec 12 venues en moyenne. Cet accès plus important des patients en programme de soins aux différentes modalités de soins est associé à un plus grand nombre d'actes ambulatoires et à des hospitalisations plus nombreuses et plus longues que pour les patients hospitalisés sans consentement. Les patients en programme de soins ont suivi une fois et demi plus d'actes ambulatoires (soit plus de vingt actes libres et sans consentement par patient dans l'année) que les patients non pris en charge en programme de soins qui ont pu suivre des actes libres en amont ou en aval de leur hospitalisation sans consentement (une quinzaine en moyenne).

En moyenne, les patients en programme de soins sont hospitalisés plus longtemps que les autres patients non consentants : 64 jours en moyenne pour les patients en programme de soins, 42 jours pour les autres patients en soins sans consentement, et 53 jours en moyenne pour la file active totale (hospitalisations sans consentement et libres confondues). Cela est en partie dû au fait que, contrairement au groupe majoritaire des patients uniquement hospitalisés à temps plein, souvent hospitalisés une seule fois dans l'année, les patients en programme de soins connaissent des épisodes d'hospitalisation pluriels au cours de l'année. Pour une partie d'entre eux, ces épisodes font l'objet d'une stratégie thérapeutique au cours d'un programme de soins : lorsqu'ils sont répétés et programmés, on parle d'hospitalisation séquentielle*, pour les autres, cela correspond souvent à une rechute ou à une non compliance au programme de soins, nécessitant une réhospitalisation de la personne.

C2

Part de patients suivis en programme de soins parmi les patients en soins sans consentement en 2012



Source : Rim-P.
Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

Une utilisation des programmes de soins variable selon les territoires

Dès la première année de mise en œuvre de la loi, les programmes de soins ont été utilisés par la plupart des établissements de santé : 91 % des établissements accueillant des patients sans leur consentement et répondant au Rim-P ont mis en place au moins un programme de soins en 2012, 70 % de l'activité ayant été enregistrée par les établissements publics spécialisés en psychiatrie. A l'échelle nationale, 34 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été suivis en programme de soins en 2012. Cependant, comme pour les SPI, le recours aux programmes de soins est très variable selon les territoires. Dans les départements de l'Aude, de la Haute-Corse, de l'Eure, des Landes, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire, moins de 10 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été intégrés dans un programme de soins. A l'inverse, dans l'Ain, la Manche, la Mayenne, la Meuse, l'Oise et les Hautes-Pyrénées, plus de 60 % des patients ont eu accès à ce type de programme (carte 2). Par ailleurs, 25 % des programmes de soins sont effectués par cinq établissements seulement, chacun dans des départements différents indiquant une diffusion variable de ces pratiques auprès des professionnels et des établissements.

* * *

En conclusion, si le nombre de patients concernés par des soins sans consentement a augmenté en valeur absolue entre 2010 et 2012, il représente toujours une part relative de près de 5 % de la file active suivie en psychiatrie en établissement de santé. Conformément aux attentes de la loi et du contexte plus général de désinstitutionalisation en psychiatrie, la prise en charge des personnes qui à un moment nécessitent des soins non consentis est moins hospitalière et valorise des prises en charge plus diversifiées en ambulatoire, notamment en centres médico-psychologiques. En ce sens, la réforme vient prolonger le mouvement de désinstitutionalisation des soins psychiatriques en l'étendant aux populations

dont le consentement aux soins peut être temporairement altéré du fait de leur pathologie (Couturier, 2014). Pour autant les durées d'hospitalisation des patients en programme de soins sont plus élevées (64 jours en moyenne), alors que la moyenne annuelle d'hospitalisation sans consentement est diminuée par rapport à 2010 grâce à une augmentation des prises en charge très courtes : 30 % des patients pris en charge sans leur consentement au cours de l'année 2012 connaissent comme seule prise en charge sans consentement une unique séquence d'hospitalisation (qui peut être encadrée de soins libres) inférieure ou égale à 7 jours pour la moitié d'entre eux.

2012 constituait la première année de mise en œuvre de la réforme, avec un déploiement inégal sur le territoire et des tendances émergentes mises en avant dans cet article. Il est difficile après si peu de temps d'application de la loi, et au regard des limites des données du Rim-P pour appréhender sa complexité, de fournir une analyse fine de ses effets. Si les programmes de soins semblent avoir favorisé l'accès à diverses modalités de prise en charge adaptées, on peut s'interroger sur la mise en place sur le terrain de ces mesures ainsi que sur l'extension du recours à la contrainte en dehors de l'hôpital. En outre, la révision de la loi en 2013 suite à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 d'inscrire dans le code de la Santé publique un texte indiquant qu' « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme (d'un programme de soins) » rend difficile l'exercice de la loi et la mise en place des programmes de soins par les professionnels. De même, la montée en charge du dispositif dérogatoire des soins en cas de péril imminent interroge et mérite d'être suivie dans les années qui viennent. Après deux ans et demi, comment seront utilisés les programmes de soins et les admissions en SPI ? Quels effets seront observables sur le nombre de patients concernés et les prises en charge associées ? Comment se caractérise la diffusion des prises en charge alternatives à l'hospitalisation au sein des équipes de psychiatrie ?

L'augmentation de la durée de la contrainte, avec les programmes de soins qui représentent des modalités thérapeutiques sur le long terme, devrait mécaniquement faire augmenter le nombre de patients pris en charge sans leur consentement sur les années suivantes. Cette évolution pose à la fois des questions éthiques en termes de droits, de respect des libertés individuelles et de réalité pratique de mise en œuvre. En effet, la loi reste imprécise sur plusieurs aspects : l'intérêt et le rôle des SPI et la suite à prévoir, la teneur et la mise en œuvre pratique de la contrainte acceptable dans un programme de soins, le recours à l'hospitalisation séquentielle ou ponctuelle pour un patient en programme de soins. Une évaluation de politique publique mériterait d'être étendue à des approches qualitatives. Il s'agirait d'observer les processus de diffusion et la diversité des pratiques et de s'intéresser à l'effet des nouvelles modalités de soins en termes d'état de santé et de qualité de vie pour la personne et son entourage (Rosenfield, 1997). ♦

Pour en savoir plus

- Coldefy M., Nestrigue C. (2013a). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°193, 8 p.
- Coldefy M., Nestrigue C. (2013b). « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 191, 6 p.
- Couturier M. (2014). « Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie », *Rhizome*, n° 53, pp.5-6.
- Guibet-Lafaye C. (2014). « Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? », *Rhizome*, n° 53, pp.7-8.
- Henckes N. (2007). « Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 », thèse de sociologie sous la direction de Martine Baszanger. Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS), 2007.
- Kannas S. (2013). « La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ? » *Pluriels*, n° 99-100.
- Kisely S. R., Campbell L. A., Preston N. J. (2012). "Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders", The Cochrane Collaboration, 44 p.
- Niveau G. (2012). « Intérêts et inconvénients des soins ambulatoires forcés », *Revue médicale suisse*, vol. 8, pp.1739-42.
- Riecher-Rössler A., Rössler W. (1993). "Compulsory Admission of Psychiatric Patients – An International Comparison", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4):231-6.
- Rosenfield S. (1997). "Labeling Mental Illness: The Effects of Perceived Stigma *vs*. Received Services." *American Sociological Review*. 63:230-245.
- Salize H. J., Dressing H., Peitz M. (2002). "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States", 164 p.
- Zinkler M., Priebe S. (2002). "Detention of the Mentally ill in Europe – A Review", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(1):3-8.

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé •
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique** : Anne Evans • **Secrétaire de rédaction** : Anna Marek •
Relecteurs : Sylvain Pichetti, Michel Naiditch • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec •
Imprimeur : TCH Réalisation (Boulogne Billancourt, 92) • **Dépôt légal** : mars 2015 • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • **Abonnement annuel** : 60 € •
Prix du numéro : 6 € • **ISSN** : 1283-4769.