



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT :
PROBLÉMATIQUE D'UNE DÉCISION ADAPTÉE ET
ETHIQUEMENT ACCEPTABLE**

– Groupe n° 22 –

- AUBERTIN Danièle (DS)
- BORTOLI Frédéric (DESSMS)
- CESTRE Julien (DESSMS)
- COUPÉ Marie-Angéline (IASS)
- JAMBOIS Martine (IASS)
- PERSONENI Evangeline (EDH)
- SABINE Frantz (EDH)
- SCHUFFENECKER Nathalie (IASS)
- TURKO Odile (DS)
- VOLLE François-Xavier (DESSMS)

Animateurs

- *Dr F. MARQUIS*
- *Dr J-P. EPAILLARD*

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Une procédure juridiquement claire	3
1.1 Le cadre réglementaire	3
1.1.1 Les différentes formes d'HSC : HDT et HO	3
1.1.2 Une procédure encadrée	6
1.2 L'application pratique de l'hospitalisation sans consentement	7
1.2.1 Les données chiffrées	7
1.2.2 L'enquête de terrain.....	7
2 Un dispositif perfectible	13
2.1 Les faiblesses du système français	13
2.1.1 Une procédure imparfaite	13
2.1.2 Les insuffisances de la prise en charge sanitaire	17
2.2 Des améliorations nécessaires.....	21
2.2.1 Panorama des législations étrangères en matière d'HSC	21
2.2.2 Propositions, améliorations, évolutions.....	24
Conclusion	27

Bibliographie

Annexes

R e m e r c i e m e n t s

Le groupe présente ses sincères remerciements à Madame le Docteur F. MARQUIS, Médecin inspecteur régional de la DRASS de Bretagne et Monsieur le Docteur J-P. EPAILLARD, Médecin inspecteur de santé publique de la DDASS d'Ille-et-Vilaine, nos animateurs, pour leur préparation et leur soutien dans notre étude.

Nous remercions également l'ensemble des intervenants que nous avons rencontrés pour leur accueil, leur disponibilité, leur contribution qui ont facilité le cheminement et la construction de notre réflexion.

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
CDHP	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH	Centre hospitalier
CMP	Centre médico-psychologique
CNCPH	Comité national consultatif des personnes handicapées
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSP	Code de la santé publique
DDASS/DRASS	Direction départementale/régionale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
HAS	Haute autorité de santé
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HL	Hospitalisation libre
HO	Hospitalisation d'office
HPST	Hôpital, patients, santé, territoire
HSC	Hospitalisation sans consentement
IASS	Inspecteur(trice) de l'action sanitaire et sociale
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
JLD	Juge de la détention et des libertés
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIP	Module interprofessionnel de santé publique
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
TGI	Tribunal de grande instance
TI	Tribunal d'instance
UNAFAM	Union nationale des amis et famille de malades psychiques

Introduction

Par sa dimension symbolique forte, l'hospitalisation sans consentement (HSC) attise nombre de débats parfois virulents. En effet, priver une personne de sa liberté d'aller et venir sans obtenir son consentement se rapproche par bien des points d'une sorte d'incarcération. Pourtant, loin d'être la version moderne de la lettre de cachet, l'HSC est toujours fondamentalement liée au soin ; à la santé mentale d'une personne qui ne peut d'elle-même appréhender à un moment donné la situation dans laquelle elle se trouve. Une des premières données à intégrer pour mieux comprendre la problématique de l'hospitalisation psychiatrique est que 80% des cas sont des hospitalisations libres, c'est-à-dire avec l'adhésion du patient.

La prise en charge de personnes présentant des troubles psychiatriques trouve ses fondements dans la loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838. Ce texte comportait deux titres principaux : le premier concernait l'offre de soins, qui fut limitée aux établissements autorisés (asiles d'aliénés) ; et le second, les types de placements, la garantie de la liberté individuelle et le régime d'administration des biens des malades. Cette loi fondatrice de la psychiatrie française précisait les conditions administratives à remplir pour toute hospitalisation. Ainsi, se distinguèrent dès cette législation le placement volontaire et le placement ordonné par l'autorité publique. A cette occasion, le législateur a donc prévu la possibilité d'administrer aux malades mentaux des soins sans leur consentement.

Cette loi connut une pérennité étonnante car elle ne fut abrogée que cent cinquante ans plus tard par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Entre temps, l'organisation sanitaire a largement évolué. Ainsi, la psychiatrie a abandonné la démarche asilaire qui la caractérisait pour s'ouvrir sur la ville : ce fut la sectorisation. Dans le même ordre d'idées, l'hôpital spécialisé en psychiatrie, bien que n'ayant pas disparu comme dans d'autres pays européens, a vu l'hôpital général s'ouvrir à la prise en charge des pathologies non somatiques. Mais surtout, tandis que la loi de 1838 avait pour but assumé de protéger l'ordre public, celle de 1990 est fondée sur des impératifs sanitaires. La réforme apportée par la loi du 4 mars 2002 a confirmé le souci du législateur de protéger les droits des patients.

Les deux procédures d'HSC, l'hospitalisation d'office (HO) et l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), représentent donc de nos jours une minorité des hospitalisations

psychiatriques (environ 5% pour les HO et 15% pour les HDT). Pour autant, elles focalisent l'attention tant des médias que des pouvoirs publics et des acteurs du secteur de la santé. A tel point que la France, jadis admirée pour sa procédure d'internement sous contrainte, est aujourd'hui critiquée dans sa gestion des hospitalisations sans consentement. Les condamnations répétées de notre pays par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), mais aussi la subsistance de deux procédures distinctes de HSC et la non judiciarisation de la procédure témoignent et nourrissent ce relatif isolement. De fait, la complexité d'une procédure qui va a priori à l'encontre du respect des libertés individuelles ne plaide pas en sa faveur. Au surplus, les lenteurs des voies de recours entravent l'efficacité de la procédure et l'accessibilité au droit.

Pour autant, est-il possible de concilier des impératifs aussi contradictoires que le maintien de l'ordre public, la préservation des libertés et surtout l'accès aux soins sans jamais se heurter aux contours d'une de ces notions ? C'est cette délicate alchimie que l'hospitalisation sans consentement se doit de poursuivre, dans l'optique de décisions adaptées et éthiquement acceptables.

C'est afin d'appréhender cette question et de tenter de comprendre comment les acteurs de terrain (soignants, administratifs, proches, et bien sûr malades) se positionnent vis-à-vis des HSC que nous avons mené notre étude.

Les procédures d'HSC, bien que juridiquement claires (I./1.1), sont au quotidien adaptées par les personnes qui y sont confrontées (I./1.2). Cela révèle les failles d'un système (II./2.1) que d'aucuns se proposent d'améliorer, notamment au regard des pratiques étrangères (II./2.2).

1 Une procédure juridiquement claire

1.1 Le cadre réglementaire

La loi du 27 juin 1990 réorganise l'ensemble du dispositif légal en affirmant les droits du patient, en précisant le cadre de fonctionnement des établissements et en définissant trois modes d'hospitalisation. Elle prévoit un mode d'hospitalisation avec consentement et deux modes d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation libre (HL), l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).

L'hospitalisation libre (Art. L. 3216-2 CSP) est la règle et l'hospitalisation sans consentement l'exception. Toute personne hospitalisée avec son consentement dans un service psychiatrique est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. La sortie s'effectue soit sur décision médicale ou à la demande du patient, soit contre l'avis médical.

1.1.1 Les différentes formes d'HSC : HDT et HO ¹

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (Article L. 3212-1 du CSP) :

Une personne peut être hospitalisée sans son consentement si ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et si son état nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier. Les établissements publics ou privés qui accueillent des HSC, doivent passer convention avec l'Etat, être habilités par le Préfet et être organisés en secteurs. Les formalités d'admission sont définies par la loi :

- la demande d'HDT manuscrite et signée doit être formulée par un proche ou un membre de premier rang de la famille ou une personne qui manifeste de l'intérêt pour la personne à soigner ;
- deux certificats médicaux² doivent être rédigés par deux médecins différents, dont l'un au moins n'exerce pas dans l'établissement d'accueil, en précisant l'état mental de la personne à soigner. En cas de péril imminent pour la santé du patient, le directeur de l'établissement d'accueil peut prononcer son admission au vu d'un seul certificat médical, éventuellement établi dans l'établissement;

¹ Annexe n°3

² Annexe n°4

- le maintien de l'hospitalisation est impérativement justifié après 24 heures par un certificat rédigé par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil ;
- le maintien en HDT est soumis à la production d'un certificat de quinzaine et d'un certificat mensuel rédigés après consultation médicale ;
- le dispositif prévoit deux types de sorties. D'une part, des sorties de courte durée³ pour motifs thérapeutiques ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires. Dans ce cas, la personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie. D'autre part, il existe des sorties d'essai, afin de favoriser sa guérison, sa réadaptation ou sa réinsertion sociale ;
- la sortie définitive d'HDT se prononce :
 - sur avis médical psychiatrique au vu de l'amélioration clinique, certifiant que les conditions de l'HDT ne sont plus réunies ;
 - à la demande d'un tiers : conjoint, ascendants, descendants majeurs, curateur, tuteur, toute personne autorisée par le Conseil de famille ;
 - à la demande de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP)⁴ ;
 - sur ordre du Préfet en cas d'absence des certificats prévus.

L'hospitalisation d'office (Art. L. 3213-1 à L. 3213-8 CSP) :

Il s'agit pour l'autorité administrative de pouvoir faire hospitaliser le malade dangereux pour lui même ou pour autrui sans attendre la demande d'un tiers. A Paris, le Préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté⁵, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office, dans un établissement habilité, des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le certificat médical circonstancié⁶ ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au

³ Cette modalité de sortie, introduite par la loi du 4 mars 2002, est précisée dans la lettre ministérielle DGS/SD 6 C du 4 avril 2003 relative aux sorties de courte durée de malades – faisant l'objet d'une HDT – accompagnés ou non par du personnel de l'établissement d'accueil.

⁴ Annexe n°6

⁵ Ces arrêtés sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'Art. L. 3212-11 CSP pour les HDT, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

⁶ Annexe n°4

représentant de l'Etat dans le département et à la CDHP, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Au titre de l'urgence, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le Maire⁷ et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la CDHP par le directeur de l'établissement.

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la levée de l'hospitalisation est acquise.

Les sorties d'essais et sorties accompagnées s'appliquent également aux hospitalisations d'office. Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre des hospitalisations sans consentement, que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai. Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la CDHP. Il peut être mis fin aux hospitalisations d'office concernant des personnes déclarées pénalement irresponsables sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans

⁷ Annexe n°5

le département sur une liste établie par le Procureur de la République, après avis de la Direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du département dans lequel est situé l'établissement. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux, ni pour lui-même ni pour autrui. Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le Procureur de la République du lieu de l'établissement, le Maire et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

La loi du 27 juin 1990 a voulu que les limitations de liberté soient strictement encadrées par de nombreux contrôles institutionnels. Ce texte a aussi pris soin de rappeler les droits de celui qui est placé dans un établissement hospitalier sans son consentement.

1.1.2 Une procédure encadrée

Les droits des patients (Art. L.3211-3 CSP)

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses « *libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées* » par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. L'utilisateur en santé mentale est une personne qui dispose du libre choix de son médecin et de l'établissement d'hospitalisation. L'hospitalisé sans consentement dispose du droit de communiquer avec les autorités, de saisir la CDHP, de prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement, d'exercer son droit de vote et de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les établissements habilités à soigner les patients sans consentement (Art. L.3222-1 CSP).

Les établissements de santé, publics ou privés, habilités par le Préfet sont autorisés à soigner sans leur consentement des personnes atteintes de troubles mentaux. Ils doivent être visités à tout moment, par diverses autorités : le Préfet ou son représentant, le juge du Tribunal d'Instance, le Président du Tribunal de Grande Instance ou son délégué, le Maire de la commune ou son représentant, la CDHP, le Procureur de la République.

Ces autorités peuvent recevoir les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil. Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les

vingt-quatre heures l'identité des personnes et l'ensemble des pièces administratives et médicales relatives à leur hospitalisation⁸. Ce registre est soumis aux autorités, citées en supra, qui visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

1.2 L'application pratique de l'hospitalisation sans consentement

1.2.1 Les données chiffrées

En 2005, 73 809 hospitalisations⁹ sans consentement ont été décidées dans 96 départements ce qui représente 12,25 % des hospitalisations en psychiatrie contre 12,7 % en 2003 et 11,8 % en 2000. Dans treize départements les hospitalisations sans consentement représentent entre 20 et 35 % des hospitalisations complètes en psychiatrie dans le département. Le maximum de 35 % est atteint dans l'Oise alors que le minimum est observé dans les Hautes-Alpes avec 3,2 % soit une variation de 1 à 10. Sur ce total, on dénombre 60 366 HDT. Certains départements observent une baisse des HDT qui peut être attribuée à la mise en place d'une politique de prévention et de prise en charge ambulatoire. 44,8 % des HDT sont effectués selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent. L'augmentation d'HDT réalisées en urgence s'explique par la difficulté d'obtenir deux certificats médicaux. Cette pratique peut être analysée comme résultante de la démographie médicale qui ne permet pas de trouver deux médecins susceptibles d'établir ces certificats ou de l'absence de sensibilisation des médecins généralistes à la question de l'hospitalisation sans consentement. Les hausses des HO (11465 mesures en 2005) ont été observées entre 2000 et 2005, année qui marque un ralentissement de la tendance à la hausse. Les HO en raison d'un danger imminent représentent 63 % des HSC.

1.2.2 L'enquête de terrain

L'enquête de terrain¹⁰ menée dans trois départements bretons et auprès de différents acteurs intervenant dans la procédure d'HSC nous permet d'identifier la place des acteurs rencontrés dans le parcours du patient et de préciser les modalités pratiques d'application de la loi. Cette liste d'intervenants n'est pas exhaustive, d'autres professionnels

⁸ Les modalités de tenue du registre sont prévues à l'article L.3212-11 du CSP.

⁹ Circulaire du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement

¹⁰ Annexes n°7 et 8

interviennent, nous citerons les médecins généralistes, les Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) ... Notre étude se limite volontairement à la prise en charge des adultes en HSC. Il s'agit ainsi d'étudier l'HSC en pratique du point de vue des acteurs. La mise en application de la loi de 1990 identifie trois phases de l'HSC : avant l'hospitalisation, pendant l'hospitalisation et enfin, après la mesure, le recours.

Chaque acteur impliqué dans le parcours de prise en charge du patient hospitalisé sans consentement a une fonction et des missions précises qui visent à respecter les droits et la sécurité du patient ainsi que son entourage et la société. Chaque action répond à des objectifs affectifs, sanitaires et/ou sécuritaires et comporte des ressources, des contraintes et des modalités propres.

Le malade avant l'hospitalisation

- *Les tiers et les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt de la personne*

Les tiers sont dans la majorité des cas demandeurs d'hospitalisation. Toutefois, ils sont souvent sollicités par d'autres acteurs pour demander l'HDT. Cela souligne les difficultés du tiers vis-à-vis de l'HSC en raison de la proximité affective. Les tiers ne sont pas nécessairement des membres de la famille, il peut s'agir de toute autre personne (Maire, assistante sociale...) sous condition qu'elle connaisse la personne malade.

- *Le médecin inspecteur de santé publique (MISP)*

Son rôle est de garantir l'intérêt des personnes par le respect de la loi et d'apporter son conseil au préfet. Cet acteur prépare l'ensemble des pièces constitutives du dossier d'HSC afin de permettre au préfet de statuer. Sa contrainte est de composer un dossier complet, objectif et explicite. Outre le recueil des pièces, il rédige une fiche d'aide à la décision qui implique parfois une traduction des termes médicaux transcrits sur les certificats.

- *Le Préfet*

Son rôle est de garantir la sécurité publique. Représentant de l'Etat, il est l'autorité signataire des HO. Il s'appuie spécifiquement sur le certificat médical établi par le médecin précisant l'état de la personne pour prendre sa décision. Sa problématique consiste dans l'évaluation, au travers d'une terminologie médicale qui n'entre pas dans sa pratique quotidienne, de la dangerosité d'une personne qu'il va contraindre à des soins et à une privation de liberté.

- *Le médecin psychiatre*

Il évalue l'état de santé de la personne et diagnostique les troubles mentaux. Il est le prescripteur d'une HSC et de sa levée. Il s'appuie sur les connaissances médicales et les recommandations de consensus pour poser un diagnostic. Il est le professionnel sur lequel les autres acteurs de la procédure d'HSC se reposent car son diagnostic est souverain. Il est partagé entre l'éthique du soin et le contexte sociétal sécuritaire.

Le malade pendant l'hospitalisation : la prise en charge des soins

- *Le directeur d'établissement*

Le directeur a pour double responsabilité de garantir au sein de l'établissement de santé la sécurité des patients et des personnels. Au croisement de plusieurs logiques, il est à l'interface des soignants médicaux et non médicaux, de la DDASS, de la préfecture, de la CDHP, et de tous les autres intervenants. Il lui appartient de veiller à la régularité des dossiers d'admission. En cas de fugue, il porte la responsabilité d'alerte des tutelles.

- *Le directeur des soins*

Son rôle consiste à répondre à une double injonction, celle d'une part, de respecter les droits du patient et la réalisation des soins et d'autre part, de répondre à l'aspect sécuritaire ; ces deux missions pouvant sembler antagonistes¹¹. Il veille à la prise en charge efficiente des patients à partir de procédures formalisées et à la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques. Par ailleurs, sa mission consiste à garantir la sécurité des professionnels dans un contexte de soins avec risque de violence. La qualité de la prise en charge du patient repose sur un compromis entre soins et sécurité et soulève parfois des problèmes éthiques.

Après la mesure : le recours et les contrôles

- *Le juge des libertés et de la détention (JLD)*

Sa fonction existe depuis 2001¹². Son rôle est de décider du maintien ou de l'annulation de l'HSC. Il peut être saisi par le patient, un tiers ou sa famille. Il ne juge pas de la régularité de la procédure, qui incombe au juge administratif. Sa mission est de garantir le respect des

¹¹ Propos tenus par un directeur des soins.

¹² Fonction créée par la loi n°2000-516 du 15 juin 2000, mise en application en 2001.

droits du patient et de contrôler le motif de l’HSC. Il participe au contrôle exercé par la CDHP lorsqu’il est convoqué...

- *Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)*

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté¹³ est un représentant de l’Etat qui relève directement du premier ministre. Il a pour mission de contrôler le respect des droits des patients et est force de proposition auprès des administrations et du gouvernement pour l’amélioration des pratiques. Sa mission s’exerce dans un cadre de visites qu’il effectue dans les établissements. Mandaté pour répondre à l’éthique du soin et à la sécurité publique, sa mission peut provoquer chez les acteurs impliqués dans le parcours du patient un sentiment d’ingérence.

Un rôle à part pour les associations d’usagers

Le rôle des associations d’usagers consiste à représenter, défendre et soutenir les familles et les malades souffrant de troubles mentaux. Les associations déplorent une prise en charge des patients qui ne répond pas aux objectifs de proximité, de continuité des soins et accorde peu de place à l’expression des usagers et de leurs proches. L’association de l’Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) souligne l’hospitalo-centrisme du système, la logique purement médicale de la prise en charge et l’absence de coordination avec le secteur social. La coordination et la coopération entre ces structures sont manquantes. Les liens indispensables entre le secteur sanitaire, médico-social et social sont assumés pour l’essentiel par la famille ou les proches du malade.

Les pratiques décrites par les acteurs mettent en évidence un cloisonnement du rôle de chacun exercé du fait d’objectifs et de contraintes inhérents à leurs fonctions. Cela génère un manque de cohésion dans le parcours du patient particulièrement ressenti par les usagers et leurs familles qui se positionnent comme les intermédiaires entre les différents professionnels. Si elles identifient leurs interlocuteurs impliqués dans ce parcours de soins, les personnes rencontrées regrettent cependant leur vision non exhaustive de la mission de leurs partenaires. Entre soins et coercition l’équilibre semble parfois difficile à trouver et peut générer des problèmes d’ordre éthique.

¹³ Fonction créée par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007.

Cependant, si la séparation des responsabilités est une contrainte de fonctionnement, elle est également une garantie apportée aux patients, le gage d'une attention réelle apportée au respect des libertés et l'assurance d'un réexamen régulier des situations.

La décision d'hospitaliser et de traiter sous contrainte peut apparaître comme un paradoxe. La psychiatrie est justement la discipline qui requiert le plus la prise en compte de la singularité subjective or c'est dans son cadre qu'il est possible, pour des raisons médicales, de priver quelqu'un de liberté et de le contraindre à un traitement. La notion de risque commande de manière déterminante une telle décision, contraire au principe d'autonomie.

Le fait de légiférer sur la liberté des patients a présenté de tout temps un risque politique pour les gouvernants. L'opinion demeure depuis toujours porteuse de préjugés tenaces à l'égard des évolutions libérales de la psychiatrie, dès lors qu'elles concernent des patients hospitalisés sans consentement, ou ayant été hospitalisés sans consentement. Le malade hospitalisé pour troubles mentaux demeure en effet considéré par beaucoup comme perpétuellement dangereux et quasiment incurable. Le système en vigueur peine à trouver ce nécessaire équilibre entre les exigences purement sanitaires et celles de l'ordre public.

La question de la place de chaque acteur dans la procédure d'HSC ne peut être séparée de celle de l'offre en santé mentale sur un territoire et des pratiques psychiatriques en vigueur. En effet, le changement dans la philosophie des soins explique la baisse continue depuis 1950 du nombre d'hospitalisations psychiatriques. Désormais, celles-ci ne représentent qu'une minorité de la prise en charge des patients en santé mentale, qui se fait pour l'essentiel sous forme ambulatoire. Ce changement dans les pratiques vise également à répondre à une demande forte des usagers et de leurs familles.

Dans ce contexte, le recours à l'HSC se restreint désormais à la « frange dure des cas ingérables » autrement. Ainsi, dans certains établissements fortement impliqués dans les pratiques ambulatoires, la part des HO/HDT finit par représenter environ 60 % des hospitalisations. Hospitalisation brève et soins à domicile ne sont d'ailleurs pas antagonistes. En effet, l'équipe soignante peut être amenée à prendre en charge le patient en état de crise au sein de l'établissement, dans l'objectif d'un retour rapide à domicile une fois son état stabilisé.

Selon la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), l'HSC constitue, pour trois séries de raisons, un marqueur de l'intégration des acteurs dans un réseau de soins à l'échelle d'un territoire. La MNASM constate qu'une pratique purement hospitalière contribue à la désinsertion des patients et prône, dans ses rapports suivant des visites

d'établissements, une prise en charge plus large des patients en santé mentale, notamment ceux ayant fait l'objet d'une HSC. Par ailleurs, les entretiens menés dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique (MIP) ont permis de dégager des solutions mises en place par des acteurs locaux pour renforcer leurs coopérations.

Ainsi, à Rennes, la municipalité a récemment mis en place une cellule de veille sanitaire destinée à favoriser les rencontres des acteurs et les inciter à échanger sur leurs pratiques professionnelles afin de mieux coordonner leurs actions. Cette cellule comprend l'adjoint au maire chargé de la santé, la police nationale, la police municipale, le juge des tutelles, une assistante sociale et un psychiatre de l'Etablissement public de santé mentale (EPSM).

Selon le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), certains établissements systématisent un contrat de soins formalisé entre les différents intervenants, en associant à son élaboration le patient, sa famille et son environnement social. Ce contrat définit, pour les périodes hors hospitalisation, d'une part une prise en charge par des soins ambulatoires et, d'autre part, un accompagnement social (logement, interventions de travailleurs sociaux, etc.). Ce suivi pourrait s'avérer particulièrement pertinent pour le public des jeunes en rupture avec leur famille, confrontés à la précarité et au mal-logement.

Ainsi, à la suite de ce constat ; il apparaît de nombreuses difficultés dans l'application quotidienne des dispositions réglementaires qui nécessitent bien souvent la recherche d'un équilibre. Ces observations amènent à s'interroger sur les faiblesses du système et les préconisations de réformes qui pourraient en découler.

2 Un dispositif perfectible

2.1 Les faiblesses du système français

Elles portent d'une part, sur la procédure et d'autre part, sur la qualité de la prise en charge.

2.1.1 Une procédure imparfaite

- Des notions ambiguës et complexes

- *Définition du « tiers »¹⁴ bien souvent lourde de conséquences*

Dans le cadre d'une HDT, la demande d'hospitalisation sans consentement peut être formée par un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt. Dans la pratique, c'est l'établissement qui reçoit d'abord le malade qui se met en recherche d'un tiers afin de signer la demande d'HDT. Il est en effet difficile de trouver un tiers dans la mesure où ce tiers se laisse difficilement convaincre voire amener sur l'établissement. Ce dernier ne veut en général pas s'engager jusqu'au bout de la procédure et craint des représailles de la part du malade. De plus, l'isolement de certains patients rend la recherche encore plus compliquée... Etait donc considérée comme tiers toute personne présente au moment de l'opportunité de l'hospitalisation ; les juridictions administratives validaient ces pratiques à condition que la personne puisse justifier de lien personnel avec le malade. L'arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003 affirme ainsi : « *le tiers doit être en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ». Il peut s'agir parfois d'un réel dilemme entre l'impossibilité de placer la personne en HSC et la non assistance à personne en danger...

- *Complexité de la procédure*

Par ailleurs, la procédure peut paraître relativement complexe pour les autorités administratives notamment les élus qui ne la connaissent pas toujours bien¹⁵. Cette méconnaissance entraîne du retard dans la prise en charge voire des difficultés relationnelles entre les acteurs¹⁶. Ainsi des divergences sont à relever entre la nécessaire

¹⁴ Tiers : toute personne agissant dans l'intérêt du patient qui doit pouvoir justifier de liens antérieurs avec le patient. Procédure : plus ou moins hiérarchisée entre les tiers ; demande manuscrite sur papier libre, nom, prénom, date de naissance, domicile, profession du tiers et du patient, lien entre les deux ; demande valable 15 jours.

¹⁵ Entretien avec un MISP.

¹⁶ Entretien s dans un établissement public de santé mentale.

sécurité que prône par exemple le directeur de cabinet d'un préfet¹⁷ et la nécessité des soins : deux logiques différentes...voire antagonistes.

Toutes ces divergences amènent bien souvent des manques de coopération entre les différents acteurs. La dilution de la responsabilité joue un rôle important dans ce problème. En effet, la loi les répartit selon des logiques de soins ou de sécurité qui conduisent ces multiples acteurs à agir au sein d'une même procédure pour un même patient mais avec des enjeux différents...

Enfin, la notion de dangerosité est une notion difficile à appréhender et à définir... Cela peut avoir pour effet des HO prises dans l'urgence.

- Des droits et des libertés insuffisamment garantis

Les droits du malades en régime d'HSC sont les mêmes que ceux de tous les patients. Or, en raison des spécificités de la prise en charge, des constats de lacunes sont observables dans la garantie de certains de ces droits.

- Des implications d'acteurs divergentes

D'une part, on dénote une implication des magistrats relativement insuffisante. Le JLD s'avère très peu enclin à affirmer ses prérogatives. Sa mission n'est pas considérée comme prioritaire par l'institution judiciaire. Un déficit d'échanges entre les acteurs intervenants dans le processus des HDT est à noter. Peu de familles y recourent, souvent par méconnaissance de la procédure... Au regard de statistiques établies par un rapport de l'IGAS de mai 2004, les JLD ne sont saisis que deux à trois fois par an... D'autre part, le cadre procédural est complexe. Ainsi, le JLD peut être saisi sur simple requête (Art. L.3211-12 CSP) et après débat contradictoire et vérifications faites, il peut ordonner la sortie voire se saisir d'office¹⁸. En outre, un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel est membre de la CDHP. Or, une trop grande rotation des magistrats dans ces CDHP est remarquée ce qui empêche un suivi des HSC. De plus, certains JLD qui siègent à la CDHP ne sont même pas convoqués à cette dernière...

Par ailleurs, les visites des établissements sont relativement peu nombreuses. Cette obligation est remplie de façon inégale entre les départements, selon l'implication des autorités, la taille du département voire de la carte sanitaire. Souvent, seuls le Procureur de la République et le Préfet s'en acquittent. La raison principale peut s'expliquer par le manque d'intérêt pour ces visites. De plus, les difficultés de coordination des autorités

¹⁷ Entretien avec un Sous Préfet.

entre elles peuvent représenter un frein à l'intérêt que peut dégager une visite ; peu de conclusions et de rapports en ressortent...

Il est à noter également un rôle plutôt effacé des CDHP. Leur mission est d'examiner la situation des malades en HSC au regard du respect des libertés et de la dignité de la personne. Elles doivent visiter les établissements deux fois par an minimum et établir tous les ans un rapport sur l'usage de ces procédures d'HDT dont celle de l'urgence qui deviennent parfois l'ordinaire (entre 1997 et 2004, leur proportion est passée de 30 à 43 % des HDT)¹⁹. Il s'agit d'un outil important afin de cerner les difficultés dans la prise en charge effective des malades souffrant de troubles mentaux nécessitant une HSC. La Direction Générale de la Santé (DGS) exploite ces rapports. Cependant, il est regrettable que l'exploitation de ces données ne donne pas lieu à des restitutions plus rapides ni à des travaux de réforme. Peu de ces rapports sont en fait réellement analysés.

Le principal problème des CDHP est la difficulté de trouver des psychiatres libéraux pour y siéger. Elles manquent cruellement de moyens ce qui provoque un décalage entre l'étendue de leurs missions et les ressources dont elles bénéficient. Selon l'IGAS²⁰, les CDHP sont donc trop effacées dans leur rôle de contrôle de légalité des mesures d'HSC.

De manière plus générale, il est à noter de très fortes disparités de prise en charge entre les départements. Les disparités s'expriment au travers :

- **des variations des taux d'HSC** : la moitié des départements a un taux compris entre 8.8 et 15.3 % ce qui correspond à un ratio de 1 à 10. Les départements qui présentent des taux d'HSC les plus faibles sont les Hautes Alpes, la Haute Garonne, le territoire de Belfort, le Gard, la Haute Corse, le Calvados et le Gers. Ceux qui disposent des plus forts taux sont l'Oise, les Hauts de Seine, la Savoie, l'Eure et Loire et l'Ain. La sectorisation avancée explique ce taux élevé.

- **des modes d'hospitalisation divergents** : les taux de HDT varient : de 46 pour 100 000 habitants de 20 ans dans les Hautes Alpes par exemple à 331 pour le Jura, ce qui correspond à un écart de 1 à 7.2. Les taux de HO sont aussi fortement variables : de 6 dans la Drôme à 73 dans le Lot et Garonne soit un écart de 1 à 12. Les raisons se trouvent probablement dans la morbidité, les pratiques et les moyens.

- **des typologies de pratiques départementales en HSC** : des départements présentent un nombre élevé de HO et HDT de longue durée (ex. Alpes de Haute Provence). Cependant,

¹⁸ Entretien à la cité judiciaire de Rennes.

¹⁹ La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, M. COLDEFY, p.210.

cette variation d'une zone géographique à l'autre se révèle parfois sans réelle explication d'ordre sociologique ou épidémiologique. Il s'agirait plutôt d'une confusion des applications dans la procédure d'urgence, des difficultés du préfet à coordonner les différents acteurs voire de l'inadaptation des structures de certains départements. Ces différences peuvent s'expliquer par la densité variable de psychiatres, de personnels soignants non médicaux, par la part des secteurs ayant des unités d'hospitalisation fermées, par la densité de la population pénale, la densité de lits de psychiatrie...²¹

Un autre point mérite d'être soulevé : la législation n'accorde pas une place suffisante aux familles. Des associations comme l'UNAFAM pensent qu'une contractualisation avec elles permettrait de mieux les associer.²² La famille n'est pas assez reconnue comme un partenaire dans le soin. Ensuite, l'offre de soins de première ligne, celle en contact du malade au sein de son environnement familial, est souvent peu préparée à la survenue d'une crise aiguë. Deux raisons expliquent cet état de fait. D'une part, les équipes mobiles psychiatriques ne sont pas développées partout. Par exemple, dans le sud du département des Yvelines, une équipe pluridisciplinaire est en mesure d'intervenir au domicile d'un patient pour tenter de juguler la crise, en particulier en proposant des alternatives à l'hospitalisation. Si des pratiques ambulatoires sont développées en amont, le recours à l'HSC diminue. D'autre part, certains territoires souffrent d'un manque de praticiens spécialisés. Ainsi, un des MISPs rencontrés, constate la faible implantation des psychiatres libéraux dans son département.

Les associations d'usagers, à l'image de l'UNAFAM, déplorent que l'hôpital ne gère que la période de crise et que la thérapie se résume souvent à une prise médicamenteuse. Lorsqu'il est stabilisé, le patient doit personnellement entreprendre les démarches pour bénéficier d'un suivi social. Aux yeux des familles, l'HSC constitue souvent un échec du réseau d'accompagnement et de soins. Cet échec survient notamment quand les prémices de la crise, détectés par les proches, ne sont pas pris en compte, ou lorsqu'un patient non suivi cesse de prendre sa médication.

- *Une sécurité des personnes parfois mal assurée*

Les fugues sont souvent difficilement suivies et peuvent rester lettre morte... Ainsi, lorsqu'un patient sous HSC fugue, l'hôpital fait le signalement à la police et à la DDASS. Si le patient est joignable et sous HDT, l'établissement peut le convaincre de revenir en

²⁰ Rapport IGAS mai 2005 LOPEZ Alain et YENI Isabelle VALDES-BOULOUQUE Martine et CASTOLDI Fabrice.

²¹ La prise en charge de la santé mentale, recueil statistique de la documentation française, M. COLDEFY, p. 214 à 220

²² Entretien avec les représentants de l'UNAFAM.

hospitalisation mais ne peut l'y contraindre, donc souvent, les patients ne reviennent pas en hospitalisation et les choses s'arrêtent là... Si le patient représente un danger pour lui-même ou l'ordre public, la police doit être alertée dans les 30 minutes qui suivent la fugue. Cependant, pour les HO, les recherches ne sont parfois guère plus actives. Les coordinations entre les services sont difficiles et la conduite à tenir souvent imprécise. Aussi, afin de limiter le risque de fugue, des établissements ont mis en place des procédures de port de bracelet électronique qui permet aux patients une libre circulation dans l'enceinte de l'établissement. Cependant, ce système reste très limité en matière de droits... (le comité d'éthique a émis des réserves quant à l'usage d'un tel dispositif. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a rendu un avis le 25 avril 1998 : il doit s'agir d'expérience avec consentement du patient...).

- *Des procédures contradictoires*

Les textes applicables mettent en œuvre des procédures potentiellement antagonistes qui peuvent donner lieu à des régimes inéquitables dans la prise en charge. Ainsi, la levée de HO est ordonnée par le Préfet alors que celle d'une HDT se fait sur autorisation du directeur de l'établissement. Cependant, l'HDT n'exclut pas de son champ des patients potentiellement dangereux pour l'ordre public... Une autre disposition peut sembler choquante : dans le CSP, l'hospitalisation des détenus dans une unité spécialement aménagée, sur décision préfectorale, ne peut émaner que d'un certificat d'un psychiatre **extérieur** à l'établissement d'accueil. Or, dans le dispositif de rattachement des services psychiatriques des prisons à des établissements publics de santé, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire sont issus des hôpitaux susceptibles d'accueillir ces détenus en hospitalisation... L'absence d'unités de soins spécifiques pour la prise en charge des détenus (46 % des HO) aggrave la qualité des conditions d'accueil. De même, des HO sont parfois prescrites dans l'urgence avec un seul certificat à l'appui.

2.1.2 Les insuffisances de la prise en charge sanitaire

- La prévention peu développée

La circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique affirme que les secteurs assurent « *la continuité de la prise en charge entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et la surveillance post-cure* ». Or, au regard des observations faites, la prévention n'a pas toute sa place dans le dispositif et n'est pas reconnue comme telle. C'est ainsi que la fermeture de lits de psychiatrie a entraîné un nombre de rechutes après sorties anticipées par manque de suivi... Elle est développée de

manière hétérogène entre les différents départements selon les volontés et impulsions des acteurs de la prise en charge. Il en ressort la diminution des soins offerts à domicile ou en institution substitutive car l'hôpital reste le principal bénéficiaire des crédits alloués pour la prise en charge de la psychiatrie. Il existe alors, peu d'alternatives à l'hospitalisation. Par ailleurs, la famille est peu sollicitée et reste isolée du processus de prise en charge.

- Difficile gestion des crises et des transports (Art. L.3212-3 CSP)

La gestion de crise concerne essentiellement la prise en charge en urgences de malades psychiatriques. La procédure se suffit d'un seul certificat. Le médecin peut appartenir à l'établissement d'accueil et la notion de péril imminent est impérative (mais souvent problématique à déterminer...).

Dans ces cas, la prise en charge en urgence va déterminer le mode futur d'hospitalisation ; il s'agit donc d'une phase relativement importante dans le processus. Or, il est à noter de graves lacunes dans les réflexes des acteurs qui agissent souvent de façon ponctuelle et disparate... Par exemple, certaines autorités administratives refuseront de mettre en œuvre une procédure de HO par peur de représailles ou inversement vont directement placer la personne en HO alors qu'une observation un peu plus poussée aurait permis de prouver que le patient ne présentait pas les conditions de l'HO...

L'organisation des urgences psychiatriques peut obéir à des règles variables selon les départements. Par exemple, la présence 24 heures sur 24 d'un psychiatre au sein du service des urgences du Centre Hospitalier (CH) est peu souvent respectée... En outre, la présence de lits portes à proximité est également peu effective.

Par ailleurs, les transports des patients sans leur consentement, régis par les dispositions de la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires ainsi que par le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente (SAMU), posent de réelles difficultés.

En ce qui concerne le transport du patient souffrant de troubles mentaux, de réels problèmes sont à observer. Souvent, les pompiers ou la police s'en chargent dans la mesure où aucun service de l'hôpital n'y est dédié. Ceci représente un dilemme puisque ni les services de police, ni les pompiers, n'y sont habilités. Ainsi, souvent, des mesures de contention non prescrites sont appliquées sur le patient. Par ailleurs, il arrive que les pompiers ou les ambulanciers privés refusent d'effectuer le transport (pour les HDT). De nombreux accidents viennent soutenir la complexité voire la dangerosité de certains transports de patients violents...

L'improvisation prend souvent une part importante. Des questions sont soulevées quant à la possibilité de contraindre le malade à monter dans le véhicule. L'article L.3222-1 du CSP permet d'exercer une contrainte physique à l'égard d'une personne dont l'hospitalisation est demandée « *lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens strictement adaptés* ». Pour l'HDT, la contrainte ne peut s'exercer que si un certificat médical est déjà élaboré... Le SAMU doit s'assurer de la présence des pièces autorisant le recours à la contrainte, de coordonner le transport et la légitimité des personnes y participant... L'article L.223-1 du code pénal prévoit en effet l'obligation de sécurité et la mise en danger d'autrui qui pourrait résulter du non-respect de l'obligation de prudence. Ainsi, le praticien doit justifier la nécessité de ces mesures de contention voire l'administration de substances à visée sédatrice ; une surveillance médicale durant le transport est alors obligatoire. Cependant, l'usage de la force pose toujours un problème. Seule une mesure de HO peut permettre le recours aux prérogatives de puissance publique, pas une mesure de HDT...

Certains départements ont mis en place des protocoles d'organisation des modalités de transport des malades (ex : dans la Somme une prise de contact est effective avec le CH d'Abbeville par toute personne sur les lieux). En effet, dans le cas d'une HDT, le transport ne concerne ni les forces de l'ordre, ni l'établissement d'accueil, ni le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ni les pompiers. C'est le « tiers » qui a l'initiative de l'organisation du transport... Dans le cas d'une HO, c'est l'autorité administrative (maire, préfet) qui l'exige, donc qui réquisitionne le transport (les forces de l'ordre), mais l'établissement d'accueil n'est pas responsable de l'organisation du transport.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande d'avoir recours au SAMU pour coordonner les modalités du transport entre les intervenants pré et post-hospitaliers. Le financement de ce transport est peu précis : parfois, le budget de la mairie y contribue, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) également voire le tiers qui demande l'HDT...

En outre, la question du lieu auquel doit être adressé le patient n'est pas définie : les patients sont orientés vers les structures d'urgence qui ne correspondent pas forcément à leurs besoins.

- Des conditions d'hospitalisation peu efficaces
 - *Des modalités de prise en charge inadéquates*

Les modalités de la prise en charge en psychiatrie ne sont pas assez diversifiées et le recours à l'hospitalisation est trop souvent la solution apportée. Or, afin de garantir une meilleure prise en charge, des dispositifs variés seraient préférables afin de pouvoir adapter

les soins à la singularité de la situation. L'enfermement ne peut être la seule solution. En effet, trop peu d'alternatives à l'hospitalisation sont offertes. Or, le nombre de possibilités ne manque pas.²³ Ainsi, l'HSC intervient parfois trop hâtivement. Certains professionnels déplorent l'absence d'un certificat des 72 heures, qui permettrait l'observation et le recul nécessaires afin de réellement appréhender les soins nécessaires à la personne.

En outre, certains troubles peuvent être rapidement résolus sans HSC. Des traitements médicaux peuvent agir en quelques jours. Ainsi, les modalités de prise en charge sont parfois inadaptées et engendrent des hospitalisations plus longues que nécessaires.

Par ailleurs, le mélange des pathologies au sein d'un même service entre les patients qui relèvent d'une HO et ceux d'une HDT dessert la qualité des soins. Ceci peut s'expliquer par la diminution du nombre de lits de psychiatrie dans un contexte de hausse des HSC. Donc, la « cohabitation » dans une même unité de HO et HDT voire de HL est inévitable. Ce mélange de régime et donc de pathologies est néfaste pour la qualité de la prise en charge. Cela entraîne des difficultés dans l'organisation des soins.²⁴

L'enfermement est parfois imposé aux malades en HL quand l'unité doit être fermée... Ceci témoigne de locaux souvent mal adaptés. Certains patients sont gardés en chambre d'isolement bien trop longtemps... L'absence de locaux sécurisés peut donc représenter une gêne dans la prise en charge.

La situation particulière des détenus mérite qu'on s'y attache. Soumis à des situations déplorables selon certains interlocuteurs du fait de conditions difficiles d'hospitalisation, il en ressort que les détenus se trouvent souvent dans l'impossibilité d'être conduits en structure. Lorsqu'ils le sont, ils sont mis en chambre d'isolement dans des conditions drastiques (enfermement, pas de sortie en cour fermée, pas de TV, journaux...). Leurs droits sont moins respectés à l'hôpital qu'en prison.

- Le faible respect des droits du patient

Le droit à l'information notamment est parfois difficilement mis en œuvre. Ainsi, les informations délivrées par le médecin doivent s'adapter au patient. Or, les équipes soignantes peinent à expliquer au patient les raisons de son hospitalisation. Le livret d'accueil peut parfois se révéler confus dans la présentation de certains droits dont celui du droit au recours : la différence entre les recours administratifs et judiciaires est souvent peu explicitée. En outre, lorsque le nombre de personnels soignants ne suffit pas, certaines

²³ Annexe n° 9 sur les différentes modalités d'alternatives.

²⁴ En outre, des soucis de protection de patients mineurs se sont posés lors de rencontres entre des populations adultes sous HSC et des mineurs en HL dans une même unité...

autorisations de sorties pour des patients en HDT ne peuvent être permises et donc entraînent des privations de liberté non justifiées médicalement... Par ailleurs, le libre choix du médecin n'est pas respecté. Le malade sous HSC ne choisit pas l'équipe qui le soigne. Or, ceci est contraire aux dispositions du CSP, au regard de l'article L. 3211-1 qui dispose que 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* ». Ce principe est très peu respecté. Ceci entre en effet en contradiction avec la volonté affichée d'organiser la planification des soins.

2.2 Des améliorations nécessaires

Les procédures françaises d'HSC posent donc des problèmes éthiques, en ce qu'elles mêlent des logiques parfois antagonistes : protection de l'ordre public, mais aussi libertés individuelles et accès aux soins des personnes non consentantes. Nécessairement imparfaites, c'est à ce titre que des propositions de révision sont régulièrement émises.

2.2.1 Panorama des législations étrangères en matière d'HSC

Dans cette optique, il nous semble pertinent d'observer comment d'autres pays tentent de résoudre cette équation quasi impossible. D'une manière générale, il semble que nos voisins européens se démarquent de deux manières : ils disposent de procédures de HSC incluant systématiquement le juge (ce qui ne suffit pas toujours à les mettre en conformité avec la CEDH) ; ils ne présentent qu'une procédure de HSC (hors celle d'urgence). En outre, le recours à l'HSC pour des motifs de maintien de l'ordre public est plus répandu en France qu'à l'étranger (exception faite du Luxembourg).

En Italie : les secteurs italiens, « *unités sanitaires* » organisent aussi bien l'offre en santé mentale qu'en soins généraux. Malgré la volonté de désépécification de la psychiatrie, affirmée par la loi du 13 mai 1978, la psychiatrie publique conserve un statut particulier. La question des HSC en témoigne. Fait primordial, le droit italien distingue les notions de « *traitement sanitaire obligatoire avec hospitalisation* » et de « *traitement sanitaire obligatoire ambulatoire* ». Le principe de liberté individuelle est ainsi respecté au mieux ; le traitement sanitaire obligatoire avec hospitalisation reste l'exception. Il n'est possible que lorsque trois conditions sont réunies : les altérations psychiques présentées doivent nécessiter une intervention thérapeutique urgente, le malade refuse le traitement et il n'existe pas de structures extrahospitalières en mesure d'offrir un traitement sanitaire

ambulatoire. Une fois réunies, une procédure de contrôle judiciaire est mise en œuvre. En effet, la décision est prise à titre provisoire par le Maire, puis notifiée dans les 48 heures au juge des tutelles. Dans les 48 heures suivantes, le juge procède à une instruction du dossier et prend la décision définitive. Il en informe le Maire, qui peut, ainsi que toute personne intéressée, interjeter appel. Si le traitement sanitaire obligatoire avec hospitalisation dure au delà de sept jours, le dossier est à nouveau transmis au juge en vue d'une nouvelle décision. L'organisation en secteurs prévoyait une prise en charge des hospitalisations psychiatriques par l'hôpital général, mais il fallut attendre une loi de 1994 pour que l'Etat impose aux régions la fermeture des hôpitaux psychiatriques.

En Espagne : la sectorisation espagnole est générale : les « aires de santé », structures de base du système de santé, incluent les équipements du service public de santé mentale comme ceux des secteurs MCO. L'hôpital général abrite les unités d'hospitalisation psychiatrique. Une loi de 1983 a instauré un système judiciaire en matière d'HSC. Il est organisé selon le schéma suivant : le juge rencontre la personne, le juge fait établir un rapport médical, le juge nomme un défenseur à la personne, le juge communique le dossier au ministère public, le juge prend dans le cadre d'une procédure contradictoire une décision provisoire d'internement, le juge contrôle périodiquement la mesure d'internement (tous les six mois). L'efficacité de cette organisation, d'abord discutée, s'est améliorée au fil des années. Elle est complétée par la procédure dite de l'«habeas corpus», instaurée en 1984. Toute personne retenue (y compris dans un hôpital) peut obtenir de la justice le contrôle de la légalité de la procédure d'enfermement et, le cas échéant, la levée de la mesure.

En Grèce : le droit hellénique a institué un tribunal spécialisé original en matière de contestation d'HSC : composé uniquement de médecins, il ne s'occupe que des affaires de santé mentale. A la différence du juge français de la liberté et de la détention qui, bien que spécialisé dans les problématiques de liberté et de détention, n'est pas spécialiste de la psychiatrie.

En Allemagne : l'Allemagne dispose d'une procédure judiciaire pour les HSC. Ses principes ont été posés par une loi fédérale de 1990, mais remontent au Code civil allemand de 1896. Conformément à la recommandation 1235 adoptée par le Conseil de l'Europe en 1994, un juge décide du placement, en précise la durée, et révisé périodiquement sa décision. La décision préalable d'internement est donc judiciaire, ainsi que le contentieux a posteriori.

Au Royaume-Uni : le « Mental Act » de 1983 dispose qu'une personne ne peut être considérée comme atteinte de troubles mentaux sur le simple fondement d'une conduite immorale, de déviance sexuelle ou d'addictions. La procédure britannique d'HSC répond aux standards européens de judiciarisation. Mais cela n'a pas empêché la condamnation du pays par la CEDH sur la base de l'article 5 de la Convention. Celui-ci dispose que toute personne privée de sa liberté doit en être informée des raisons et doit se voir notifiée toute accusation portée contre lui. C'est notamment pour répondre à ces accusations que de nouvelles juridictions d'appel ont été créées. Deux juges composent ces juridictions spécialisées, les « tribunaux de révision des affaires de santé mentale » : un juriste, et un médecin. Ces tribunaux ne se contentent pas de confirmer ou d'infirmer les procédures d'internement. Ils peuvent préciser la date de sortie du malade, ce qui revient à différer l'effectivité de la levée de la mesure. Ainsi la sortie du patient peut-elle être préparée.

Au Luxembourg : la législation est basée sur le Code Napoléon. On y trouve aussi des emprunts belges, et des traces allemandes. Les HSC sont régies par la loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements ou services psychiatriques fermés. Ces placements sont judiciaires, mais définis comme actes médicaux à visée thérapeutique : seul l'irresponsable pénal voit la durée de son traitement soumise à la décision d'une commission spéciale mixte présidée par un magistrat. Ceci dit, les facteurs « dangerosité pour soi-même et pour autrui » prévalent sur la protection de la santé individuelle ; les motifs d'HSC sont en majorité liés aux situations aiguës de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il n'existe pas de distinction entre HDT et HO, ni entre procédure ordinaire et procédure d'urgence. Une phase d'observation est censée précéder le maintien du placement, mais ce déroulement est sans véritable impact. Les moyens de recours contre la mesure de placement sont clairement précisés : le parquet de l'arrondissement juridique compétent en est garant.

Au Canada : l'exemple canadien nous a été cité avec intérêt par une psychiatre. Il s'agit d'une procédure judiciaire contradictoire où le juge prend la décision d'HSC après avoir entendu successivement les arguments médicaux puis ceux de la personne concernée, au besoin assistée d'un avocat.

C'est notamment au regard de ces exemples que des propositions ont été émises pour améliorer le système français d'hospitalisation sans consentement.

2.2.2 Propositions, améliorations, évolutions

Des interrogations demeurent aujourd'hui quant au devenir de ces procédures d'HSC. Le sujet est sensible dès lors que l'on s'attaque à la liberté individuelle de chacun. En outre, différents courants de pensée s'opposent et certains événements récents impliquant des personnes atteintes de troubles mentaux ont conduit les pouvoirs publics à prôner un discours assez sécuritaire au détriment des droits des patients des établissements psychiatriques. En attendant le vote d'une future loi de santé mentale, un certain nombre de recommandations provenant de la HAS, de l'IGAS ou encore du récent rapport «COUTY» tente de renforcer la prise en charge en psychiatrie. De plus, la grande diversité d'acteurs confrontée à cette problématique d'hospitalisation sans consentement représente une force de proposition en la matière venant compléter les recommandations institutionnelles.

- Lutte contre les discriminations en psychiatrie

Hospitaliser une personne sans son consentement, malgré sa légitimité, est une atteinte grave aux libertés individuelles. Cependant, force est de constater que restreindre les droits et libertés des personnes atteintes de trouble mental semble relever de l'évidence pour une partie de la population qui confond hospitalisation psychiatrique et dangerosité de la personne hospitalisée. Or, il devient très difficile pour cette dernière de défendre ses droits alors qu'elle est stigmatisée par une partie de l'opinion qui ne la considère pas comme son égal. Ainsi, une des préconisations du rapport sur les missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie issu des travaux de la commission présidée par Edouard COUTY consiste à fixer comme nouvel objectif prioritaire national la lutte contre les discriminations et la stigmatisation de la psychiatrie, de la santé mentale et des malades. La MNASM prône, quant à elle, le développement d'un panier de services en psychiatrie proposé à la population, à l'échelle d'un territoire, pour faciliter l'information et la prise en charge des patients, avec une articulation des secteurs sanitaire et social visible et lisible.

Cet effort pédagogique semble bien perçu par les professionnels de la psychiatrie. Une information du grand public sur un mode « non sensationnel » devrait permettre de mieux connaître la maladie psychiatrique et d'en avoir moins peur afin d'en finir avec cette confusion systématique qui veut que tout aliéné mental soit dangereux.

- Amélioration de la formation initiale et continue

Dès 2005, l'HAS recommandait que soient mises en place des actions de formation initiale et continue des intervenants hospitaliers concernant les procédures et les modalités de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement. Cette démarche se poursuit au

sein des établissements par le biais de la formation continue et tend à s'étendre de plus en plus aux médecins généralistes libéraux amenés à établir l'un des deux certificats médicaux nécessaires à une hospitalisation sur demande d'un tiers. Si le fait qu'un médecin non psychiatre puisse établir le certificat médical joint à la demande du tiers n'est pas remis en cause, il n'en demeure pas moins que sa responsabilité est grande et qu'une méconnaissance de ces procédures s'avèrerait dommageable. Renforcer les formations en psychiatrie légale et expertise judiciaire constitue une des priorités de la commission «COUTY» qui recommande également, en accord avec les professionnels, le développement de stage en Centres médico-psychologiques (CMP) et dans le secteur médico-social.

- **Judiciarisation des procédures d'HSC**

Pour diverses raisons, des voix s'élèvent parmi les directeurs d'établissement et psychiatres, reprenant une proposition envisagée dès septembre 1997 par le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, afin que l'autorité judiciaire prenne la responsabilité du placement en hospitalisation sans consentement. En effet, le juge, garant des libertés individuelles au titre de l'article 66 de la Constitution de la V^{ème} République, est l'autorité la plus légitime pour prendre cette décision. Une procédure contradictoire permettant au patient, accompagné d'un avocat, de répondre aux arguments médicaux renforcerait ses droits. En outre, le magistrat apporterait une caution et une validité juridique à cette hospitalisation ce qui aurait pour effet de décharger partiellement de leur responsabilité médecins et directeurs. De plus, il semble qu'aujourd'hui, toutes les conditions sont réunies pour permettre à l'appareil judiciaire de prendre matériellement en charge cette décision et mettrait ainsi un terme à cette exception française.

Le poids de l'HDT ne reposerait alors plus sur les familles comme le revendiquent les associations d'usagers. Enfin, cette innovation clarifierait les modalités de recours juridictionnel.

- **Alternatives à l'hospitalisation**

Les procédures d'HSC semblent inadaptées car elles ne correspondent plus assez aux besoins et au type de prise en charge recherché. Comme le réclament familles et associations d'usagers, le développement d'une prise en charge ambulatoire et à domicile ne peut qu'améliorer le suivi du patient tout en garantissant ses droits et liberté d'aller et venir. Certains établissements ont commencé à le faire en créant par exemple des équipes mobiles suite aux recommandations de l'IGAS émises en 2006. Plutôt que sur

l'hospitalisation, la contrainte s'exercerait sur le soin. D'aucuns parlent dans ce cas d'obligation de soins sans consentement. Ce procédé d'injonction de soins se rapprocherait alors du modèle employé pour les toxicomanes. De plus, des évolutions notables en pharmacologie par la médecine psychiatrique sont à soulever puisqu'elles permettent aujourd'hui le retour à domicile de malades réputés auparavant incurables, diminuant de fait le recours et le maintien en hospitalisation. Disposer d'une alternative à l'hospitalisation constitue l'un des principaux souhaits des familles et associations d'usagers et s'inscrirait dans une prise en charge complète à savoir en amont une prise en charge ambulatoire et en aval un accompagnement médico-social.

- Coopération

Toute amélioration de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques et mentaux ne pourra faire l'économie d'une action concertée et coordonnée de l'ensemble des acteurs au niveau des secteurs ce qui n'est pas toujours le cas. A ce titre, la commission «COUTY» préconise d'étendre la représentation des usagers dans les différentes instances du système de soins notamment au niveau national ou local au sein du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des futures instances des Agences régionales de santé (ARS) ou des services de la cohésion sociale.

- Avenir

Tout d'abord, il serait nécessaire de renforcer le poids des CDHP. A l'heure actuelle, les différents acteurs liés par cette problématique de l'hospitalisation sans consentement sont dans l'attente. De la discussion et du vote au Parlement du projet de loi Hôpital Patients Santé Territoire vont découler beaucoup de nouveautés. La création des ARS et la disparition des DDASS vont remodeler le paysage hospitalier. Il n'est pas exclu qu'une modification des procédures d'HSC et plus particulièrement d'HO entraîne un transfert des compétences du Préfet envers le Directeur de l'ARS qui se prononcerait uniquement sur des considérations sanitaires.

Conclusion

Hospitaliser une personne sans son consentement est donc en France un acte qui reste juridiquement encadré et numériquement limité. Depuis la loi de 1990, les notions de protection des personnes et de santé publique priment sur celle de l'ordre public. Une logique sanitaire permanente, conciliant libertés individuelles et protection de l'individu et de la société, est désormais au cœur des procédures d'HO et d'HDT. Dans l'ensemble, et malgré quelques inévitables glissements, les HSC sont maîtrisées. Il n'est pas contesté qu'une intervention extérieure, même coercitive, soit parfois nécessaire à la protection et au rétablissement des personnes malades.

Ceci dit, les procédures d'HSC sont bien évidemment perfectibles. Une des principales améliorations collectivement souhaitée, davantage qu'une éventuelle judiciarisation de la procédure, serait de créer une «obligation de soins ambulatoires», parfois plus pertinente qu'une hospitalisation complète.

Toutefois, et notamment en raison de faits divers largement médiatisés, il semblerait que l'impératif de protection de l'ordre public, certes indispensable, préside de nouveau. Le contexte n'est de ce fait pas serein pour procéder à une réforme des HSC, appelée par nombre d'acteurs du milieu. Ce retournement, officialisé par le discours prononcé en 2008 à Antony par le Président de la République, est donc logiquement accueilli avec une certaine circonspection par les professionnels.

Dès lors, il est permis de s'interroger quant à la manière de réformer une procédure globalement satisfaisante. C'est l'efficacité des HSC, et non la gestion des peurs attisées par l'actualité, qui doit guider tout esprit de réforme.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, codifiée : articles L.3211-1 à 13 ; L.3212-1 à 12 ; L.3213-1 à 10 ; L.3214-1 à 5 ; L.3215-1 à 4 ; L.3222-1 à 6 ; L. 3223-1 à 3 ; R.3221-1 à 11 ; R3223-1 à 10 du Code de la Santé Publique.

Loi n°2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, mise en application en 2001.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation des libertés.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement : synthèse des rapports des CDHP de 2005 et des instructions relatives à la transmission du rapport d'activité pour 2007.

http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/0805/ste_20080005_0100_0073.pdf

Circulaire n°DHOS/O2/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie.

Lettre ministérielle DGS/SD 6 C du 4 avril 2003 relative aux sorties de courte durée de malades – faisant l’objet d’une HDT – accompagnés ou non par du personnel de l’établissement d’accueil.

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-17/a0171285.htm>

PLANS, RAPPORTS, PROGRAMMES, RECOMMANDATIONS

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008.

www.editions.ensp.fr

LOPEZ Alain et YENI Isabelle (IGAS), VALDES-BOULOUQUE Martine et CASTOLDI Fabrice (IGSJ), Rapport de l’IGAS – 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, Mai 2005.

LOPEZ Alain et LAURAND Gérard (IGAS), BOURQUARD Joëlle et THOMAS Françoise (IGSJ), RIERA Ramiro et BABRE Simon (IGA), La prise en charge des patients susceptibles d’être dangereux, Février 2006.

COUTY Edouard, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport, janvier 2009.

http://www.sante.sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie.pdf

Haute Autorité de Santé, *Modalités de prise de décision concernant l’indication en urgence d’une hospitalisation sans consentement d’une personne présentant des troubles mentaux*, Avril 2005, p.18.

OUVRAGES, ARTICLES

COELHO José, *Hospitalisations psychiatrique sous contrainte : plaidoyer pour une réforme*, Revue de droit sanitaire et social, Mars-avril 2006, P. 249 à 262.

COLDEFY M., *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*, p.210.

MASSE Gérard, *L'hospitalisation sous contrainte*, Sève, 2007/4 – 7 – n°17, p.65 à 77.

La gazette santé sociale, N°49 – 02/2009, *Santé mentale – La crise s'aggrave*, L. Darmon, p.8 à 25.

Bulletin National Santé mentale et précarité, *Dossier Elus des villes et santé mentale*, octobre 2006.

FHF, *Soins sans consentement en psychiatrie*, actes du Colloque FHF – FEHAP, 24 janvier 2004.

DESCHAMP Jean-Louis, Conférence, *Approche comparative des législations en santé mentale*, colloque HOPE, Sénat, 23 janvier 2004.

SPANTZ Jean-Marie, Conférence, *Libertés et sécurité : le dilemme et son reflet dans la loi luxembourgeoise*, colloque HOPE, Sénat, 23 janvier 2004.

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Remis par Dr MARQUIS et Dr EPAILLARD, animateurs du groupe MIP 22 - 2009

Liste des annexes

Annexe 1	Méthodologie
Annexe 2	Budget
Annexe 3	Le parcours du patient : logigramme
Annexe 4	Exemples de certificats : HDT, HDT d'urgence, HO
Annexe 5	Exemple d'arrêté de HO
Annexe 6	La CDHP
Annexe 7	Grilles d'entretiens
Annexe 8	Grille de synthèse des entretiens
Annexe 9	Dispositif d'alternatives à l'hospitalisation

METHODOLOGIE

Afin de répondre au mieux à la question posée, le groupe s'est organisé autour de trois axes principaux de travail :

- recherche documentaire ;
- enquête de terrain ;
- exploitation, analyse et synthèse des données recueillies.

Ces axes de travail sont venus conforter la problématique aboutissant à la définition d'un plan.

1 Appréhension du sujet

Celle-ci s'est effectuée en deux temps : tout d'abord une présentation des animateurs et des membres du groupe (identité, parcours professionnel, formation suivie à l'EHESP) et un exposé des deux animateurs sur la problématique.

Après un temps d'échanges destiné à définir les principaux concepts, à délimiter le sujet à traiter, le groupe a désigné une référente et une coordinatrice avant d'élaborer une première ébauche de plan.

2 Approche théorique

Constitution des sous-groupes par thèmes de travail. Chaque sous-groupe devait se charger des recherches documentaires nécessaires à son champ d'investigation sachant que le dossier initialement fourni était déjà riche d'informations.

La répartition s'est faite en fonction des intérêts de chacun par rapport à son cursus de formation en essayant de tenir compte des disponibilités et des diverses contraintes matérielles.

3 Mise en commun des informations et des écrits

En plus d'échanges journaliers par messagerie électronique, le groupe s'est réuni de façon régulière à raison de trois séances de travail par semaine. En outre, les groupes travaillaient en autonomie sur leurs recherches et leurs entretiens.

4 Coordination et articulation du devoir en fonction des divers apports

Selon les conclusions de la mise en commun, le plan a évolué et s'est précisé. Lors des séances de travail, chacun a fait part de son avancement et de ses interrogations. Une mise en commun des travaux a été alors réalisée pour aboutir à une rédaction collégiale.

5 Approche de terrain

Création des groupes de visite. Chaque groupe a été constitué de deux ou trois personnes, en interfiliarité, dans un souci d'approche différenciée et d'objectivité des comptes-rendus des entretiens.

Les rendez-vous auprès des intervenants ont été pour la majorité d'entre eux, pris par les deux animateurs du groupe. La liste étant exhaustive, il ne restait plus qu'à les confirmer.

L'élaboration des grilles d'entretien, adaptées à chaque type de professionnel rencontré, a fait l'objet d'un travail collectif afin d'avoir une vision pluridisciplinaire. 22 entretiens ont été menés à raison de 2 ou 3 entretiens par groupe de visite. Les professionnels rencontrés sont :

- Des représentants des institutions : Préfecture, Justice, DDASS, municipalité ;
- Des représentants du monde médical : psychiatre, chef de service, chef d'établissement, directeur des soins, personnel ;
- Des associations représentant les usagers.

Concernant les visites des établissements de santé : 3 visites en EPSM (Guillaume Régnier à Rennes, Saint-Avé (Vannes) et Saint-Brieuc) et 1 visite en hôpital général (Saint-Malo).

6 Gestion du temps

Dès notre premier regroupement, le groupe s'est fixé une gestion stricte du temps pour des raisons d'efficacité du travail réalisé : entretiens, restitutions, rédaction des parties et sous-parties du devoir, mise en commun et rédaction de l'introduction et de la conclusion.

ANNEXE n° 2

BUDGET

Budget prévisionnel MIP		Groupe	22
Produits			630,00 €
Charges	Unité	Prix unitaire	Total
AR SNCF Paris/Rennes abonnement	1	70 €	70,00 €
AR SNCF Paris/Rennes plein tarif	1	150,00 €	150,00 €
26 tickets métro Rennes	26	1,20 €	31,20 €
3 tickets métro Paris	3	1,60 €	4,80 €
860 km voiture	504	0,25 €	126,00 €
	356	0,32 €	89,00 €
Total charges			471,00 €
Solde			159,00 €

Dépenses effectives		Groupe	22
Produits			630,00 €
Charges	Unité	Prix unitaire	Total
AR SNCF Paris/Rennes abonnement	1	56 €	56,00 €
AR SNCF Paris/Rennes plein tarif	1	122,30 €	122,30 €
26 tickets métro Rennes	22	1,20 €	26,40 €
3 tickets métro Paris	6	1,60 €	9,60 €
860 km voiture	504	0,25 €	126,00 €
	356	0,32 €	89,00 €
Total charges			429,30 €
Solde			200,70 €

PARCOURS DU PATIENT HOSPITALISE SANS CONSENTEMENT

Figure1 : parcours du patient en HO

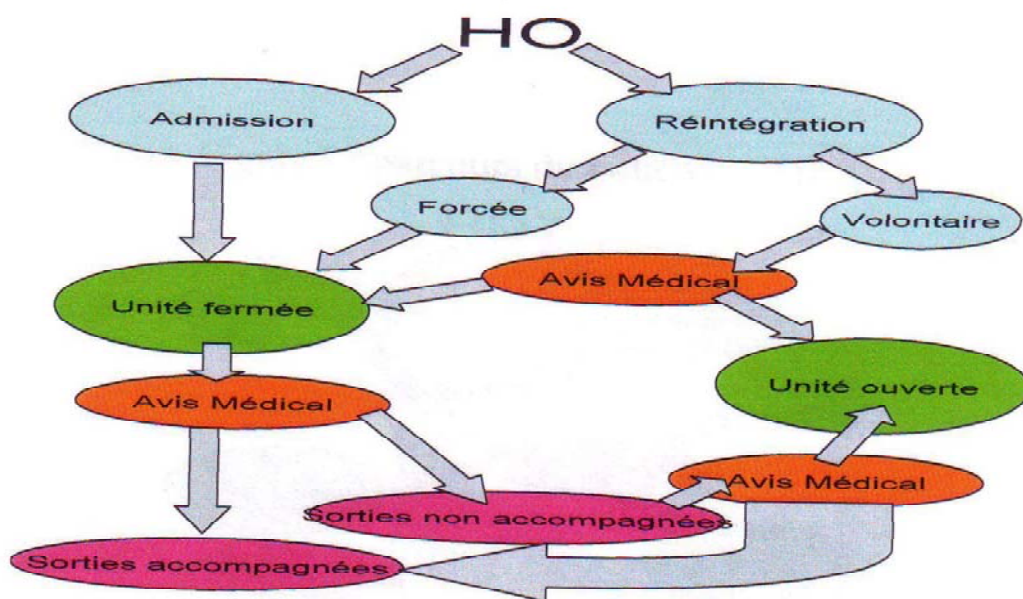
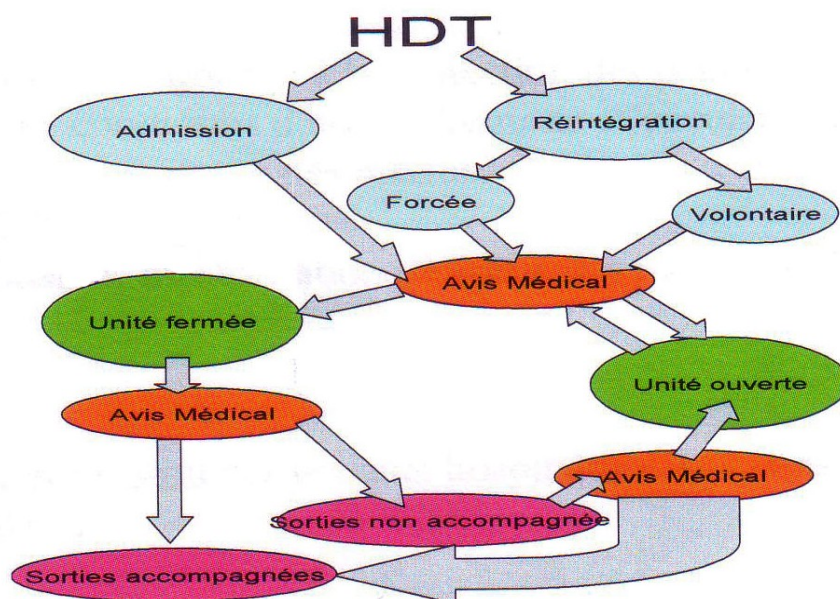


Figure 2 : parcours du patient en HDT



ANNEXE n°4 (1/2)

Modèle de certificat médical en vue d'une hospitalisation à la demande d'un tiers (Article L3212-1 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) docteur

Certifie avoir examiné le

M, Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant à

Et avoir constaté qu'il (elle) présente les troubles suivants :

Il est indispensable de décrire les troubles observés en évitant de donner un diagnostic. Si vous n'avez pas observé vous-même les manifestations qui ont nécessité votre intervention vous pouvez rapporter des informations qui vous ont été transmises en précisant vos sources (par exemple : aux dires de...). Ce certificat est un document administratif qui peut être utilisé lors d'un recours au tribunal administratif, il doit donc être descriptif et précis.

J'atteste que ces troubles rendent impossible son consentement à l'hospitalisation et que son état nécessite des soins immédiats assortis s'une surveillance constante en milieu spécialisé.

Modèle de certificat médical en vue d'une hospitalisation à la demande d'un tiers selon la procédure d'urgence (Article L3212-3 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) docteur

Certifie avoir examiné le

M, Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant à

Et avoir constaté qu'il (elle) présente les troubles suivants :

Il est indispensable de décrire les troubles observés en évitant de donner un diagnostic. Si vous n'avez pas observé vous-même les manifestations qui ont nécessité votre intervention vous pouvez rapporter des informations qui vous ont été transmises en précisant vos sources (par exemple : aux dires de...). Ce certificat est un document administratif qui peut être utilisé lors d'un recours au tribunal administratif, il doit donc être descriptif et précis.

J'atteste que ces troubles rendent impossible son consentement à l'hospitalisation, qu'ils représentent une situation de péril imminent et que son état nécessite des soins immédiats assortis s'une surveillance constante en milieu spécialisé.

ANNEXE n° 4 (2/2)

Modèle de certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office (Article L3213-2 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) docteur

Certifie avoir examiné le

M, Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant à

Et avoir constaté qu'il (elle) présente les troubles suivants :

Il est indispensable de décrire les troubles observés en évitant de donner un diagnostic. Si vous n'avez pas observé vous-même les manifestations qui ont nécessité votre intervention vous pouvez rapporter des informations qui vous ont été transmises en précisant vos sources (par exemple : aux dires de...). Ce certificat est un document administratif qui peut être utilisé lors d'un recours au tribunal administratif, il doit donc être descriptif et précis.

J'atteste qu'il (elle) présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins en milieu spécialisé et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

ANNEXE n°5

Arrêté municipal portant hospitalisation d'office de M.....en raison de troubles mentaux.

Le Maire,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment son article L.2212-2-6,

Vu le Code de la Santé Publique et notamment l'article L.3213-2,

Vu le certificat médical établi le

Par le docteur

Médecin à

Considérant que M.....

Né (e) le.....à

Demeurant à

Présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes (ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public).

ARRETE

Article 1 : L'état de M.....
Nécessite son hospitalisation immédiate au centre hospitalier de.....

Article 2 : Personne à aviser :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Lien de parenté :

Le

Le Maire

ANNEXE n° 6

LA CDHP

Dans chaque département est institué une CDHP chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Elle est composée :

- de deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;
- d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- de deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;
- d'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département. La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire (Art. L 3223-3 CSP).

Au titre de ses missions elle :

- est informée de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;
- établit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence ; examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;
- saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;
- vérifie les informations transcrites sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- adresse, chaque année, le rapport de son activité au préfet et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale;
- peut proposer au président du tribunal de grande instance du ressort de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement.

Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

GRILLES D'ENTRETIENS

Questionnaire commun à tous les acteurs

- Rôles, interventions, missions et responsabilités au cours des procédures d'HSC
- Différence entre HO et HDT
- Place des HO/HDT dans l'environnement local
- Expériences et pratiques vécues
- Coopérations avec les autres acteurs du secteur
- Plus-value dans le système
- Points positifs / points négatifs de l'HSC
- Evolutions attendues

Questionnaire acteurs institutionnels (mairie, préfecture)

- Gestion des permanences et des astreintes
- Positionnement au sein du dispositif
- Evolution du dispositif depuis son introduction par la loi de 1838
- Notion d'ordre public
- Raisons du nombre croissant d'HO sur demande du Maire
- Rôle de l'ARS dans le dispositif

Questionnaire Contrôleur des lieux de privation de liberté

- Avis sur des procédures restrictives de liberté et sur le respect des droits de la personne hospitalisée
- Mixité des personnes hospitalisées selon leur pathologie
- L'unité des droits sur le territoire
- Vision nationale du problème
- Risque de dilution de la responsabilité entre les acteurs
- Propositions

Questionnaire personnel de direction

- Plan de gestion des risques
- Problème des fugues : responsabilités, procédures, prévention
- Conciliation prise en charge thérapeutique et sécurité des personnes et des biens
- Gestion des gardes et astreintes
- Formation du personnel spécifique aux procédures d'HSC
- Gestion des médias

Questionnaire directeur des soins

- Organisation des équipes paramédicales dans le cadre de l'HSC
- Différence dans la gestion du personnel en temps normal et en temps de crise
- Formation du personnel adaptée aux patients en HSC (agressivité, violences)
- Protection du personnel
- Retours d'expérience
- Dimension humaine de la prise en charge
- Place des familles

Questionnaire MISP

- Contrôle administratif ou médical
- Gestion du dispositif
- Avenir avec la mise en place des ARS

Questionnaire Psychiatre

- Conditions et qualité de la prise en charge
- Est-elle adaptée ?
- Mixité des personnes hospitalisées selon leur pathologie
- Avis sur le concept de dangerosité psychiatrique et de dangerosité criminelle
- Propositions

• ANNEXE n° 8

SYNTHESE DES ENTRETIENS

Acteur	Rôle et objectifs	Ressources	Contraintes	Modalités d'actions
Usagers	Représenter, défendre et soutenir les familles et les malades psychiques. Contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient.	L'association UNAFAM reconnue et agréée.	Les difficultés du système actuel liées aux contraintes des différents partenaires impliqués dans la prise en charge du patient.	Permettre la coordination des structures par une meilleure coopération entre les acteurs.
MISP	Garantir l'intérêt des personnes. Préparer le dossier d'HSC pour le préfet	Statut médical qui lui accorde une position centrale dans processus de PEC d'HSC	Est au centre de deux logiques différentes : garantir les soins à la personne malade en respectant ses droits et souci sécuritaire Difficulté d'obtenir deux certificats médicaux lors d'HDT	Composition du dossier d'aide à la décision préfectorale (fiche d'aide, certificats médicaux, arrêtés d'admission, renouvellement, sorties) Implication dans la CDHP
Préfet	Garantir la sécurité publique	Représentant de l'état Légitimité et autorité statutaire. Equipe pluridisciplinaire composée d'administratifs de soignants d'experts, qui le conseille pour la prise de décision	Notion de dangerosité difficile à apprécier au travers de termes médicaux méconnus Acteur de première ligne (avec le DH) en cas de médiatisation Dans la pratique, parfois délégation de signature mais pas de responsabilité.	Prise de décision du mode d'hospitalisation et de levée d'HDT et HO.
Médecin psychiatre	Diagnostiquer un trouble psychiatrique et poser une prescription d'hospitalisation sans consentement. Evaluer la dangerosité du patient pour définir le mode d'hospitalisation le plus approprié	Indépendance du corps médical, donc liberté de prescription du traitement Possibilité de prescrire un isolement du patient en cas de crise. Suivi des recommandations de l'HAS	Pression sécuritaire des autorités administratives qui recherchent des garanties avant d'accorder ou lever des HSC Responsabilité de l'évaluation de la dangerosité.	Consultation, diagnostic, expertise, suivi et accompagnement des patients. Accompagnement des familles Conseiller (expertise) du préfet, du JDL
Directeur d'établissement de santé	Garantir au sein de l'établissement de santé la sécurité des patients et des personnels Veiller à la régularité des dossiers d'admissions	Règlementation	Engagement de sa responsabilité en particulier en cas de fugue Acteur de première ligne (avec le préfet) en cas de médiatisation Contraintes architecturales de l'établissement, des ressources humaines	
Directeur de soins	Assurer une prise en charge convenable des patients à partir de protocoles ad hoc et une absence de défaut de surveillance ; Assurer la sécurité des personnels soignants dans un contexte de soins avec risque de violence	Travail en équipe pluridisciplinaire ;	Les personnels soignants ne sont pas des surveillants de prison. Respect de l'éthique des soins : difficulté de concilier soins et coercition	Equipe de soins mixtes et formées Procédures de prise en charge formalisées et testées Risques professionnels pris en compte (PTI)
Contrôleur général des lieux de privation des libertés	Contrôler du respect des droits des patients et de proposition d'améliorations des pratiques aux administrations et au gouvernement	Faire respecter les droits et la dignité des patients sans faire ingérence dans la pratique médicale	Légitimité et autorité nationale du fait d'un rattachement statutaire au premier ministre	Visite, expertise, proposition au travers de rapports d'activité
Juge des libertés et de la détention	Garantir le respect des droits des patients en particulier le respect des libertés individuelles ; Contrôler le motif d'hospitalisation ; Décider du maintien ou de l'annulation de l'HSC	La réglementation en vigueur ; Est membre de la CDHP	Etre informé des visites exercées par la CDHP	Visite et expertise .

DISPOSITIFS D'ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

Les prises en charge ambulatoires

Les patients sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Il s'agit d'unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile.

Les prises en charge à temps partiel

Quatre formes de prise en charge à temps partiel, correspondant à quatre types de structures différentes :

- *les hospitalisations en hôpital de jour (pour des soins polyvalents et intensifs durant la journée ; individualisation des protocoles thérapeutiques),*
- *les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (maintenir et favoriser une existence autonome avec des actions de soutien et des thérapies de groupe),*
- *l'hospitalisation en hôpital de nuit,*
- *les ateliers thérapeutiques.*

Les prises en charge à temps complet (ailleurs que dans les CHS ou services de psychiatrie des hôpitaux généraux)

- *Les centres de post-cure (qui sont des unités de moyen séjour) assurent après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs en vue d'un retour à domicile.*
- *Les appartements thérapeutiques constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Ils sont intégrés dans la cité et mis à disposition des patients pour une durée limitée.*
- *L'hospitalisation à domicile (HAD).*
- *Les placements en accueil familial thérapeutique permettent de placer le patient dans des familles d'accueil quand ces patients ne peuvent pas réintégrer leur famille. Une prise en charge sociale et affective leur est alors nécessaire.*