



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**LES DISPARITES TERRITORIALES DES
HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT :
L'EXEMPLE DES HOSPITALISATIONS D'OFFICE**

– Groupe n° 1 –

Viviane BACHELLEZ (DS)

Serge BORDALA (IASS)

Gérard BRULE (MISP)

Patricia CALCUL (IASS)

Anne-Laure DEFFRENNES (D3S)

Nicolas FLEURENTDIDIER (EDH)

Anne KITTLER (EDH)

Philippe KRATZ (DS)

Maryline ROUAT (D3S)

Marie ZIAI-LALEU (D3S)

Animateur

Pierre JUHAN

Sommaire

Préambule.....	1
Introduction	3
1 Des disparités dans un cadre réglementaire bien défini : un paradoxe inexplicé	5
1.1 Les hospitalisations sans consentement : d'une préoccupation d'ordre public à un enjeu sanitaire	5
1.2 Un dispositif à la recherche de l'équilibre entre privation de liberté et respect des droits individuels.....	7
1.2.1 <i>Le principe de l'hospitalisation d'office.....</i>	<i>7</i>
1.2.2 <i>Les situations particulières de l'hospitalisation d'office.....</i>	<i>7</i>
1.2.3 <i>Les dispositifs de contrôle</i>	<i>8</i>
1.2.4 <i>Une préoccupation croissante pour le respect des droits des patients.....</i>	<i>8</i>
1.2.5 <i>Les insuffisances du dispositif de l'HO pour assurer un suivi efficace des patients et garantir la sécurité des tiers</i>	<i>9</i>
1.3 Les rares données chiffrées témoignent de fortes disparités.....	9
2 Vers des hypothèses interprétatives	11
2.1 Des besoins en santé fortement déterminés par le contexte social	11
2.1.1 <i>Les facteurs populationnels.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Les facteurs socio-économiques.....</i>	<i>11</i>
2.1.3 <i>Les facteurs épidémiologiques</i>	<i>12</i>
2.2 Des ressources en santé hétérogènes qui influencent les besoins de la population et l'utilisation du dispositif d'HO.....	13
2.2.1 <i>La démographie médicale.....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>L'offre de soins en intra-hospitalier.....</i>	<i>14</i>
2.2.3 <i>Le tissu extrahospitalier et les réseaux.....</i>	<i>15</i>
2.2.4 <i>Les pratiques des professionnels de santé.....</i>	<i>17</i>
2.3 L'organisation administrative locale détermine le processus de décision	18
2.3.1 <i>Les pratiques et connaissances des élus locaux.....</i>	<i>18</i>
2.3.2 <i>Les responsabilités de l'élu engendrées par une décision de HO.....</i>	<i>19</i>
2.3.3 <i>La diversité de l'implication des autres acteurs locaux</i>	<i>20</i>
2.3.4 <i>L'hétérogénéité des représentations de la maladie mentale.....</i>	<i>21</i>
2.4 L'existence d'une coordination des acteurs peut prévenir ou favoriser la prise de mesures de HO	21
2.4.1 <i>Les instances de concertation et coordination</i>	<i>21</i>

2.4.2	<i>La concertation entre psychiatres hospitaliers</i>	23
2.4.3	<i>Des réseaux impliquant des médecins traitants</i>	24
3	Proposition d'une grille explicative des facteurs de disparités	25
	Conclusion	29
	Bibliographie	31
	Liste des annexes	I

Remerciements

L'ensemble du groupe tient à remercier Pierre JUHAN, membre permanent de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), pour son accompagnement, son appui et ses éclairages qui nous ont permis de cultiver le sens du travail en commun et de ne pas perdre de vue les objectifs poursuivis.

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous recevoir pour nous faire partager leur expérience et leur savoir¹.

Nous tenons enfin à remercier les organisateurs du Module Interprofessionnel (MIP), François-Xavier SCHWEYER et Emmanuelle GUEVARA.

¹ Annexe 2

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCDH : Commission des Citoyens et des Droits de l'Homme

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLSM : Conseil Local en Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CP : Code Pénal

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

CPP : Code de Procédure Pénale

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DTARS : Délégation Territoriale de l'ARS

DTD : Délégation Territoriale Départementale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESEMED : European Study on the Epidemiology of Mental Disorders

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HSC : Hospitalisation sans consentement vs Hospitalisation sous contrainte

HO : Hospitalisation d'office

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPPP : Infirmerie de la Préfecture de Police de Paris

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

MIP : Module Inter Professionnel

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

RIM(-Psy) : Résumé d'Information Médicale

SMPR : Service Médico-Pénitentiaire Régionale

TGI : Tribunal de Grande Instance

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unités pour Malades Difficiles

Préambule

Le Module Inter Professionnel de santé publique est un temps privilégié de la formation au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). En effet, il réunit les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les médecins inspecteurs de santé publique, les élèves directeurs d'hôpital, les directeurs des soins stagiaires et les élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social dans un travail commun.

La question des disparités territoriales des hospitalisations sans consentement est un des thèmes proposés au titre de la session 2010. Des sources générales et agrégées concernant cette thématique sont disponibles au niveau national. Elles sont regroupées par départements. Il paraît toutefois difficile de soulever des hypothèses interprétatives sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale, dont la variété est importante tant dans leurs moyens, dans leurs pratiques que dans leurs lieux d'implantation.

Pierre JUHAN, animateur du groupe de travail, a proposé un échantillon constitué de plusieurs établissements avec des profils de fonctionnement différents pour enrichir l'exploitation. Le but initial du travail est, dans un premier temps, de prendre connaissance de la réalité statistique, puis de bâtir une grille de questions permettant d'approcher les causes de ces différences, à l'échelle de chacun des secteurs de chaque établissement.

L'animateur nous a laissé le choix du champ de notre étude : les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et les hospitalisations d'office (HO), ou la question unique des HO. En raison de leurs plus fortes disparités et afin d'explorer finement le sujet, le groupe a choisi d'emblée de porter son étude sur les seules hospitalisations d'office. Le périmètre d'investigation était préalablement défini par l'animateur du groupe en laissant la possibilité d'étendre le champ des entretiens. Les contacts ont été pris auprès des établissements de santé, de magistrats et d'élus locaux.

La finalité de ces travaux était d'aboutir à l'élaboration d'un outil d'analyse. Cette démarche s'est opérée en restant conscient des limites de l'exercice. En effet, la contrainte temporelle nous oblige à rester, au moins pour certaines des réponses, au stade d'hypothèses. Au terme du présent rapport, l'objectif est donc d'élaborer une démarche type permettant de cerner les grandes étapes de la méthode de déchiffrage, pour éventuellement une reprise ultérieure du modèle à l'échelon national. Notre travail pourrait être contributif des débats futurs du projet de loi portant sur ces questions.

Notre méthodologie s'est appliquée à mieux cerner le sujet par l'étude partagée de la littérature non exhaustive, puis l'investigation des terrains d'enquête. Le groupe s'est réparti, par binôme ou trinôme pour mener à bien les lectures, l'élaboration des grilles d'entretien², la collecte des données chiffrées, les différents rendez-vous programmés³, l'élaboration d'un plan et la rédaction de chaque partie. Des points d'étape réguliers ont été planifiés pour assurer l'information de tous sur l'évolution des différents travaux et les valider. Une plateforme commune au groupe a été créée sur internet pour faciliter nos échanges en temps réel. Des relectures de chaque contribution écrite ont été organisées par petit groupe, avant une dernière relecture, collective, de l'ensemble de la production, afin de mettre la touche finale au document.

Le court délai imparti pour la réalisation de ce rapport n'a cependant pas entamé la bonne humeur du groupe sans laquelle un travail collectif présente moins intérêt. Chacun a apporté ses compétences et son énergie contribuant ainsi à alimenter la dynamique du groupe.

² Annexe 3

³ Annexe 1 : Agenda des entretiens

Introduction

Selon une enquête internationale ESEMED, plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (12 à 13% des personnes interrogées) suivis par les troubles de l'humeur (8 à 11%). Les pathologies psychiatriques sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, la deuxième cause médicale d'arrêt de travail et la quatrième cause d'affection de longue durée⁴.

L'organisation des soins en psychiatrie est fondée pour l'essentiel sur la psychiatrie publique sectorisée. La sectorisation a été conçue et mise en place dans les années 1960, au sein d'aires géographiques appelées "secteurs". Ce système permet d'assurer la continuité des prises en charge pour une population présentant des pathologies psychotiques au caractère chronique, pour lesquelles il était indispensable d'organiser, au sein d'une équipe pluri professionnelle, la prévention, le soin et l'insertion.

Le plan «Psychiatrie et santé mentale 2005-2008» a permis d'assurer un renforcement significatif des moyens accordés à la psychiatrie et à la santé mentale. Néanmoins, la tension entre «liberté, soins et sécurité» reste une question récurrente au cœur du champ des hospitalisations sans consentement. L'évolution sociétale se caractérise par une reconfiguration de la représentation du risque au travers de la notion de "principe de précaution", et de la thématique de l'insécurité dans le débat public. Cette dernière a été placée sous les feux de la rampe à l'occasion de la médiatisation importante d'actes meurtriers commis par des personnes atteintes de troubles mentaux.

La grande majorité des hospitalisations en psychiatrie se fait à la demande du patient. Cependant, pour moins d'un patient sur cinq, cette hospitalisation lui est imposée. Ces soins réalisés sans son consentement répondent à la nécessité de ne pas attendre sa demande dans les cas où ses troubles mentaux nécessitent des soins immédiats, sous peine d'engager son pronostic vital, de porter atteinte à sa sécurité, ou à celle de ses proches. En 2007 et 2008, environ 69 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement au moins une fois dans l'année ce qui représente près de 23% de l'ensemble des personnes prises en charge en hospitalisation complète.

⁴ Etude d'impact pour le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/EI_soins_psy.pdf

Selon une étude de la DREES réalisée en janvier 2010⁵ sur les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) de 1998 à 2007, il est constaté une décroissance récente du nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement. En 2007, tout comme en 2005, les hospitalisations sans consentement ont été faites à la demande d'un tiers (HDT) dans 84% des cas. Les 16% restants correspondent à des hospitalisations d'office (HO). La part des HO parmi les hospitalisations sans consentement a tendance à augmenter depuis 2000. Sur la période 1998-2007, le nombre d'HO enregistre une hausse de plus de 30%. D'autre part, il est observé une grande variabilité de ces taux selon les départements; les écarts pouvant varier de 1 à 9 pour les HO. En comparaison avec les pays européens, le recours aux hospitalisations sans consentement en France est relativement bas.

Ainsi, la part de l'hospitalisation sans consentement dans l'hospitalisation en psychiatrie générale varie fortement d'un département à l'autre, allant de moins de 10% à plus de 30%, ces disparités sont relativement stables dans le temps. Les multiples acteurs comprennent les intervenants du secteur psychiatrique, les élus locaux et les représentants de l'Etat. Plusieurs hypothèses s'affrontent quant à l'interprétation de telles disparités, également observables entre communes voire entre secteurs, et même entre élus. Certaines recherches défendent l'hypothèse d'une morbidité psychiatrique locale variable, d'une disparité de l'offre de soins et des modes d'intervention locaux. D'autres indiquent que les chiffres disponibles ne reflètent, ni la morbidité psychiatrique d'une population, ni le degré de troubles compromettant la sûreté des personnes et portant atteinte à l'ordre public, mais la manière dont fonctionnent les dispositifs en charge de ce type de problème.

La problématique du module interprofessionnel de santé publique sur les disparités territoriales des hospitalisations d'office peut être énoncée comme suit : malgré des efforts récents, en matière de recherche et de publication sur les causes de ces disparités, et malgré les rapports demandés par les pouvoirs publics sur cette question, le champ des connaissances reste inexploité. Cette situation est préoccupante tant du point de vue du droit que du point de vue éthique. Elle a des incidences sur les choix opérés en matière d'équipement sanitaire. Des pistes d'analyse méritent d'être construites.

Le présent rapport expose dans une première partie le cadre historique et juridique de l'hospitalisation d'office (1). Nous confronterons dans une seconde partie les données documentaires et les enquêtes de terrain (2). Dans une troisième partie, le groupe propose une grille explicative des facteurs des disparités d'HO (3).

⁵ Source DREES http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2007-c5f7_mesures.pdf

1 Des disparités dans un cadre réglementaire bien défini : un paradoxe inexpliqué

1.1 Les hospitalisations sans consentement : d'une préoccupation d'ordre public à un enjeu sanitaire

Dans la deuxième moitié du XVII^e siècle, s'impose en France la pratique d'une mise à l'écart et d'enfermement des «insensés» menaçant l'ordre public. La décision est prise par l'autorité de police. La Bastille est un des lieux les plus emblématiques de cette pratique, puisque l'embalement, loin de ne viser que des adversaires politiques du régime, concernait bien souvent des personnes atteintes de troubles mentaux.

Au lendemain de la Révolution, l'autorité municipale se voit confier «le soin d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés...». Dès 1804, le code civil précise les modalités du placement d'office éventuellement consécutif aux mesures de police, et confie la décision au juge civil, garant de la protection des libertés individuelles. Dès cette époque, l'institution asilaire se développe en périphérie des principales villes, afin d'accueillir et de mettre à l'écart les fous supposés dangereux.

L'éclosion du courant de pensée, dit aliéniste, au cours des années 1830 infléchit dans un sens médical et médico-légal le sens de l'enfermement dans ces lieux. En effet, l'isolement ne s'impose plus seulement dans un but sécuritaire, mais également dans une perspective de protection et de soins.

Le statut des malades mentaux a été défini pour la première fois par une loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, dite Loi Esquirol. Celle-ci s'inscrit dans une logique de médicalisation de l'internement et de protection réciproque de la société et du «fou». Dans une double optique d'ordre et de santé publique, elle prévoit la création d'un asile par département, et condense dans la procédure, l'intervention d'une part du médecin qui délivre un certificat médical et d'autre part de l'autorité administrative, qui, sur la base de ce certificat, prend la décision dépourvue de contrôle judiciaire. L'hospitalisation libre n'existe pas : toute hospitalisation en asile est contrainte (le premier service libre s'ouvre en 1922 sous la responsabilité d'Edouard Toulouse et cette modalité d'hospitalisation reste tout à fait marginale jusqu'aux années 1960).

L'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux a été régie pendant plus de cent cinquante ans par la loi du 30 juin 1838. Ce texte fut jugé remarquable à l'époque, et l'on peut penser que les progrès considérables ne furent pas étrangers à son étonnante longévité. Toutefois, il lui a été notamment reproché, son fondement exclusivement asilaire et son caractère de «loi de police». De nouvelles méthodes thérapeutiques ont été recherchées. Après l'essai des thérapies de choc dans les années 30, se sont imposées et généralisées les

psychothérapies à partir des années 40, (même si la psychanalyse est apparue dès 1900). Enfin, les progrès de la pharmacologie et l'avènement des neuroleptiques dans les années 1950 ont permis de rompre avec un système fondé sur la thérapie de l'isolement. L'hospitalisation pouvait, dès lors, se concevoir comme limitée à la prise en charge d'un moment de crise. C'est ainsi qu'au moment du vote de la loi du 27 juin 1990, 74,1% des hospitalisations étaient effectuées au titre de l'hospitalisation libre pourtant non prévue par la loi de 1838.

Cette évolution a conduit à s'interroger sur la prévention des crises en amont, et du suivi des sorties de malades «en ville» autorisées grâce aux prises de traitements. C'est alors que s'est progressivement mis en place le dispositif sectoriel prôné par la circulaire du 15 mars 1960. Dans ce contexte, l'hospitalisation contrainte apparaît non plus comme un moyen ordinaire de prise en charge, mais comme un moyen d'exception en réponse à une situation d'urgence. Parallèlement, son régime juridique restrictif des libertés individuelles est apparu de plus en plus contestable. Dans les années 1960 et 1970, se développe un mouvement de l'anti-psychiatrie décrivant l'asile et la psychiatrie comme des moyens de contrôle et d'oppression sociaux.

La loi de 1838 a subi plusieurs modifications altérant son orthodoxie originelle, notamment par la loi «sécurité et liberté» du 2 février 1981 qui crée le placement libre. Une réforme d'ensemble du dispositif législatif est intervenue avec la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Celle-ci limite les hospitalisations décidées par l'autorité publique au champ des «hospitalisations d'office» (HO) destinées à préserver l'ordre public en cas de trouble manifeste, et distingue les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT). La procédure d'HO demeure plus restrictive des libertés que celle des HDT, mais prévoit tout de même des certificats médicaux de contrôle réguliers (24h, 15 jours, 1 mois), et multiplie les possibilités de recours (procureur, président du TGI, CDHP) en essayant de garantir les droits du patient (liberté de communication avec les autorités, droit de saisir un avocat...). Le patient en HO bénéficie des mêmes garanties fondamentales que les autres malades (charte du patient hospitalisé, loi du 4 mars 2002).

Le projet de loi adopté en conseil des ministres le 7 mai 2010 vise à réformer le dispositif législatif actuel. Toutefois, il ne remet pas en cause les fondements du dispositif (HO et HDT).

D'une part, cette réforme a pour objet de garantir l'accès et la continuité des soins aux personnes souffrant d'un trouble mental qui ne ressentent pas la nécessité d'être soigné. D'autre part, elle vise à adapter la législation aux évolutions des soins psychiatriques et thérapeutiques disponibles, permettant à de nombreux patients une prise en charge selon d'autres modalités qu'en hospitalisation à temps plein.

Néanmoins, les assouplissements en faveur de l'accès aux soins exigent un renforcement des droits des personnes malades et des garanties de leurs libertés individuelles. Il s'agit aussi d'adapter le droit français aux recommandations européennes.

1.2 Un dispositif à la recherche de l'équilibre entre privation de liberté et respect des droits individuels

La loi du 27 juin 1990 modifiée relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux a été codifiée dans le code de la santé publique sous les articles L.3211-1 à L.3223-3. Elle établit l'hospitalisation dite «libre» comme régime d'hospitalisation psychiatrique de droit commun, elle reconnaît aux patients les mêmes droits que ceux dont bénéficient les patients soignés pour d'autres pathologies. Les restrictions à ces droits pour les personnes hospitalisées sans leur consentement sont limitées aux strictes nécessités impliquées à leur état de santé.

La spécificité du dispositif actuel est la coexistence de deux procédures d'hospitalisation sans consentement, à savoir l'hospitalisation d'office et l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Le critère commun pour qu'une de ces hospitalisations soit prononcée est l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins. Cependant, ces deux dispositifs obéissent à des logiques distinctes.

1.2.1 Le principe de l'hospitalisation d'office

L'HO est prononcée dès lors que les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et «compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public». La décision est alors prise par l'autorité administrative (le préfet ou le maire et, à Paris, le préfet de police) au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant être établi par un psychiatre exerçant dans l'établissement hospitalier d'accueil. La levée de la mesure d'HO est prononcée par le préfet, sur demande d'un psychiatre (qu'il soit ou non de l'établissement).

Le patient est examiné par un psychiatre, deux certificats médicaux sont établis à périodicité définie durant l'hospitalisation : un premier réexamen a lieu au cours des vingt-quatre heures, un deuxième dans les quinze jours suivant l'admission, puis au moins une fois par mois. Ces dispositions garantissent le bien-fondé de l'hospitalisation et permettent d'adapter les soins à l'évolution de l'état mental du patient. La mesure d'hospitalisation a une durée de validité limitée. Elle est renouvelée par arrêté préfectoral établi selon une périodicité fixée par la loi, à défaut, la mesure d'hospitalisation devient caduque.

1.2.2 Les situations particulières de l'hospitalisation d'office

Il existe deux situations particulières d'HO : les personnes détenues et les personnes dont l'irresponsabilité pénale en raison de leurs troubles mentaux est reconnue.

L'HO des détenus est prononcée par le préfet sur la base de l'article D.398 du code de procédure pénale. A l'issue de l'hospitalisation, le détenu retourne en détention. A l'avenir, les personnes détenues seront soignées pour leurs troubles mentaux au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Depuis la loi du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, l'HO des personnes déclarées irresponsables pénalement est soit prononcée par le préfet sur la base de l'article L.3213-7 du CSP après information par les autorités judiciaires, soit ordonnée par la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement qui prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

L'hospitalisation d'office sur décision de justice (*communément appelée HO judiciaire*), inscrite à l'article 706-135 du code de procédure pénale. A l'exception de la décision initiale d'HO ordonnée par les autorités judiciaires, c'est le représentant de l'Etat qui est compétent pour assurer le suivi de la mesure.

Elle prévoit que deux expertises psychiatriques concordantes sont nécessaires pour que le représentant de l'Etat puisse ordonner la levée des mesures d'HO.

1.2.3 Les dispositifs de contrôle

La législation prévoit plusieurs dispositifs de contrôle. En premier lieu, les autorités judiciaires et administratives (préfet, procureur de la République, juge du tribunal d'instance, maire) effectuent des visites de contrôle des établissements de santé. Le juge opère un contrôle judiciaire à posteriori sur la nécessité de la mesure, et un contrôle administratif sur sa légalité. En second lieu, les CDHP examinent la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Le contrôleur général des lieux privatifs de liberté veille, quant à lui, au respect des droits de l'Homme.

1.2.4 Une préoccupation croissante pour le respect des droits des patients

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé apporte un certain nombre d'améliorations aux dispositions existantes. L'accès direct aux informations de santé recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement est reconnu. La pratique courante des sorties de moins de douze heures accompagnées par du personnel de l'établissement de santé est légalisée. En ce qui concerne l'HO, la sortie demandée 48 heures à l'avance est de droit, sauf si le représentant de l'Etat s'y oppose (L.3211-11-1 du CSP). Les critères de l'HO sont redéfinis pour mettre en exergue l'aspect sanitaire de la mesure : désormais, sont visées par cette mesure «les personnes dont les troubles mentaux *nécessitent des*

soins», le critère de l'atteinte à l'ordre public est restreint, celle-ci devant désormais intervenir «*de façon grave*» pour pouvoir constituer un motif d'HO. La composition de la CDHP est portée à six membres : un représentant d'association de malades et un médecin généraliste s'ajoutant aux deux psychiatres, au magistrat et au représentant d'associations de familles de malades mentaux (L.3223-2 du CSP).

La loi du 30 octobre 2007 met en place un contrôleur général des lieux de privation de liberté chargé de contrôler les conditions de prise en charge et de transfert des personnes privées de liberté. Son champ d'intervention inclut les établissements de santé habilités à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement.

1.2.5 Les insuffisances du dispositif de l'HO pour assurer un suivi efficace des patients et garantir la sécurité des tiers

Une évolution du dispositif actuel est préconisée par différents rapports d'évaluation de la loi de 1990, tel que le «rapport STROHL» en septembre 1997, et par des rapports abordant la question des patients susceptibles de présenter un danger pour autrui, tel que le rapport de la commission Santé-Justice présidée par Monsieur J.F BURGELIN en juillet 2005. Une réflexion a aussi été menée au ministère de la santé en 2006 et 2007 avec les partenaires du monde de la santé mentale sur la base des conclusions du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Les différents rapports évoquant la question des patients susceptibles de présenter un risque pour autrui ont évoqué trois pistes d'amélioration de la prise en charge psychiatrique : la création de structures sécurisées intermédiaires entre services psychiatriques «normaux» et unités pour malades difficiles (UMD), la nécessité de renforcer les avis médicaux pour les sorties d'essai d'HO, plus précisément pour celles admises à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, et une meilleure communication entre les autorités judiciaires, administratives et sanitaires.

1.3 Les rares données chiffrées témoignent de fortes disparités

Les statistiques officielles sont prévues par les textes. Elles sont collectées par la DGS à partir des rapports d'activité des CDHP.

Les données extraites des rapports d'activité des CDHP fournissent le nombre de mesures d'HO prises, et non le nombre d'entrées de patients hospitalisés sans consentement dans l'année. Les rapports d'activité des CDHP distinguent les HO prises directement par le préfet, celles prises par le préfet après une mesure provisoire du maire ou du commissaire de police à Paris, celles prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un

acquiescement pour irresponsabilité pénale et enfin celles prononcées pour les personnes détenues.

Les statistiques publiées par la DGS identifient les HO relevant des articles L.3213-7 du CSP et D.398 du CPP; ces HO représentent 20% du total des HO pour l'année 2007.

Selon la DGS, 73 809 mesures d'HSC ont été prises en France en 2005 (76 856 en 2003) dont 11 465 HO (11 016 en 2003). La part des HSC représente 12,25% (12,7% en 2003) des admissions en psychiatrie générales. Les disparités des HSC s'étalent de 3,2% à 35% selon les départements, soit des écarts de 1 à 11.

La part des HSC dans l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie est stable dans le temps, mais elle varie entre départements. En effet, en 2007 dans 15 d'entre eux, les HSC représentaient plus de 20% des hospitalisations complètes totales en psychiatrie générale sur le département, alors que cette proportion était inférieure à 10% dans 28 départements.

En 2007, au niveau national, 159 mesures d'HSC pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans sont dénombrées (étude d'impact). Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 5 au niveau départemental. Cependant, il faut se garder de tirer des conclusions trop rapides car les populations de référence ne sont pas toujours homogènes. Par exemple, les problématiques populationnelles sont différentes entre les départements urbains ou ruraux.

La part des HO prises à la suite d'une mesure provisoire du maire (à Paris, des commissaires de police) sur l'ensemble des HO est relativement stable au cours du temps, elles représentent 70% du total des HO. En revanche, les mesures d'HO concernant les détenus varient de 0 à 113 selon les départements, et celles concernant les irresponsables pénaux s'échelonnent de 0 à 15.

Pour 75% des départements, le taux des HO d'urgence représente plus 50% des HO, sur l'année 2007. Pour ces départements l'HO ne semble pas constituer un mode d'hospitalisation pérenne.

Un focus sur les départements en relation avec les lieux de nos différents rendez-vous a été réalisé, à savoir l'Eure-et-Loir, l'Ille-et-Vilaine, le Nord, Paris, les Yvelines, la Haute-Vienne, les Hauts de Seine et le Val-de-Marne⁶. Choisis de façon aléatoire, ces départements ne sauraient toutefois constituer un échantillon représentatif. En outre, pour une meilleure lisibilité il nous apparaît plus opportun de regrouper l'ensemble des départements de l'Ile de France, du fait d'une imbrication plus marquée entre les départements de cette région que sur le reste du territoire

⁶ Annexe 4 : tableau 2

2 Vers des hypothèses interprétatives

2.1 Des besoins en santé fortement déterminés par le contexte social

Le profil des patients donnant lieu à une urgence psychiatrique dépend de façon importante du contexte social, et familial.

2.1.1 Les facteurs populationnels

Les facteurs populationnels peuvent constituer des facteurs explicatifs des disparités d'hospitalisation d'office (HO) entre les régions, les départements et les villes. Des éléments comme l'âge moyen de la population et les structures familiales (nombre de familles monoparentales par exemple) semblent être impliqués au même titre que la taille de la commune et le nombre d'habitants.

2.1.2 Les facteurs socio-économiques

L'association des élus Santé Publique et Territoires a souligné lors des journées d'études de 2006⁷ l'impact de la précarité sur la santé mentale, et particulièrement sur les mesures d'HO. Ainsi, les élus soulignent que «l'actuelle configuration sociale génératrice d'exclusions (...) le développement des conduites à risques et autres conduites agies, ainsi que les caractéristiques de l'individualité contemporaine, semblent associées pour de nouvelles demandes sociales en santé mentale; ces demandes sont caractérisées par une augmentation significative des passages à l'acte et une moins bonne tolérance sociale à la maladie mentale et à ses effets⁸».

Cette association affirme que la configuration propre des villes est déterminante dans les prises de décisions d'HO, car «on ne peut pas agir de la même façon dans une petite ville, où "tout le monde se connaît", et dans une grande ville, où "personne ne se connaît".

Selon les élus, il existe un lien entre le retard, le renoncement aux soins et la question de la précarité. Dans un groupe de patients des centres de santé présentant un retard ou un renoncement au soin, 60% ont des pathologies chroniques, dont la plupart sont d'ordre psychiatriques. Le lien entre précarité et pathologie chronique est déterminant et nécessite d'assurer une continuité dans le soin, entre le médical et le social. Les difficultés sociales aggravent les pathologies préexistantes.

⁷ Association Elus, Santé publique et Territoires, «Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ?», Actes de la journée d'études de Nantes, 9 octobre 2006.

⁸ "Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique", séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE (Fondé en 1996, l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) devient en 2002, l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)) Etudes et recherches, les éditions de la Délégation Interministérielle de la Ville, 2003-2004.

Le rapport relatif au rôle et responsabilité des maires en santé mentale de mai 2008⁹ liste les principales caractéristiques des personnes faisant l'objet d'un signalement susceptible de conduire à une HO. La majorité d'entre elles vit seule, est inactive et dépend d'une aide pour vivre. A Paris, le profil type des personnes reçues à l'IPPP (Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris) est celui de personnes vivant seules, généralement des hommes de 35-45 ans.

Un rapport l'IGAS de mai 2005 confirme ce constat : les malades relevant de l'HSC sont plus isolés socialement que les hospitalisations libres, 42% des personnes en HO n'ont pas d'activité professionnelle, 28,4% perçoivent une Allocation d'adulte handicapé (AAH) et 2,9% des HO bénéficient d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

Pauline Rhenter évoque la pression forte exercée par le voisinage (gardien) et les bailleurs sur les décisions d'HO. Dans les zones d'habitat individuel, le voisinage est moins susceptible de signaler les situations d'incurie ou de détresse. A l'inverse, le nombre de mesures d'HO concerne plus fréquemment les personnes vivant en habitat collectif.

2.1.3 Les facteurs épidémiologiques

Selon le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, quelques régions avancent pour explication des choix et des pratiques différentes selon les départements, d'autres évoquent des pratiques administratives ou médicales différentes ainsi que des différences épidémiologiques. Ce même rapport avait demandé qu'un texte de loi regroupe toutes les obligations de soins pour les alcooliques dangereux et toxicomanes.

Dans leur ouvrage sur les hospitalisations sans consentement¹⁰, Delphine Moreau et Pauline Rhenter énoncent que 1 200 000 adultes ont été traités en France en 2003, dont 140 000 en hospitalisation sans consentement, avec une durée moyenne de séjour de 41 jours. La prévalence annuelle en population générale est de 3 à 5% pour les maladies graves et 15 à 20% tous troubles confondus (anxiété et dépression étant les plus répandus).

L'étude réalisée en 2002¹¹, met en évidence que les troubles schizophréniques et délirants représentent 50% des HSC, viennent ensuite les troubles liés aux conduites alcooliques et à la toxicomanie (12,6%), puis les psychoses maniaco-dépressives, les troubles dépressifs (12,5%) et les troubles de l'humeur (13,5%). Ces données sont à peu près identiques pour les HDT et pour les HO.

⁹ http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft_Word_-_RAPPORT_DIV_DEF-21mai-ok.pdf

¹⁰ Delphine Moreau et Pauline Rhenter «Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France», p.36-47

¹¹ Op.cit.

La commission violence et santé mentale¹² a estimé en 2005 qu'un maximum de 10% des actes de violence recensés étaient commis par des personnes présentant des troubles mentaux, la plupart du temps liée à la consommation de substances psychoactives, soit un risque de commettre un acte de violence supérieur à la population générale.

Enfin, Delphine Moreau et Pauline Rhenter, dans leur ouvrage¹³, défendent l'hypothèse d'une morbidité psychiatrique locale variable. En épidémiologie, la morbidité désigne le nombre de personnes souffrant d'une maladie donné pendant un temps donné dans une population. Toutefois, si des facteurs de ce type liés au cumul dans une zone territoriale de facteurs de risque en population générale peuvent exister, il semble difficile de ne pas référer ces disparités à celles de l'offre de soins et des modes d'intervention locaux des différents acteurs impliqués. Certaines conclusions de la recherche action DIV-ORSPERE menée en 2005 sur les HO indiquent également que les chiffres disponibles ne reflètent ni la morbidité psychiatrique d'une population ni le degré de troubles compromettant la sûreté des personnes et portant atteinte à l'ordre public, mais plutôt la manière dont fonctionnent les dispositifs en charge de ce type de problème.

2.2 Des ressources en santé hétérogènes qui influencent les besoins de la population et l'utilisation du dispositif d'HO

La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. L'offre de soins et sa structuration¹⁴ apparaissent comme déterminantes dans le nombre d'HO sur un secteur donné.

2.2.1 La démographie médicale

Dans l'atlas de la démographie médicale 2008, le conseil national de l'ordre des médecins relève, au 1^{er} janvier 2008, 11509 médecins inscrits au tableau de l'ordre et exerçant à titre principal une activité de psychiatrie. 47,3% d'entre eux exercent en libéral, avec une prédominance marquée des centres urbains. Il existe de véritables "zones blanches" en matière de psychiatrie. En effet, on constate une forte disparité entre trente départements disposant d'un psychiatre pour 3 333 habitants, et un groupe de treize départements qui ne comptent qu'un psychiatre pour 8 473 habitants.

¹² Regards sur l'actualité, Psychiatrie et Santé mentale, 354, oct. 2009 - Livia VELPRY, «Violences, troubles psychiques et société», p. 22-35

¹³ Op. cit

¹⁴ Annexe 7

2.2.2 L'offre de soins en intra-hospitalier

A) Les capacités en lits et leur impact sur le nombre de HO

Le secteur hospitalier comprend en 2008, 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100000 habitants. La réduction des capacités se poursuit à un rythme élevé : le secteur public est passé de 129 500 lits et places à 89 800 entre 1999 et 2005. Le secteur privé réunit 11 000 lits d'hospitalisation complète et réalise 17% des soins en psychiatrie.

L'offre de soins en psychiatrie n'est pas uniformément répartie sur le territoire. A titre d'exemple, si les départements du Doubs, de la Lozère, de la Côte d'or et des Côtes d'Armor offrent plus de 300 lits pour 100 000 habitants, la Corse, la Creuse et la Seine-et-Marne ne proposent que 70 lits¹⁵.

La qualité des prises en charge thérapeutiques induite par un nombre de lits suffisants concoure à prévenir le nombre d'HSC. Les personnes en situation d'urgence sont prises en charge plus facilement et leur sortie prématurée est évitée. Plus le nombre de lits est réduit, plus les critères concourant à définir les situations d'urgence nécessitant une hospitalisation sont stricts. Ainsi, on peut supposer qu'un nombre de lits insuffisant ne permet pas d'accueillir toutes les HO que les psychiatres pourraient estimer nécessaires. Ainsi l'économie de la santé décrit un "marché" dans lequel la demande est suscitée par l'offre. Un praticien du CH de Dreux précise qu'il est également important de respecter une certaine "écologie" dans le service, en évitant la concentration de patients dangereux ou agités. De même, la disponibilité d'unités fermées peut influencer le nombre de HO reçues. La présence ou non d'un centre hospitalier spécialisé plutôt qu'un Centre Hospitalier MCO (médecine, chirurgie ou obstétrique) disposant de services de psychiatrie tend donc à augmenter le nombre de HO dans le secteur.

B) L'accueil des détenus et des prévenus, facteur d'augmentation des HO

L'accueil de prévenus ou de détenus influence considérablement le nombre d'HO dans un secteur donné. Dans le département du Nord la proportion de personnes détenues dans le total des HO est passée de 30% en 2005 à 51,7% en 2008¹⁶. Le rapport d'activité 2008 de la CDHP du Nord fait état d'un cas où le nombre de patients relevant de l'article D.398 du CPP influe fortement sur le nombre d'HO. Après une diminution de 13,6% entre 2006 et 2007, le nombre

¹⁵ Delphine Moreau, Pauline Rhenter, «Les hospitalisations sans consentements : usages et enjeux en France» in *Regards sur* Regards sur l'actualité, Psychiatrie et Santé mentale, 354, oct. 2009, p.36-47.

¹⁶ Commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Nord, *Rapport d'activité 2008*.

total de mesures d'HO a augmenté de 24% entre 2007 et 2008. Cette hausse s'explique essentiellement par la forte augmentation des HO de personnes détenues.

La présence d'un SMPR au sein d'un établissement pénitentiaire permet un recours plus sélectif à l'hospitalisation psychiatrique des détenus qui relèveraient de l'article D.398 du CPP. Selon le chef du troisième pôle de psychiatrie du CHS de Sarreguemines, la présence d'un SMPR à proximité de l'établissement d'accueil est un facteur de recours à l'HO. Si le SMPR est éloigné de la prison, le recours au D.398 est parfois plus complexe.

2.2.3 Le tissu extrahospitalier et les réseaux

L'organisation extra-hospitalière du secteur semble également déterminante¹⁷. «Le processus conduisant à une HSC dépend (...) des ressources en offre de soins, des coopérations ou non des différents acteurs, des dispositifs existant localement». On peut donc parler d'une dépendance étroite aux dispositifs en amont et en aval, qui doivent éviter les ruptures de prise en charge, et fournir un relais et un appui aux familles qui ne parviennent plus à entourer les malades. En effet, pour les malades schizophrènes en particulier, la non observance des traitements est souvent à l'origine d'hospitalisations répétées, y compris en HO. De même, la rupture des liens avec la famille, ou le fait que celle-ci, faute d'appui, devienne hostile ou nocive pour le malade, peut conduire à des situations de crise.

A) Le CMP, pivot de la prise en charge dans le secteur.

En 2003, la DREES comptabilise 2 070 CMP dans les secteurs de psychiatrie générale, avec une moyenne de 2,5 CMP par secteur. Le CMP assure la coordination de la prise en charge et l'accueil en milieu ouvert, et organise des actions de prévention, de diagnostic et de soin en ambulatoire. La disponibilité et l'accessibilité du CMP conditionnent l'accès aux soins dans les structures hospitalières et ambulatoires. Les conditions d'accueil, les délais de rendez-vous, le rôle que tient l'équipe infirmière influent sur la capacité du CMP à repérer et à suivre les personnes en souffrance.

Un numéro de la revue Pluriels¹⁸ répertorie les obstacles au fonctionnement optimal d'un CMP, l'empêchant d'assumer pleinement son rôle de pivot. Son implantation ne reste pas toujours pertinente au regard des évolutions des bassins de vie, certains étant peu accessibles par les transports en commun. Les délais d'attente avant la première consultation ne permettent

¹⁷ Annexe 6

¹⁸ Revue Pluriels 68 - octobre 2008 - Le CMP unique ordonnateur des soins. Le CMP pivot du secteur ?

pas toujours de répondre à l'urgence et les ressources qui y sont dévolues sont parfois insuffisantes.

B) Les modes de prise en charge extra-hospitaliers alternatifs

D'autres modes de prise en charge contribuent à un meilleur suivi des patients, et peuvent notamment éviter les HO itératives : les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), ainsi que les appartements ou maisons thérapeutiques. Par exemple, l'EPSM de Roubaix a ouvert des maisons thérapeutiques en ville, où les patients vivent à six en communauté, avec une équipe soignante en journée et une astreinte la nuit qui intervient en cas de besoin. Ce dispositif a permis de faire sortir des patients de HO de longue durée tout en assurant un suivi constant. Ce type d'équipement reste néanmoins insuffisant. L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM) réclame 50 000 places en appartements associatifs contre 6 000 existant aujourd'hui.

C) L'intervention des équipes mobiles de psychiatrie

Certains secteurs disposent de moyens innovants, comme des équipes mobiles intersectorielles de psychiatrie. Ainsi, l'Equipe Rapide d'Intervention et de Crise (ERIC) basée au CH Charcot de Plaisir équipe pluridisciplinaire, traite l'urgence psychiatrique suite à des alertes émanant d'autres professionnels ou des familles et reçues par téléphone. Elle permet d'établir ou de rétablir le lien avec le système de soins. En principe, ce type d'intervention permet de prévenir les situations de crise conduisant aux HO. Toutefois, les professionnels soulignent que «si certaines hospitalisations sans consentement sont évitées, on en provoque d'autres». En effet, le contact avec l'équipe médicale, non demandé directement par la personne, peut aboutir à un repli du malade sur lui-même, à une attitude défensive, ou encore, l'HO peut finalement être sollicitée en ultime recours pour démarrer une prise en charge effective.

D) Les réseaux de santé : un outil intéressant mais qui reste peu exploité

Les réseaux de santé mentale ont pour objet de «favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge [...] ». On compte moins de 80 réseaux de santé intervenant dans la santé mentale, dont 32 seulement y sont exclusivement consacrés. Parmi eux, on recense notamment des réseaux consacrés aux troubles psychiques des adolescents (dont la prévention du suicide), au handicap psychique, à l'autisme et autres troubles du développement. Quinze régions disposent d'un ou de plusieurs réseaux de santé en santé mentale. Le rétablissement et le maintien des habiletés psychosociales sont des objectifs communs aux réseaux en santé mentale, qui doivent ainsi contribuer à limiter l'isolement et l'exclusion.

Hors des réseaux formalisés de santé mentale, l'existence de partenariats et la connaissance réciproque entre médecins de ville, services d'urgences et structures de secteur paraissent déterminantes.

2.2.4 Les pratiques des professionnels de santé

Viviane Kovess, psychiatre et épidémiologiste, estime que les pratiques en matière d'HO sont très similaires d'un psychiatre à l'autre et que de ce fait, elles ne peuvent expliquer la disparité des chiffres. Néanmoins, les entretiens que nous avons conduits avec des professionnels de santé nous laissent penser que pour des situations comparables, les appréciations ne seront pas toujours identiques.

D'une manière générale, les professionnels interrogés affirment que tout est mis en œuvre pour éviter au maximum des HSC. Le consentement est toujours recherché dans un premier temps, et les différents modes de prises en charge sont systématiquement étudiés avant de proposer une hospitalisation.

Plusieurs exemples témoignent de l'impact de l'appréciation faite par les équipes soignantes sur le processus de décision. Certains psychiatres estiment que leurs décisions sont influencées par la pression sécuritaire, celle des maires, de la police, des directeurs d'hôpitaux ou des préfets. Ainsi, des considérations autres que thérapeutiques peuvent entrer en jeu dans la décision d'hospitalisation ou de maintien de l'HO. Un psychiatre nous a rapporté le cas d'un maire qui l'a appelé pour lui demander de maintenir encore deux semaines en hospitalisation un patient ayant des pratiques exhibitionnistes, jusqu'à la date des vacances scolaires, pour prévenir de nouveaux incidents. Le psychiatre s'est estimé en mesure de répondre aux attentes du maire. D'autres professionnels, au contraire, se disent totalement indépendants face à ces considérations.

Plusieurs professionnels rencontrés admettent que la proposition de HO peut être faite par défaut, dans des situations d'urgence relative. Dans certains cas, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé, après avoir tout mis en œuvre pour démarrer une prise charge, se résignent à proposer une HO qu'ils estiment être le recours ultime permettant l'accès aux soins. Il y aurait une forme de banalisation de la contrainte comme mode d'accès à la psychiatrie pour assurer la continuité des soins.

L'appréciation de ce genre de situation, non prévu par le cadre juridique, semble dépendre des cultures locales de chaque service. Dans le même sens, il est mis en évidence que le recours à l'HO est devenu la manifestation d'une intolérance vis-à-vis de «patients que les

hôpitaux généraux “adressent”, semble t-il, de plus en plus aux services de psychiatrie sous la modalité de la contrainte¹⁹».

2.3 L'organisation administrative locale détermine le processus de décision

Le centre de gravité du système de la procédure de HO se situe au niveau municipal. Les élus ont conscience de leur rôle prédominant par rapport aux administrés et au Préfet. Ce mécanisme peut expliquer le malaise des élus locaux qui transfèrent sur eux-mêmes une partie conséquente du poids de la décision.

2.3.1 Les pratiques et connaissances des élus locaux

Les disparités territoriales peuvent être en partie expliquées par l'hétérogénéité des pratiques des élus locaux dans l'application de la loi. Certains élus ne connaissent pas la législation en vigueur relative aux HO. Selon un conseiller municipal de la mairie de Nanterre, le sujet des mesures de HO n'est pratiquement jamais abordé en conseil municipal : «l'HO est un dispositif qui a perdu sens et cohérence. Il y a des textes mais leur interprétation est diverse».

Le cadre légal de l'intervention en urgence est défini par les articles L. 3213-1 et L. 3213-2 du CSP. L'article L. 3213-1 précise dans quelles conditions le maire peut être conduit à demander l'hospitalisation d'office, à savoir : s'il estime que le comportement d'une personne «porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public», ou génère un «danger imminent pour la sûreté des personnes». Dans ce cas, il a le droit mais non l'obligation (son pouvoir discrétionnaire peut non seulement se passer d'un avis médical, mais prendre appui sur la notion de «notoriété publique») de donner l'ordre aux services publics compétents, notamment les services de santé et de police, de l'hospitaliser sans consentement.

Le mode d'intervention des municipalités est hétérogène. Dans certaines villes, l'avis et/ou le certificat médical circonstancié est automatiquement suivi de la décision municipale d'HO. Pauline Rhenter a souligné le fait que certains élus se conforment strictement aux conditions exigées par les textes, et respectent donc les conditions en matière d'ordre public. D'autres élus ont une politique volontariste en considérant la mesure de HO comme un moyen d'accéder aux soins, et déclenchent plus facilement la procédure d'HO²⁰. Cette hypothèse de politique volontariste est néanmoins à relativiser car elle ne suffit pas comme facteur

¹⁹ ORSPERE Op. cit.

²⁰ Entretien avec Pauline Rhenter, politologue au Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

expliquant les disparités territoriales. En effet, dans ces communes, il n'est pas relevé davantage de mesures de HO.

La manière de privilégier une approche «santé», ou une approche «sécurité» se situe du côté de l'appréciation politique de l' élu local, au sein d'une évolution des politiques nationales et des mentalités qui n'est jamais fixée²¹. Le maire peut subir des influences lors de la prise de décision d'un arrêté provisoire d'HO : par le préfet, par les familles, par le voisinage, ou encore par les médecins.

Les disparités territoriales peuvent s'expliquer par l'environnement de la commune et par sa taille. Dans les communes rurales, le maire connaît les administrés atteints de troubles mentaux, l'arrêté d'HO peut être plus facile à prendre, ou à l'inverse, le maire peut être plus réticent, car plus susceptible d'être jugé par ses concitoyens. En milieu urbain, le maire est plus distant des événements, il est réticent à signer un arrêté municipal motivé par des faits qu'il n'a pas constatés. Dans les très grandes villes, la méconnaissance de l'état des populations apparaît comme un élément qui met en difficulté les élus.

Les élus n'ont aucune formation sur les hospitalisations sans consentement. A Dreux, la première adjointe, en poste depuis plusieurs années, n'a jamais eu de formation, elle a davantage appris sur le terrain. A la mairie de Nanterre il n'y a pas de protocole établi, une fiche de procédure a été présentée aux élus sur les HO, mais celle-ci est restée sans suite en raison de la rareté des sollicitations. Dans l'ensemble de nos entretiens avec les élus a été émis le souhait de pouvoir bénéficier d'une formation relative aux HO.

La majeure partie (70%) des mesures d'HO annuelles, sont précédées d'une mesure municipale provisoire²². En effet, 90% des mesures municipales sont confirmées par les Préfets. Les 10% rejetées le sont car tous les critères ne sont pas remplis (trouble de l'ordre public sans troubles mentaux, menaces contre la sûreté des personnes pas toujours étayées).

2.3.2 Les responsabilités de l' élu engendrées par une décision de HO

Le maire ou ses adjoints amenés à signer l'arrêté provisoire d'HO témoignent de leur difficulté à manier le pouvoir dévolu par les textes légaux, tant au niveau personnel que dans une perspective de santé publique²³. En effet, la décision de prendre une mesure provisoire d'HO entraîne une prise de responsabilité par l' élu du point de vue éthique mais également au

²¹ Le Rapport ONSMP-ORSPERE « Rôle et responsabilité des maires en santé mentale »

²² Actes de la journée d'étude d'études des élus santé publique et territoires, ONSMP-ORSPERE, Grenoble, 13 mars 2007 Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale»,

²³ Le séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003, 2004 intitulé "Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitation au politique", les éditions de la Délégation Interministérielle de la Ville

niveau de l'engagement de sa responsabilité pénale. Ces données mettant l' élu en première ligne peuvent expliquer les disparités territoriales des HO.

La décision de signer un arrêté d'HO n'est pas un simple acte administratif : il s'agit d'une mesure lourde de conséquence, car elle renvoie à la privation de la liberté individuelle; ce domaine étant dévolu par principe au juge judiciaire. Les débats autour de cette forme de gestion de la maladie mentale par le pouvoir d'enfermer ont révélé une dimension particulièrement complexe de l'action des élus. Elle pose conjointement des questions d'ordre éthique (a-t-on le droit d'enfermer quelqu'un en psychiatrie sans avoir une expertise en la matière?), politique (comment concilier, sans confusions ni malentendus pour la population les rôles de protection et de répression?), social (comment s'assurer que les conséquences de ce type de décisions concourent effectivement à la cohésion et au développement social local?), et psychologique (comment garder la bonne distance à la souffrance et à la maladie mentale afin de garantir une approche juste des situations?). Pauline Rhenter souligne le fait que les élus vivent mal cette situation, ils ne se considèrent pas compétents pour décider d'une mesure d'HO. En d'autres termes, la législation leur donne la légitimité mais pas la compétence.

2.3.3 La diversité de l'implication des autres acteurs locaux

La recherche DIV-ORSPERE²⁴ montre l'influence du type d'implication des acteurs locaux (préfecture, DDASS, municipalité, secteur de psychiatrie, police...) et de leur culture d'intervention dans les mesures d'HO²⁵. Pauline Rhenter explique que les disparités ne seraient pas en lien avec le parcours de la personne, mais plutôt liées au contexte socio-économique et à une combinaison de facteurs (police, psychiatrie, services municipaux, implication ou non du conseil municipal dans la santé). Ces acteurs dessinent le paysage local de l'urgence psychiatrique.

A) Le préfet

Les failles du dispositif actuel (sorties de patients insuffisamment encadrées) aboutissent à une prudence légitime des préfets, qui se montrent de plus en plus réticents à accorder des sorties d'essai, ou des levées de HO. Or, une limitation trop importante de celles-ci serait susceptible d'impacter l'organisation des soins et la prise en charge adéquate des patients, dans la mesure où de nouveaux patients ne pourront être hospitalisés si les patients en HO, qui pourraient être pris en charge en extrahospitalier dans le cadre d'une sortie d'essai, demeurent en hospitalisation complète.

²⁴ Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) / ORSPERE-ONSMP

²⁵ Regards sur l'actualité, Psychiatrie et Santé mentale, 354, oct. 2009 Delphine MOREAU, Pauline RHENTER, «Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France», p.36-47

La difficulté essentielle consiste à prendre une décision à distance par le prisme d'un certificat médical. Certains médecins généralistes établissent des certificats ambigus. Pauline Rhenter souligne que la Préfecture se décharge sur les villes, notamment lorsque les communes disposent d'un pôle santé. Certaines disparités peuvent donc s'expliquer par le positionnement de la préfecture.

B) Les autres acteurs

D'autres acteurs, comme les forces de l'ordre, le SAMU, les pompiers, et les associations impliquées dans la santé mentale (famille et représentants des usagers, professionnels de santé, etc.) jouent un rôle important dans la procédure de HO. Néanmoins, leur degré d'implication est variable selon les pratiques et le contexte local.

2.3.4 L'hétérogénéité des représentations de la maladie mentale

La dangerosité pour soi ou pour autrui est le motif par excellence justifiant l'hospitalisation sans consentement. Pour Pauline Rhenter, les représentations de la maladie mentale sont de plus en plus associées à la dangerosité, des études²⁶ montrent que l'image renvoyée par les médias renforce bien la perception des personnes ayant des troubles mentaux comme violents et dangereux.

Inversement, la mauvaise réputation des établissements psychiatriques (imaginé comme étant encore de type asilaire) peut dissuader certains élus d'appliquer la procédure de HO.

Le travail d'enquête du centre collaborateur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de Lille qui a interrogé 900 personnes dans les grandes villes de France, a montré une grande homogénéité des pathologies et des représentations mentales des populations vis à vis de la maladie mentale. Par conséquent, les disparités territoriales dans le prononcé de mesure de HO peut s'expliquer par le degré de tolérance de la population à l'égard des troubles à l'ordre public.

2.4 L'existence d'une coordination des acteurs peut prévenir ou favoriser la prise de mesures de HO

2.4.1 Les instances de concertation et coordination

Les conditions concrètes de mise en œuvre des mesures de HO interpellent de multiples catégories d'acteurs impliqués (notamment les services municipaux chargé de l'action sociale, ou de l'hygiène, mais également la police ou la gendarmerie, les établissements de santé, etc.).

Il est donc important d'avoir un espace de coordination et d'évaluation des décisions en amont des situations d'urgence. L'initiative de leur création relève de la volonté des acteurs locaux et, selon les situations, ne revient pas toujours aux mêmes institutions.

A) Des instances relevant principalement d'une initiative locale

Selon Pauline Rhenter, l'institution la plus adaptée pour créer ces espaces de réflexion serait le maire car il ne se trouve pas sous l'emprise d'un milieu professionnel, il agit plutôt comme un pilote ou un arbitre. Il connaît son territoire et bénéficie de la légitimité de l'élection. La seule limite serait la crainte des professionnels de se sentir évalué dans leur pratique au sein de ces espaces de réflexion.

L' élu est omniprésent dans le processus de prise en charge des problèmes de santé mentale, lors de la défaillance des autres catégories d'intervenants face à ces problématiques. Il apparaît alors comme étant le *«dernier recours...celui que l'on appelle lorsqu'on est au bout de l'échec de toutes les structures, de toutes les institutions»²⁷*.

A l'interface des composantes publiques et privées, il est compétent à la fois sur les dimensions sécuritaire, sanitaire et sociale. La communication entre intervenants se fera difficilement sans sa médiation, surtout dans les situations qui "débordent" dans l'espace public.

B) Les ateliers santé-ville

C'est pourquoi, par la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006) la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) a mis en place le dispositif Atelier Santé Ville (ASV). Bien qu'ils soient de plus en plus nombreux (un peu plus de 250 à ce jour), ils demeurent largement méconnus.

C'est aujourd'hui un dispositif qui intéresse de plus en plus de collectivités locales. A partir d'un diagnostic local, qui se fait au plus près de l'action à mener c'est-à-dire parfois à un niveau encore moindre que celui du quartier, un comité de pilotage (associant autour des élus et de la DTARS (ex-DDASS), les habitants, les associations, l'Assurance maladie, l'Éducation nationale et les professionnels de santé, avec en principe l'hôpital et les libéraux), détermine les priorités d'action, les modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

L'association «Élus Santé Publique & Territoires» (ESPT) regroupe les élus des municipalités disposant d'ASV.

²⁶ MC Angermeyer, H Matschinger, «the effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill», *Social Science and Médecine*, 1996, n°43, p.1721-1728

²⁷ "Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique", séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, Etudes et recherches, les éditions de la Délégation Interministérielle de la Ville, 2003-2004

Les ASV ne visent pas des problèmes de santé particuliers, ils s'attachent d'abord à des territoires : les quartiers visés par la politique de la ville, concentrant un certain nombre d'indicateurs défavorables, comme le nombre de logements sociaux, le nombre de bénéficiaires du RMI, le taux de chômage et de pauvreté, la faiblesse de l'offre de soins, le manque de transports en commun, etc. La souffrance psycho-sociale est présente dans tous les diagnostics des ASV, que les habitants parlent de dépression, de violence ou d'addictions

C) Les conseils locaux en santé mentale

Laurent El Ghozi, Président de l'association ESPT et élu à Nanterre, déplore les liens insuffisants entre la ville et l'hôpital²⁸.

Pour répondre à ce type de problème, le plan santé mentale 2005-2008 promeut la création dans chaque secteur sanitaire d'un conseil local en santé mentale mettant en relation «tous les partenaires impliqués» : secteurs de psychiatrie, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'Education Nationale, de la justice et des institutions du champ sanitaire.

A Nanterre, le Conseil Local de Santé Mentale dispose d'un outil qui est la cellule de veille et de suivi en santé mentale. La cellule ne répondra pas à des saisines individuelles ni à des situations d'urgence, elle a pour but d'apporter des préconisations et d'aider à leur mise en place et de rechercher des solutions de prévention des hospitalisations d'office. Dans ce cadre la procédure relative à l'hospitalisation d'office doit être formalisée, à partir de la description du processus allant du signalement d'une situation à la signature ou non d'une HO (hospitalisation d'office). Le rôle de chacun sera identifié et un cadre précis défini et partagé.

Les villes de Nantes et Grenoble apparaissent comme celles où le souci de « prévention » des mesures d'HSC est le plus organisé dans les politiques municipales. Dans ces villes, le service chargé de la santé travaille sur la «prévention des HO», en essayant notamment d'organiser une coordination autour des cas lourds qui ne relèvent pas toujours *a priori* d'une HO. L'investissement municipal apparaît centré sur la recherche de solutions aux problèmes de santé mentale, à partir de stratégies élaborées avec le Service municipal de Promotion de la Santé²⁹.

2.4.2 La concertation entre psychiatres hospitaliers

A Grenoble, où pourtant les discussions des cas difficiles ont été institutionnalisées dans le cadre d'un Conseil Local de Santé Mentale, les demandes d'HO sont extrêmement variables

²⁸ Entretien de Laurent EL GHOZI paru dans « la revue du praticien, médecine générale » N° 830 de novembre 2009

²⁹ Le Service municipal de Promotion de la Santé est particulièrement exemplaire à Grenoble puisqu'il comprend, une équipe spécialisée conséquente, composée d'un directeur par quartier, d'une infirmière de formation cumulant une grande expérience

d'un secteur psychiatrique à l'autre, et sont directement en rapport avec les approches thérapeutiques des services psychiatriques plutôt qu'en rapport avec la lettre des textes de référence. On observe d'un côté, un service qui reçoit un grand nombre d'HO au motif de prévenir des situations qui pourraient devenir «dangereuses» si le lien du soin n'était pas rétabli; d'un autre côté, un service pratiquant des visites à domicile pour intervenir à chaud. L'un des secteurs de la ville, qui cherche à «éviter les HO à tout prix» en raison de leur caractère stigmatisant, déploie une stratégie de visites et de soins à domicile, en lien avec les familles. Ce secteur enregistre quelques HO seulement entre 2002 et 2004³⁰.

Ainsi, les disparités territoriales observées dans le prononcé des mesures de HO peut parfois provenir de la position thérapeutique adoptée par les psychiatres d'un secteur. Pour remédier à cet état de fait, un groupe de travail composé de tous les représentants des établissements psychiatriques de la région ou établissements ayant une antenne psychiatrique vient de se mettre en place dans la région Limousin, avec l'aide du GIP-REQUASS (Groupement d'Intérêt Public Réseau Qualité Sanitaire et Social). Il devra concevoir une procédure régionale et un référentiel d'évaluation qui permettra de comparer afin d'harmoniser les pratiques.

2.4.3 Des réseaux impliquant des médecins traitants

Les médecins traitants ont un rôle important à jouer dans le prononcé des mesures d'HO, notamment par la rédaction d'avis pouvant servir de support aux mesures d'urgence. De plus, dans une étude récente³¹, 57,8% des personnes interrogées ont indiqué que leur médecin généraliste serait le professionnel de santé auquel ils feraient appel en première intention dans le cas d'une pathologie de santé mentale, les spécialistes arrivant en deuxième place (30% feraient appel à un psychiatre ou un psychologue). De même, 46% des répondants confieraient leur suivi de traitement au médecin généraliste.

Or, le premier axe du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 avait constaté que «les médecins généralistes sont, en général, isolés par rapport aux professionnels spécialisés Il énonçait une mesure intitulée «Rompre l'isolement des médecins généralistes» qui préconisait le développement des réseaux en santé mentale. Les généralistes se plaignent des délais très longs d'obtention de consultation auprès d'un psychiatre, quel que soit le secteur : public ou privé. Ils y voient la principale difficulté dans l'articulation des soins et l'organisation du parcours des patients.

de terrain et une culture dite de santé publique, et d'une psychologue clinicienne.

³⁰ RAPPORT ONSMP - ORSPERE « rôle et responsabilité des maires en santé mentale», Mai 2008

3 Proposition d'une grille explicative des facteurs de disparités

La disparité des hospitalisations sans consentement entre départements, voire même entre secteurs, n'est pas une constatation récente. Les tentatives d'en cerner les causes sont restées sans succès : plusieurs hypothèses ont été émises (différences d'équipement, caractéristiques de population), mais les différentes études effectuées n'ont pu en préciser les influences³¹.

Le cadre de ce travail ne nous a pas permis de lancer une étude approfondie des différents facteurs en cause, nous nous sommes donc attachés à ouvrir des pistes d'investigation en sélectionnant les facteurs de disparités les plus significatifs, et les plus souvent avancés au cours des entretiens que nous avons eu tant avec les élus qu'avec les professionnels impliqués.

La grille ci-dessous liste ces facteurs par thèmes. Ils pourront être repris en divers questionnaires adaptés à chaque intervenant (Elus, psychiatres, DTARS, préfets, commissaires de police, membres des CDPH). Nous proposons que l'investigation soit réalisée au niveau du secteur psychiatrique, qui constituerait ainsi l'unité de comparaison. Compte tenu du nombre important de secteurs existants (815), un nombre compris entre 40 et 80 secteurs choisis parmi les plus représentatifs paraît pertinent.

HYPOTHESE n°1 : les données socio-démographiques et épidémiologiques sont un facteur explicatif des disparités des HO.

Certaines catégories de personnes sont plus susceptibles de subir une HO (les hommes, relativement jeunes, isolés, d'un milieu social précaire par exemple), une forte concentration d'un certain type de population impacte les données épidémiologiques qui influencent le nombre de HO.

Données démographiques

- Le secteur est-il urbain, rural ou mixte ?
- Quelle est la densité de population du secteur ? (source INSEE)
- Quelle est la pyramide des âges dans le secteur ? (INSEE)
- Quel est le pourcentage de migrants dans la population du secteur ?

Données sociales

³¹ V. Kovess-Masfety et al – «What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey; BMC Public Health 2007

³² Annexe 5 : J.P. TACHON, «Evolution des hospitalisations sans consentement » in *Information psychiatrique*, 2009

- Quelle est la répartition des catégories socioprofessionnelles dans la population de la commune ?
- Quel est le taux de chômage et sa répartition par classes d'âge ?
- Quels sont le revenu moyen et la médiane des revenus de la population ?
- Quel est le nombre de bénéficiaires du RSA ? Quel est le nombre de familles monoparentales ? (source CAF)
- Quelle est la proportion de bénéficiaires de la CMU et de la CMUC ?
- Quelle est la proportion d'habitats individuels et collectifs? Quelle est la proportion de logements sociaux ?
- Existe-t-il des transports en commun qui desservent l'ensemble des quartiers de la commune et de manière uniforme en regard des horaires ?

Données épidémiologiques

- Quelle est la prévalence des différentes pathologies dans le secteur?
- Quelle est la consommation de substances psycho-actives (alcool, autres drogues, médicaments) sur le secteur ?

HYPOTHESE n°2 : Les ressources en santé et leur organisation sont un autre facteur de disparités des HO.

Les capacités d'accueil et la qualité des prises en charge globale sont susceptibles à la fois d'éviter certaines HO et d'en «provoquer» d'autres.

Ressources globales en santé

- Quelle est la densité médicale (généralistes et psychiatres) sur le secteur ?
- Existe-t-il des inégalités de répartition géographique des médecins sur le secteur ?
- Existe-t-il un centre hospitalier à proximité ?
- Existe-t-il des réseaux de santé mentale formalisés sur le secteur ?

Ressources psychiatriques intra-hospitalières

- Quel est le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie dans le secteur ?
- Quel est le nombre de lits en unité fermée dans le secteur ?
- Quelle est la durée moyenne de séjour dans les lits psychiatriques (publics et privés) ?
- Y a-t-il des HO itératives (la même personne est hospitalisée plusieurs fois) ?
- Y a-t-il un service d'urgences avec présence effective de psychiatres dans le secteur ?
- Y a-t-il une UHCD avec lits dédiés aux urgences psychiatriques au sein du centre hospitalier dont dépend le secteur ?

Ressources psychiatriques extra-hospitalières

- Quel est le nombre et le type de structures extra-hospitalières du secteur psychiatrique ? Sont-elles réparties de manière homogène sur le territoire ?
- Quelle est la disponibilité du CMP sur le territoire (horaires, jours d'ouverture, ressources humaines) ? Y a-t-il des consultations infirmières et/ou un primo entretien infirmier dans le CMP ?
- Quelles sont les alternatives à l'hospitalisation sur le territoire (hôpital de jour, hôpital de semaine, de nuit, foyer, appartements thérapeutiques, familles d'accueil thérapeutique, CATTP) ? Quel est le nombre de places ?

- Existe-t-il une équipe mobile pour la prise en charge des patients atteints de pathologies mentales sur le secteur ?
- Concernant les filières de prises en charge en aval, quelle est l'offre médico-sociale (MAS, ESAT, FAM) ?
- Existe-t-il des associations à visée d'amélioration de la santé mentale de la population ?
- Existe-t-il des associations d'aide aux patients atteints de pathologies psychiatriques ?

Ressources spécifiques pour les prévenus/détenus

- Existe-t-il une maison d'arrêt ou un centre de détention sur le secteur ou rattaché au secteur ? Est-il doté d'une SMPR ?
- A quelle distance se situe l'établissement pénitentiaire de l'hôpital ?
- Existe-t-il des unités sécurisées pour les détenus/prévenus ? Existe-t-il une UHSA ?

HYPOTHESE n°3 : L'organisation administrative et les pratiques locales influencent le processus de décision dans la prise de mesures de HO.

Les textes de référence laissent une marge d'interprétation à chaque acteur pour s'adapter aux réalités du terrain, à leur appréciation des besoins et aux attentes de la population. L'existence d'instance de coopération entre les acteurs joue sur le nombre HO (à la hausse comme à la baisse).

Organisation administrative

- Quelle est la proportion des mesures provisoires prises par le maire ?
- Quelle est la formation des élus sur la procédure de HO ?
- Existe-t-il une procédure d'HO dans la mallette d'astreinte des élus ?
- Existe-t-il des ressources locales de conseil aux élus (formelles ou informelles) en matière d'HO ?

Pratiques des acteurs intervenant dans le processus de décision (à poser aux élus comme aux professionnels de santé)

- Avez-vous déjà été amené à proposer ou à prendre au moins une fois une mesure de HO dans les cas suivants :
 - o Agression sur la voie publique
 - o Attitude menaçante sur la voie publique
 - o Agitation, sans menaces explicites ou agressions, sur la voie publique
 - o Personne sans domicile, sans soutien identifié, refusant les soins, hors situations d'agression ou menaces
 - o Troubles de voisinage (menaces, dégradations, nuisances) signalés par les voisins ou les bailleurs
 - o Comportement incurie à domicile
- Avez-vous préalablement recherché un tiers susceptible de demander une HDT ?
- Ressentez-vous une « pression sécuritaire » influençant vos décisions? Ressentez-vous une attente particulière de la population (dans le cas des troubles de voisinage par exemple) ?

Collaboration entre acteurs institutionnels

- Existe-t-il des instances de concertation et de coordination, du type atelier santé-ville, CLSM, réseau ville-hôpital ?
- Existe-t-il des réseaux informels (liens entre médecins libéraux, hôpital, école, associations, élus, services sociaux, préfecture...) ?
- Un médecin traitant ou un travailleur social qui serait confronté à une situation psychiatrique difficile a-t-il un interlocuteur identifié ?
- Quels sont les liens de la municipalité avec les associations ? Existe-t-il des aides financières ?
- Quelle est l'activité de la CDHP (fréquence des réunions, nombre de visites à l'hôpital dans l'année, communication des rapports) ? A-t-elle une influence sur les pratiques des acteurs ?

Conclusion

Le sujet que nous avons choisi de traiter présente la particularité de confronter nos points de vue de professionnels issus d'horizons différents, et d'interroger également nos convictions de citoyens en particulier sur la question de la privation de liberté et de la protection des personnes les plus vulnérables.

Depuis la libération des aliénés par Philippe Pinel, la psychiatrie a connu des évolutions favorables à la cause des personnes souffrant de troubles mentaux. L'hospitalisation sans consentement fait l'objet d'une réglementation inscrite dans le Code de la Santé publique. Ses dispositions sont issues notamment de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

L'étude que nous avons menée sur les disparités des hospitalisations d'office s'inscrit dans un environnement en mouvance, marqué par les rapports complexes qu'entretient la société avec la maladie mentale.

Les données statistiques concernant les disparités territoriales sont multiples, elles deviennent plus intelligibles après une étude approfondie du contexte local. Pour faciliter la comparaison, ces données gagneraient à être corrigées. En effet, il conviendrait de comparer les échantillons de population en tenant compte des mêmes caractéristiques sociales et professionnelles. Cette remarque nous incite donc à la prudence dans l'examen de données statistiques quelles qu'elles soient et c'est l'un des premiers enseignements tiré de notre travail.

Le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a été présenté en conseil des ministres le 5 mai 2010. Il a pour objectif d'adapter le dispositif actuel aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux. Une partie des disparités pourrait s'expliquer par une inadéquation entre les possibilités actuelles de prise en charge et les besoins rencontrés, obligeant les acteurs à choisir, parfois par défaut, la solution qu'ils estiment la moins défavorable aux personnes concernées. Pour améliorer le dispositif, il ne pourra faire l'économie d'une étude approfondie des pratiques et des besoins actuels qui engendrent les disparités constatées. Nous nous sommes attachés à définir les thématiques dont l'exploration permettrait d'expliquer ces disparités. Nous espérons que notre rapport aura contribué à construire un outil qui se révélera pertinent et exploitable.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

Circulaire DGS/SD6C/2006-346 du 1^{er} août 2006 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2005.

Circulaire DGS/MC4/2008/140 du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005.

Articles L.3213-1 à L. 3213-10 et Art. L.3214-1 à L.3214-5 du Code de la Santé Publique.

[visité le 03.05.2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100520>

Articles D.391 à D.399 du Code de Procédure pénale. [visité le 03.05.2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100520>

Article 122-1 du Code Pénal [visité le 03.05.2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100520>

ARTICLES

ROGER P., 2004, "L'hospitalisation psychiatrique sans consentement ". *Revue générale de droit médical*, Fascicule n°13, pp. 275-292.

DEVERS G., 2007, "Hospitalisation d'office, la France mauvais élève de l'Europe". *Revue Droit déontologie Soins*, Vol.7, pp 497-503.

PAIX E., Décembre 2008, "Quel formalisme pour la décision de maintien en hospitalisation d'office ?". *Actualité juridique de droit administratif*, n° 40/2008, pp. 2226-2229.

CLEMENT JM., Août 2009, "Le contentieux lié à l'hospitalisation d'office". *La gazette de l'hôpital*, n°81, pp. 13-15.

TACHON JP., 2009, "Evolution des hospitalisations sans consentement (HSC)". *L'information Psychiatrique*, Vol. 85.

ROELANDT JL., 2009, "Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement". *L'information Psychiatrique*, Volume 85.

HENCKES N., 2009, Psychiatrie et institutions, les dynamiques de changement. *Psychiatrie et santé mentale, regards sur l'actualité*, n°354.

VELPRY L., Octobre 2009, "Violences, troubles psychiques et société". *Psychiatrie et santé mentale, regards sur l'actualité*, n°354.

MOREAU D., RHENTER P., 2009, "Les hospitalisations sans consentement : usages et enjeux en France". *Psychiatrie et santé mentale, regards sur l'actualité*, n°354.

COLDEFY M., JUHAN P., KANNAS S., 2009, "Vers une meilleure organisation des soins en santé mentale ?". *Psychiatrie et santé mentale, regards sur l'actualité*, n°354.

RHENTER P., MOREAU D., 2009, "Les hospitalisations sans consentement, usages et enjeux en France". *Psychiatrie et santé mentale, La documentation française*, n°304.

RAPPORTS

STROHL H., 1997, CLEMENTE M., Rapport du groupe national d'évaluation de la Loi du 27 juin 1990.

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL JC., 2003, "Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale". Rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

FURTOS J., BERTOLOTTI F., 2003-2004, "Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique", séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, Etudes et recherches, les Editions de la Délégation Interministérielle de la Ville.

FURTOS J., BERTOLOTTI F., RHENTER P., 2008, "Rôle et responsabilité des Maires en Santé Mentale, à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office". Rapport ONSMP-ORSPERE, Délégation interministérielle à la ville, pp.1-165.

Commission des citoyens pour les droits de l'homme, 2009, "Les internements psychiatriques en France". Rapport de synthèse, pp. 4-55.

AUTRES SOURCES

Projet de Loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 2010, Etude d'impact.

Centre collaborateur de l'OMS, 2006, Enquête sur les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Liste des annexes

Annexe 1 : L'agenda des entretiens

Annexe 2 : La liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Les guides d'entretien

Annexe 4 : Les données statistiques

Annexe 5 : La fiche de lecture de l'article de J.P. TACHON dans l'Information psychiatrique, année 2009 : Evolution des hospitalisations sans consentement

Annexe 6 : La prise en charge psychiatrique dans les secteurs

Annexe 7 : Les différents types de secteurs en fonction de leur dotation en équipement et en personnel

Annexe 1 : L'agenda des entretiens

AGENDA DES ENTRETIENS

Représentant(s) du groupe N°1 MIP	Date	Lieu du rendez vous	Nom de la ou des personne(s) rencontrée(s)
Anne, Marie et Patricia	6/5/10	Mairie puis Hôpital de Dreux, 28100 Dreux	Mme RAULT et Dr PARIS
Gérard et Maryline	7/5/10	Hôpital Esquirol, 94410 Saint-Maurice	Dr CABIE et son équipe
Gérard et Maryline	7/5/10	Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris	Dr Gérard MASSE
Anne-Laure et Marie	10/5/10	EPSM à 59100 Roubaix	Dr DEBROCK
Gérard et Viviane	10/5/10	Mairie, 92000 Nanterre	Dr EL GHOZI
Nicolas et Serge	10/5/10	DTARS, 35000 Rennes	Mme GELEBART
Anne-Laure et Marie	10/5/10	CCOMS à 59000 Lille	Mme RHENTER
Philippe	12/5/10	CHS Sarreguemines, 57200 Sarreguemines	Dr SENNINGER
Marie	14/5/10	Hôpital Esquirol à 87100 Limoges	Mme Dr TRARIEUX, M. LOMBERTIE, M. PIGNOUX, Mme POUmeroULY
Anne-Laure, Marie et Serge	17/5/10	Hôpital Guillaume Reigner, 35000 Rennes	Dr LE FOLL
Anne et Nicolas	17/5/10	Hôpital Charcot, 78370 Plaisir	Dr ROBIN et son équipe
Philippe et Patricia	17/5/10	EHESP, 35000 Rennes	Mme KOVESH
Maryline et Nicolas	17/5/10	Ministère de la santé, 75007 Paris	Mme LAVY
Philippe et Serge	18/5/10	Hôpital Guillaume Reigner, 35000 Rennes	Dr LEMARIE

Note : pour les entretiens des 6, 7, 10 (sauf Rennes), et 17 Mai (sauf Paris), Pierre Juhan, notre animateur nous a accompagné

Annexe 2 : La liste des personnes rencontrées

- Dr Marie-Claude CABIE, chef de pôle, Centre Hospitalier Esquirol, Saint Maurice
- Dr Marc DEBROCK, psychiatre, EPSM de l'Agglomération Lillois
- Dr Laurent EL GHOZY, conseiller municipal de Nanterre, président de l'association «Elus Santé Publique & Territoires»
- Isabelle GELEBART, référente des hospitalisations sans consentement à la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) de Bretagne
- Dr Viviane KOVÉSS-MASFETY, psychiatre et épidémiologiste, directrice du Département d'Epidémiologie et de Recherche Université Paris Descartes
- Laurence LAVY, Direction Générale de la Santé, Bureau Santé Mentale
- Dr Jean Alain LE FOLL, président CME, Centre hospitalier Guillaume Régnier (Rennes)
- Dr Yvon LEMARIE, psychiatre, président CDHP Centre hospitalisé Spécialisé de Rennes
- Dr Émile Roger LOMBERTIE, président de la CME, Centre Hospitalier Esquirol Limoges
- Pr Gérard MASSE, président CME, Hôpital Sainte Anne, Paris
- Dr Pierre PARIS, psychiatre, chef de pôle, Centre Hospitalier Dreux
- Jean-Michel PIGNOUX, magistrat, membre de la CDHP de la Haute-Vienne
- Joëlle POUmeroULY, Attachée d'Administration Hospitalière, responsable des admissions au CH Esquirol
- Catherine RAULT, première adjointe Mairie de Dreux, chargée de l'action sociale, de la famille et des services à la population
- Dr Michaël ROBIN, psychiatre, chef de service de l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise, Hôpital Charcot, Plaisir
- Pauline RHENTER, chercheur, Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) à Mons-en-Baroeur
- Dr Jean-Luc SENNINGER, praticien hospitalier, chef de pôle, Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines
- Dr Anne-Marie TRARIEUX, présidente de la CDHP de la Haute-Vienne

Annexe 3 : Les guides d'entretien

Présentation du MIP et des interviewers

- en quoi consiste le module interprofessionnel
- présentation des personnes présentes
- respect des règles de confidentialité

Présentation de l'interlocuteur

- demander sa fonction actuelle et le contenu de son travail
- présentation rapide de son parcours professionnel et de ses diverses expériences (par exemple dans le monde associatif)

Annoncer le thème général du MIP (sans la problématique)

- «les disparités territoriales des hospitalisations sans consentement »
- le sujet a été recentré sur les HO

Trame de la grille d'entretien des professionnels de santé

- Avez-vous connaissance du nombre d'HO prononcées dans votre établissement/pole/services/secteurs au cours de l'année 2009 ? comparez vous votre hôpital aux autres hôpitaux du territoire ? Pouvez vous vous situez au niveau national ?
- Existe-t-il un ou plusieurs profils de patients caractéristiques relevant de HO dans votre service ou secteur? (*HO sous main de justice, HO carcéraux, situations de procédures classiques ou mesures de sûreté ?*) Pouvez vous décrire les 5 dernières HO que vous avez été amenées à recevoir ? (*quelle était la situation à l'origine, y avait-il notion de dangerosité pour autrui ou pour soi-même ?était-ce vraiment des patients relevant de HO ? Existe-t-il des facteurs socioculturels chômage, alcool, toxicomanie... identifiés chez les patients en HO ?*)
- Constatez-vous des HO itératives parmi vos patients ? Si oui, quelles en sont les raisons ? Cela fait-il l'objet de réflexions collégiales ? (*en équipe intra hospitalière et sur le réseau ?*)
- Existe-t-il des difficultés d'accueil des patients sous HO dans votre service ? Est-ce que la capacité d'accueil et le taux d'occupation a une influence sur les HO ?
- Pouvez-vous décrire le dispositif de prise en charge dans le cadre du parcours du patient (*du domicile à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire du CMP, CATTP, VAD... ?*) Comment sont assurés le repérage, l'orientation et le suivi des patients ? (*Existe-t-il une équipe mobile ?*), Quel est, selon vous, le rôle du centre 15 ?
- Accueillez-vous des détenus en HO ? Y a t il un psychiatre à l'UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires) ou un SMPR (Service médico-psychologique régional) ? Quelle en est l'influence sur les HO carcérales ? Posent-elles des problèmes particuliers ?
- Existe-t-il une coordination entre les différents acteurs ? Comment est elle organisée ? (*Pensez-vous que la coordination entre les différents acteurs (Hôpital, policier, pompiers, élus, le milieu associatif) est satisfaisante ?*)
- Avez-vous connaissance de difficultés dans la mise en œuvre de la procédure de HO telle qu'elle est prévue dans les textes ? (*Si oui, lesquelles ?*)
- Participez-vous à des instances de réflexion sur la question de la santé mentale dans votre commune? (*ex : Conseil en santé mentale ou ateliers santé/ville ?*)
- Souhaitez vous voir évoluer cette procédure d'HO ? Quelles propositions feriez -vous ?

Trame de la grille d'entretien avec les élus

- Avez-vous connaissance du nombre d'HO prononcées dans votre commune au cours de l'année 2009 ? Nous avons pu observer que les disparités entre départements s'échelonne de 1 à 12, savez vous comment se situe votre commune par rapport aux autres ?
- Quels sont les motifs ou les raisons les plus fréquentes qui conduisent à prendre un arrêté de HO ? Par exemple, sur les 5 dernières HO que vous avez été amenées à prendre, d'où venait la demande ? Comment cela s'est-il passé ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en œuvre de la procédure de HO telle qu'elle est prévue dans les textes ? *(Si oui, lesquelles, avec qui ?)*
- Avez-vous bénéficié d'une formation sur le prononcé d'une mesure de HO ? Quelles sont/seraient les personnes ressources au moment de la prise de décision ?
- Avez-vous le sentiment d'être influencé lors de votre prise de décision *(par la pression médiatique, le climat sécuritaire actuel, les craintes de la population ?? Si oui, comment ?)*
- Existe-t-il dans votre commune des particularités qui influencent le nombre de mesures de HO ? *(facteurs socioculturels chômage, alcool, toxicomanie, etc.)*
- Avez-vous des espaces d'échange sur cette question dans votre commune ? *(ex : au Conseil municipal ou dans le cadre d'échange avec d'autres élus) ?*
- Existe-t-il une instance d'appui à la décision ou de réflexion sur la question de la santé mentale dans votre commune *(ex : Conseil en santé mentale ou ateliers santé/ville) ?*
- Existe-t-il un dispositif permettant d'identifier les personnes susceptibles de relever d'une HO ? *(Pensez-vous que des mesures de prévention ou la mise en place d'un système d'alerte pourrait impacter sur le nombre de HO ?)*
- Existe-t-il une coordination entre les différents acteurs ? Comment est elle organisée ? *(Pensez-vous que la coordination entre les différents acteurs (Hôpital, policier, pompiers, autres élus dont l'adjoint aux affaires sanitaires et social, le milieu associatif) permettrait une meilleure application de la législation en facilitant la prise de décision ?)*
- Avez-vous connaissance du nombre de personnes pour qui vous êtes amenés à prendre des mesures d'HO à plusieurs reprises ?
- En tant qu'acteur décisionnaire, souhaitez vous voir évoluer cette procédure d'HO ? Quelles propositions feriez-vous ?

Annexe 4 : Les données statistiques

Tableau 1 : Evolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007

	1998	1999	2000	2003	2005	2007
Hospitalisation d'office (HO)	8 817	9 487	9 208	11 211	11 939	11 579
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	55 097	58 986	62 708	66 915	62 880	61 019
Hospitalisation sans consentement (HSC)	63 914	68 473	71 916	78 126	74 819	72 598
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	580 543	610 381	610 815	615 244	618 288	606 040
HO/HSC	14 %	14 %	13 %	14 %	16 %	16 %
HSC/H	11 %	11 %	12 %	13 %	12 %	12 %

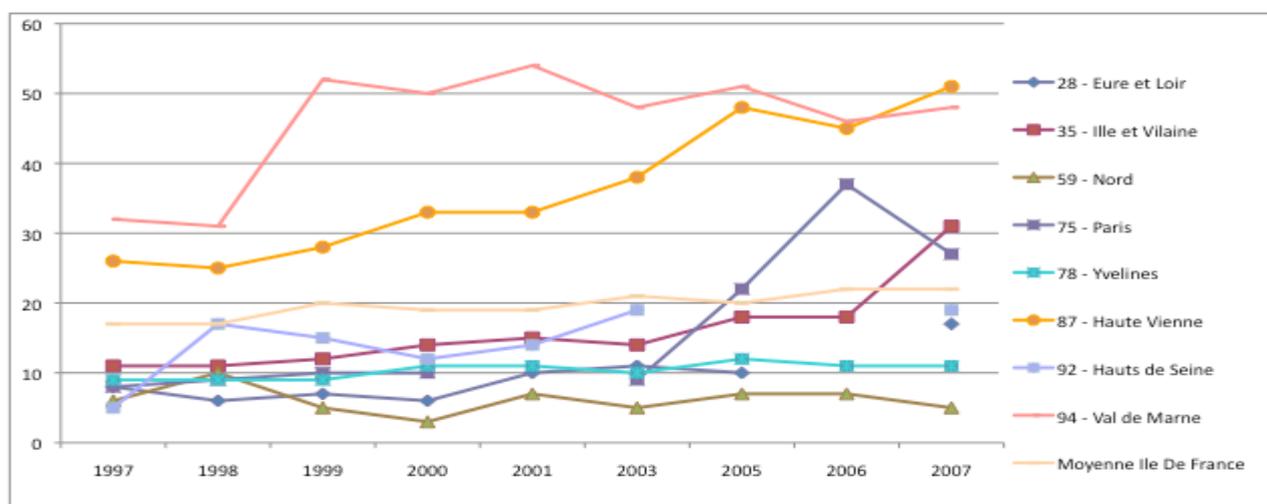
Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 1998, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007, données statistiques ; DREES, SAE 1998, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007, données statistiques.

Source : Fiche DREES 'Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie'

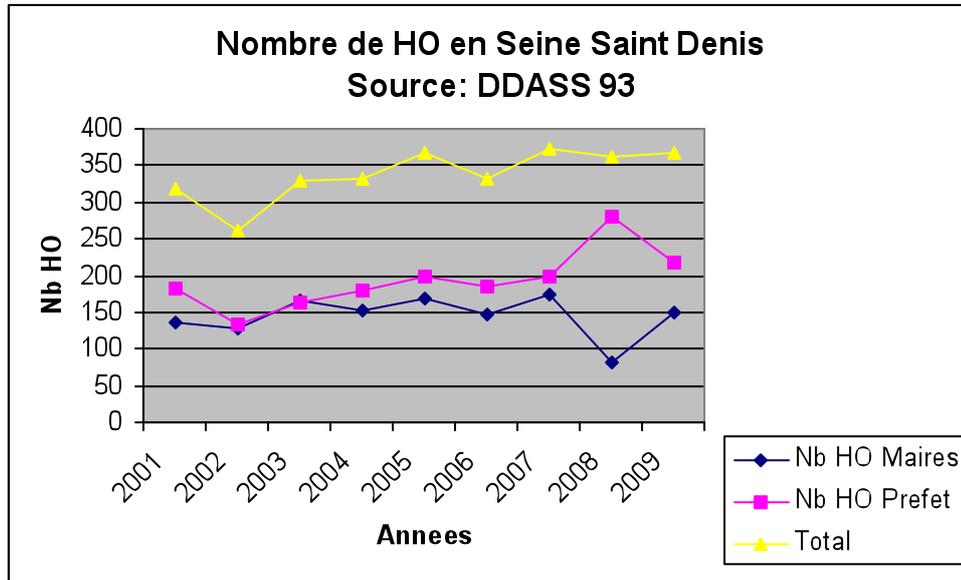
Tableau 2 : l'Eure-et-Loir, l'Ille-et-Vilaine, le Nord, Paris, les Yvelines, la Haute-Vienne, et l'Île de France

Départements	Moyenne d'HO pour 100 000 habitants									
	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007	
28 - Eure et Loir	8	6	7	6	10	11	10	10	17	
35 - Ille et Vilaine	11	11	12	14	15	14	18	18	31	
59 - Nord	6	10	5	3	7	5	7	7	5	
75 - Paris	8	9	10	10		9	22	37	27	
78 - Yvelines	9	9	9	11	11	10	12	11	11	
87 - Haute Vienne	26	25	28	33	33	38	48	45	51	
92 - Hauts de Seine	5	17	15	12	14	19	19	19	19	
94 - Val de Marne	32	31	52	50	54	48	51	46	48	
Moyenne Ile De France	17	17	20	19	19	21	20	22	22	



Note : Pour les besoins de notre étude, les seuls chiffres de la DGS accessibles sont ceux donnant les chiffres des années 2003 et 2005 issus des deux dernières circulaires parues. Pour les autres années les données utilisées proviennent du rapport de synthèse de la Commission des Citoyens et des Droits de l'Homme (CCDH) réalisé à partir des rapports annuels d'activité des CDHP. Leurs chiffres, relatifs à l'année 2003, sont identiques à ceux fournis par la DGS.

Tableau 3 : Données DDASS Seine Saint Denis 2001- 2009



Annexe 5 : Fiche de lecture de l'article de J.P. TACHON dans l'Information psychiatrique, année 2009 : Evolution des hospitalisations sans consentement

1. Les disparités entre les départements sont grandes, notamment pour ce qui regarde les procédures d'urgence, toutefois, les chiffres restent stables d'une année sur l'autre dans un même département (échec de la loi qui visait à une harmonisation des pratiques).
2. Ces disparités n'ont pu être rattachées à des différences d'équipement (hôpitaux, CMP, centres d'accueil), de caractéristiques de population (urbanisation, ruralité) ou régionales.
3. Depuis 1990, l'augmentation des HSC est importante, mais sa courbe est parallèle à celle des hospitalisations en psychiatrie en général.
4. Le taux des HO par rapport aux hospitalisations globales est stable.
5. Le recours à la procédure d'urgence pour les HSC est élevé mais reste lui aussi stable.
6. Le nombre des HDT a augmenté rapidement à partir de 1992, mais il a tendance à se stabiliser depuis 2000. L'auteur tente d'expliquer l'évolution de la courbe par plusieurs hypothèses qui se contredisent et ne sont pas claires dans leurs effets : meilleure définition de l'HDT depuis la loi de 1990 qui éliminerait les fausses hospitalisations libres, qualité du tiers exigée, diminution de la durée des séjours psychiatriques, recommandations de la HAS en 2005 pour juger de l'urgence psychiatrique, développement de la psychiatrie de liaison...
7. Le recours à la procédure d'urgence (péril imminent) paraît lié à la volonté d'éviter le retard à l'accès aux soins et à la difficulté à obtenir un second certificat, l'auteur préconise une révision de la loi sur ce point.

Les modes de prise en charge en psychiatrie adulte

[Coldefy, Bousquet (2002) ; Coldefy, Lepage (2007)]

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte, mobilisés ou non de façon exclusive, peuvent être distingués : l'ambulatoire (86 % du nombre de patients vus au moins une fois dans l'année (la file active) en 2003 et 67 % de façon exclusive), le temps complet (25 % de la file active et 11,5 % de façon exclusive), et enfin le temps partiel (9 % de la file active et 1,5 % de façon exclusive). Au cours des dix dernières années, l'augmentation du recours a davantage concerné l'ambulatoire et le temps partiel [Coldefy, 2007].

L'ambulatoire définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent (76 % de la file active ambulatoire en 2003), les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique.

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités d'accueil et de coordination des soins. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic, et de soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (ex. structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.). Certains CMP sont également habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ils se dénomment alors centres d'accueil permanent (CAP).

La psychiatrie de liaison, c'est-à-dire les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique (de MCO), constitue la seconde grande modalité de prise en charge ambulatoire (20 % de la file active en 2003). L'activité ambulatoire comprend aussi des **soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile** (17,5 % de la file active en 2003).

La prise en charge à temps complet se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein (97 % de la file active à temps complet). Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors, principalement dans les structures suivantes :

- **le centre de post-cure** : unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- **l'hospitalisation à domicile (HAD)** : prise en charge thérapeutique au domicile du patient associée, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance ;
- **l'appartement thérapeutique** : unité de soins hors de l'hôpital mise à la disposition de quelques patients pour une durée limitée. Il vise à permettre au patient de mener une vie normale autant que possible, mais nécessite néanmoins le passage quotidien de personnels ;
- **l'accueil familial thérapeutique** : placement dans des familles d'accueil des patients de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Les prises en charge à temps partiel se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles :

- **l'hôpital de jour** (40 % de la file active à temps partiel) prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine ;
- **l'hôpital de nuit** (5 % de la file active à temps partiel) consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine ;
- **les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT)**, 59 % de la file active à temps partiel dispensent des activités thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
- **les ateliers thérapeutiques (AT)**, 4 % de la file active à temps partiel fournissent des activités thérapeutiques (ex. ergothérapie) et occupationnelles (activités artisanales, artistiques ou sportives) ayant pour but de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

Source : Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, IRDES, Questions d'économie de la santé n°145, Août 2009

Annexe 7 : Les différents types de secteurs en fonction de leur dotation en équipement et en personnel

T1 Statistiques descriptives de la partition en 9 classes des secteurs psychiatriques									
Caractéristiques des classes	Secteurs très bien dotés			Secteurs moyennement dotés		Secteurs peu dotés			
	Classe 6	Classe 2	Classe 1	Classe 3	Classe 4	Classe 7	Classe 8	Classe 5	Classe 9
	<ul style="list-style-type: none"> 6 Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical 2 Secteurs urbains bien dotés en équipement varié 1 Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et équipement 3 Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement 4 Secteurs moyennement dotés rattachés à des CHR 7 Secteurs atypiques sans hospitalisation à temps plein 8 Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives 5 Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants 9 Secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique 								
Nombre de secteurs dans la classe	93	36	132	184	57	23	80	86	103
Pourcentage de la classe dans l'ensemble des secteurs	11,8	4,0	16,7	23,3	7,2	2,9	10,1	10,9	13,0
Équipement									
Nombre moyen de centres médico-psychologiques (CMP)	1,5	2,4	3,7	2,9	2,9	2,2	1,8	2,3	2,3
Nombre moyen de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'ateliers thérapeutiques (AT)	1,2	1,5	2,8	2,3	1,6	1,3	1,1	1,7	0,9
Places en hôpital de jour*	30,9	93,0	82,8	49,3	89,0	23,2	2,7	35,5	25,4
Places en hôpital de nuit*	3,6	11,5	5,5	4,7	8,7	0,2	1,0	3,1	2,7
Places en centres de crise ou centres d'accueil permanent*	3,0	0,1	1,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2
Lits d'hospitalisation temps plein*	104	317	241	172	166	316	112	98	54
Taux de lits théoriquement occupés à temps plein depuis plus d'un an	22,5	6,4	22,5	15,5	6,4	2,0	13,2	15,1	27,5
Lits de prise en charge temps complet, hors hospitalisation à temps plein*	49,2	33,9	18,6	16,3	10,6	4,2	6,8	7,8	5,2
Personnel									
Équivalents temps plein (ETP) de psychiatres*	16,1	13,5	11,7	8,8	11,0	7,9	10,3	7,3	9,2
ETP d'internes*	3,1	3,8	1,3	1,3	3,5	0,6	2,1	1,0	0,5
ETP de médecins non psychiatres*	0,9	0,9	2,8	1,6	0,3	0,7	0,6	1,6	0,5
ETP d'infirmiers*	99,3	137,8	171,7	114,1	109,4	50,6	74,5	94,8	54,0
ETP de psychologues*	8,9	6,6	7,4	5,3	5,8	5,3	5,0	4,5	5,1
ETP de personnel de rééducation-réinsertion*	4,7	1,6	1,9	1,5	1,2	0,5	1,4	1,4	1,6
ETP de personnel socio-éducatif*	7,3	6,8	7,3	4,6	4,5	2,8	3,7	4,0	2,9
ETP de soignants*	40,5	56,3	69,9	42,3	31,4	22,7	26,4	25,8	16,8
Ouverture - Communauté									
Pourcentage de CATTP, d'AT et de CMP situés en dehors de l'hôpital	95,4	95,4	87,8	90,1	83,8	86,2	87,5	84,2	87,8
Pourcentage de lits ou places en dehors de l'hôpital	39,8	30,0	30,2	24,9	28,2	74,4	18,9	31,2	33,7
Pourcentage de places alternatives à l'hospitalisation à temps plein (HTP)	37,8	34,1	31,7	29,7	41,3	41,8	8,5	32,5	37,4
Pourcentage d'ETP du personnel médical travaillant en unité HTP	48,3	53,9	55,4	61,1	50,8	25,9	58,3	61,5	47,4
Pourcentage d'ETP des infirmiers et cadres travaillant en unité HTP	62,0	63,0	65,6	69,0	69,3	24,2	70,9	68,1	60,9
Pourcentage des ETP consacrés à la psychiatrie de liaison	6,5	1,9	4,2	2,6	4,3	10,5	3,8	2,2	7,8
Pourcentage des ETP consacrés aux interventions en urgence	3,7	2,9	2,3	2,7	6,3	7,1	4,7	3,1	11,8
Accessibilité - Accueil									
Pourcentage de CMP ouverts au moins 2 jours/semaine après 18 heures	77,3	54,7	30,0	29,9	43,7	24,2	52,3	37,0	44,3
Pourcentage de CMP ouverts tout au long de l'année (y c. été)	97,3	87,8	87,3	92,3	74,0	96,6	94,9	93,0	87,7
Pourcentage d'hôpitaux de jour ouverts tout au long de l'année (y c. été)	88,6	63,4	83,8	81,6	79,0	81,1	80,0	89,2	90,3
Pourcentage de secteurs dont tous les lits d'hospitalisation à temps plein sont implantés géographiquement dans le secteur	24,5	38,9	62,1	42,9	52,6	30,4	47,5	69,8	61,2
Activité									
File active totale	1 578	1 361	1 813	1 438	1 514	1 227	1 448	1 374	1 485
Durée moyenne d'hospitalisation cumulée dans l'année (en journées)	42,1	45,2	49,3	46,2	39,9	39,4	42,8	41,9	34,2
Taux d'occupation des lits	90	96	92	92	92	92	90	87	88

* pour 100 000 habitants de plus de 20 ans

Sources : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003, Drees ; Recensement général de Population, 1999, Insee.

Source : Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, IRDES, Questions d'économie de la santé n°145, Août 2009