



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

ETUDE D'IMPACT

Mai 2010

SOMMAIRE

Introduction :	5
I - DIAGNOSTIC	7
1.1 L'offre hospitalière de soins en psychiatrie	7
1.1.1. La place prépondérante des établissements sectorisés spécialisés en psychiatrie ..	7
1.1.2. Une forte augmentation de la demande dans le cadre du développement des prises en charges ambulatoires et à temps partiel	9
1.1.3 Une spécialisation croissante de l'offre	9
1.2. Le dispositif actuel des hospitalisations sans consentement	10
1.2.1. Données statistiques et épidémiologiques	10
1.2.1.1. Les patients hospitalisés sans leur consentement	10
1.2.1.2 Mesures d'hospitalisation sans consentement	11
1.2.2 La description du dispositif juridique actuel	12
1.2.2.1 La procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)	13
1.2.2.2 L'hospitalisation d'office (HO)	13
1.2.2.3 Les procédures de l'HO et de l'HDT présentent plusieurs points communs	14
1.2.2.4 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement	15
1.2.3 Données européennes comparées	16
1.3- La nécessité de modifier la loi	18
1.3.1 L'évolution du contexte juridique	18
1.3.1.1 Les évolutions législatives déjà intervenues.	18
1.3.1.2 Les réformes législatives intervenues nécessitant la réactualisation de la loi du 27 juin 1990	19
1.3.1.3 Le contexte européen	20
1.3.1.4 La jurisprudence nationale et européenne.	21
1.3.2 Un dispositif perfectible	23
1.3.2.1 Une évolution du dispositif préconisée par les différents rapports d'évaluation de la loi de 1990 et par les rapports abordant la question des patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.	23

1.3.2.2 Les difficultés pour appliquer le dispositif de l’HDT et bénéficier des soins (accès et continuité des soins)	25
1.3.2.3 Les insuffisances du dispositif de l’HO pour assurer un suivi efficace des patients et garantir la sécurité des tiers.....	26
1.3.2.4 L’inadéquation de la loi au regard de l’évolution des modalités de prise en charge des patients.....	28
1.3.2.5 L’effectivité relative des garanties des libertés individuelles.....	30
1.3.2.6 Nécessité de modifier l’intervention du conseil de famille dans le projet de loi.....	31
1.4 Les actions déjà menées ou en cours ne relevant pas du domaine législatif.....	31
1.4.1 Le plan de santé mentale (2005-2008).....	31
1.4.2 Les instructions pour limiter les contentieux (la motivation des décisions préfectorales).....	33
1.4.3 Le suivi des HSC et l’aide à l’instruction des dossiers pour les décisions préfectorales (HOPSY).....	34
1.4.4 Un décret pour se mettre en conformité avec la jurisprudence de la CEDH sur l’examen à bref délais des demandes de sortie immédiate.....	35
1.4.5 Le dispositif de suivi des fugues.....	35
1.4.6 Les actions pour la sécurisation des établissements	35
II - OBJECTIFS DE LA LOI	37
III – PRINCIPALES OPTIONS	37
3.1 Les trois rapports des inspections générales de différents ministères sur l’évaluation de la loi du 27 juin 1990 aboutissent parfois à des conclusions différentes, y compris sur des points fondamentaux.....	37
3-2 Les options législatives non retenues	38
3.2.1 L’unification du dispositif : la fusion de l’HO et de l’HDT	38
3.2.2 La suppression du tiers	39
3.2.3 Le curateur à la personne pour suppléer l’absence de tiers	40
3.2.4 L’extension des missions des CDHP	40
3.3 Les mesures législatives inscrites dans le projet gouvernemental.....	40

IV L'ANALYSE DE L'IMPACT DES OPTIONS RETENUES	41
4-1 Impact sur les patients et leurs proches	41
4.1.1 Un dispositif d'accès aux soins sans consentement plus souple tout en garantissant les droits des patients	43
4.1.2 Des modalités de soins adaptées aux pratiques actuelles de prise en charge en psychiatrie	44
4.1.3 Un circuit de l'information sur le déroulé de la mesure de soins sans consentement adapté à l'évolution des modalités de prise en charge	45
4.1.4 Des dispositions pour assurer la continuité du traitement et apportant une aide aux familles	45
4.1.5 Un meilleur encadrement de la sortie des établissements de santé pour les soins ambulatoires ou pour les levées des mesures de soins sans consentement, tant pour la sécurité des malades que pour l'entourage	46
4.1.6 Mais une évolution de la loi qui ne modifie pas les dispositions applicables à certaines populations	47
4.1.7 Les droits des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement seront renforcés	47
4-2 l'impact sur les administrations publiques	48
4.2.1 Représentants de l'Etat :	48
4.2.2 Les établissements de santé	49
4.2.2.1 Evaluation de la charge pour le collègue	49
4.2.2.2 Evaluation du nombre de patients susceptibles d'être vus par le collègue	49
4.2.3 Les services déconcentrés de l'Etat	50
4.2.4 Impact sur les services de la justice	50
4.2.5 Le rôle des maires	53
4-3 L'impact juridique	53
4-3.1 L'impact des modifications apportées au regard du droit européen	53
4-3.2 Liste prévisionnelle des textes d'application	54
4.3.3 La nécessité d'aménager des passerelles entre le dispositif actuel et le dispositif futur notamment pour les patients en sortie d'essai	56
4.3.4 L'harmonisation des infractions pénales	56
4.4 L'impact budgétaire	56
V- CONSULTATIONS ET CONCERTATIONS	56
5.2 Consultations non obligatoires	57
5.3 Les partenaires concertés	57
ANNEXE	59

Introduction :

Selon une enquête internationale ESEMED-EPREMED, plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (12 à 13 % des personnes interrogées) suivis par les troubles de l'humeur (8 à 11%). En 2005, le diagnostic d'état dépressif sévère avait touché 2 à 3% de la population en France et l'anxiété généralisée 1 à 2 %. Sur une vie entière, les troubles d'allure psychotiques avaient touché environ 3 % de la population et le diagnostic de schizophrénie un peu moins de 1%. 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 4ème cause d'affection de longue durée.

Les conséquences des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques sont lourdes autant pour la personne qui en souffre que pour sa famille. Le coût direct et indirect des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques a été estimé en 2005 à 3 à 4 % du PIB de l'Union européenne.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé cinq objectifs à la politique de santé mentale :

- réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- réduire de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité ;
- réduire de 20% le nombre de suicides en population générale ;
- réduire de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus ;
- augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant des troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon les recommandations de bonne pratique clinique.

Pour atteindre ces objectifs, diverses mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique,

- favoriser le diagnostic précoce des pathologies mentales,
- organiser une offre de soin adaptée en lien avec le secteur social et médico-social,
- initier et soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et d'évaluation de celles-ci.

Il s'agit également de permettre aux associations de malades souffrant de pathologies mentales et à leurs familles de participer pleinement à l'amélioration du dispositif de prise en charge et au soutien aux personnes malades.

Par ailleurs, des actions spécifiques en direction des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et de leurs aidants naturels sont développées, notamment dans le champ de l'insertion sociale et de l'insertion professionnelle. Ces actions font suite à la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a inclus « *l'altération substantielle, durable ou définitive... des fonctions psychiques* » dans le champ du handicap.

Les pathologies mentales graves s'inscrivent souvent dans une certaine durée, avec des périodes de crises et de rémissions. Mais les avancées scientifiques tant dans le domaine des neurosciences, de la biologie que des thérapeutiques médicamenteuses ont modifié ces vingt dernières années les pratiques cliniques, confortées en cela par les résultats d'une recherche clinique en plein essor.

Le pronostic des pathologies mentales en a été transformé, ce qui a modifié le recours aux soins en psychiatrie et son organisation.

L'organisation des soins en psychiatrie s'est construite en prenant en compte les caractéristiques des pathologies, en particulier le déni de la maladie par le patient, le comportement de certains patients qui peut porter atteinte à l'ordre public, et la nécessité d'une prise en charge de proximité. Les derniers chiffres disponibles permettent d'estimer le nombre d'adultes pris en charge en établissements spécialisés en psychiatrie à 1,3 million sur une année (cf. infra).

La grande majorité des hospitalisations en psychiatrie se fait sur demande du patient. Pour moins d'un patient sur cinq cependant, cette hospitalisation lui est imposée.

Ces soins hospitaliers réalisés sans le consentement du patient répondent à la nécessité de ne pas attendre la demande du patient dans les cas où ses troubles mentaux nécessitent des soins immédiats, sont susceptibles d'engager son pronostic vital ou de porter atteinte à sa sécurité ou à celle de ses proches et nécessitent une prise en charge sans délai.

Le statut des malades mentaux a été défini pour la première fois par une loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La réforme d'ensemble du dispositif législatif n'est intervenue qu'avec la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, dont les dispositions ont été codifiées dans le code de la santé publique sous les articles L. 3211-1 à L. 3223-3. Ce délai atteste de la complexité de ce sujet et de la difficulté à trouver un juste équilibre entre, d'une part, un devoir d'assistance sanitaire à des personnes qui ne peuvent justement évaluer leurs besoins en raison de leurs troubles mentaux ainsi que la nécessité d'assurer leur protection ou celle d'autrui, et, d'autre part, la garantie des libertés individuelles et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette étude présente les propositions d'évolution de la législation en cours afin de prendre en compte les spécificités de la maladie mentale, les modalités actuelles de prise en charge en psychiatrie et de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur entourage.

I - DIAGNOSTIC

1.1 L'offre hospitalière de soins en psychiatrie

L'offre hospitalière de soins psychiatriques est présente en France dans 621 établissements de santé.

Elle se caractérise par :

- la place de la psychiatrie publique sectorisée et la part des établissements ayant une autorisation unique en psychiatrie ; les établissements publics et privés sans but lucratif représentent 75% des capacités d'accueil. Les établissements sectorisés représentent 77% des capacités pour la prise en charge en psychiatrie générale ;
- l'augmentation très importante de l'activité depuis une vingtaine d'années et le développement des prises en charge ambulatoires ou à temps partiel ;
- la spécialisation de l'offre dans le cadre de soins gradués.

1.1.1. La place prépondérante des établissements sectorisés spécialisés en psychiatrie

L'organisation de la 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 » pour assurer la continuité des prises en charge pour une population présentant essentiellement des pathologies psychotiques au caractère chronique, et pour lesquelles il était indispensable d'organiser, de façon cohérente au sein d'une équipe pluri professionnelle, la prévention, le soin et l'insertion. Des prises en charge diversifiées sont organisées, associant hospitalisation, activité à temps partiel, consultations et accueil dans des centres médico-psychologiques (CMP), au plus près de lieux de vie des patients.

Les secteurs assurent des prises en charge très diversifiées, en ambulatoire, à temps partiel et à temps complet.

La prise en charge ambulatoire

- les centres médico-psychologiques (CMP)

L'offre ambulatoire comprend essentiellement les prises en charge en centres médico-psychologique (CMP), dont seuls les établissements sectorisés peuvent disposer. Le CMP est le dispositif pivot du secteur. Il a pour mission d'assurer la continuité de la prise en charge sur le territoire couvert, d'organiser et de coordonner toutes les activités extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation. A côté de la mission de consultation traditionnelle, il offre aussi des plages horaires d'ouverture durant lesquelles les patients peuvent se présenter sans rendez-vous. Par ailleurs, il assure le suivi des patients à leur domicile ou dans les institutions de substitution telles que les structures médico-sociales.

La diversité des missions suppose la pluridisciplinarité de l'équipe, qui associe des médecins, des psychologues, des infirmiers et d'autres professionnels de santé ou médico-sociaux, ce qui impacte le coût de fonctionnement de la structure.

La prise en charge à temps partiel

Les prises en charge à temps partiel regroupent toutes les formes de prise en charge qui ne comportent pas d'hospitalisation incluant une journée et une nuit consécutives.

Elle comprend quatre formes, définies dans les décrets et arrêté du 14 mars 1986, dont seule la première est ouverte aux établissements privés, les trois autres relevant exclusivement des établissements sectorisés : l'hôpital de jour : il assure des soins polyvalents et intensifs à temps partiel ;

- les *centres d'accueil thérapeutique à temps partiel* (CATTP) qui ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ;
- les *ateliers thérapeutiques* : ils sont orientés vers la réinsertion professionnelle et la réinsertion sociale, et comprennent des médecins, des infirmiers, des ergothérapeutes et des professionnels techniciens ;
- les hôpitaux de nuit : ils assurent une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale la nuit, pour les patients ayant acquis une certaine autonomie la journée.

La prise en charge à temps complet

Elle est déclinée en cinq modes :

- l'hospitalisation à temps plein, pour dispenser des soins intensifs adaptés aux situations aiguës nécessitant une prise en charge continue ;
- les centres de postcure : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë, le prolongement des soins actifs et les traitements nécessaires à la réadaptation sociale et au retour à l'autonomie ;
- les *appartements thérapeutiques* : ce sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mises à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante voire continue des personnels soignants ;
- l'*hospitalisation à domicile* : la prise en charge thérapeutique a lieu au domicile du patient, associée le cas échéant à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du sujet ;
- les *placements en accueil familial thérapeutique* : ils constituent une suite ou une alternative à l'hospitalisation à temps complet.

L'offre sectorisée en psychiatrie générale est assurée par 255 établissements, dotés de 42.147 lits et 15 740 places¹ alors que 297 établissements sont non sectorisés, avec 14.353 lits et 1991 places.

La place de la sectorisation est plus forte en psychiatrie infanto-juvénile : sur un total de 211 établissements pour 1635 lits et 7512 places, seulement 93 établissements ne sont pas sectorisés, soit 465 lits et 1374 places.

Il est toutefois à noter qu'un même établissement peut avoir une offre sectorisée et non sectorisée.

Plus de la moitié des établissements ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non, sont des établissements ayant une autorisation exclusive en psychiatrie.

1.1.2. Une forte augmentation de la demande dans le cadre du développement des prises en charges ambulatoires et à temps partiel

Contrastant avec une morbidité psychiatrique stable, on observe une augmentation très importante du taux de recours à la psychiatrie : 1 695 000 personnes adultes ou enfants ont été pris en charge en 2008.

Ce sont essentiellement les modes de prise en charge ambulatoire qui expliquent cette croissance notamment pour les prises en charge de psychiatrie infanto-juvénile.

L'analyse des recueils d'information médicale en psychiatrie (RIM-Psy) de l'année 2008 montre que sur 1 309 000 patients de plus de 18 ans pris en charge, 69% l'ont été exclusivement en ambulatoire, 13% au titre exclusif de l'hospitalisation à temps complet et les autres patients bénéficiant d'une prise en charge alliant ambulatoire et hospitalisation.

Les diagnostics principaux des patients de plus de 18 ans sont pour 17% des troubles de l'humeur (dont les troubles bipolaires), 8% des troubles addictifs, 8% des schizophrénies et 7% des troubles de l'anxiété.

Les troubles neurologiques (démences, retard mental) ont diminué, ce qui a largement contribué à la diminution de la durée moyenne de séjour, qui avoisine 30 jours. Celle-ci a pour autre explication le développement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Ainsi, la file active² de patients hospitalisés à temps complet, qui représente 311 000 personnes soit un quart de la file active totale, a augmenté de 22 % en 15 ans alors que dans le même temps le nombre de lits a été réduit de 56%.

1.1.3 Une spécialisation croissante de l'offre

Au cours des dernières années et sous l'impulsion du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, la prise en charge en psychiatrie a été mieux différenciée pour répondre à la spécificité de certaines populations (populations précaires, personnes âgées, adolescents...), à certaines pathologies (addictions, anorexie, troubles de l'attachement du nourrisson...) ou à certaines situations cliniques (tentatives de suicide, urgences, accompagnement des troubles somatiques graves).

Ces évolutions ont été possibles notamment grâce à une augmentation des moyens disponibles. Ainsi, durant les cinq dernières années, le budget de la psychiatrie a cru de 2 à 3% par an en moyenne, ce qui a permis une augmentation des effectifs. (cf. infra résultats du plan psychiatrie et santé mentale).

⁸ Publication de la DREES « la prise en charge de la santé mentale » - 2009
<http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm>

1.2. Le dispositif actuel des hospitalisations sans consentement

1.2.1. Données statistiques et épidémiologiques

1.2.1.1. Les patients hospitalisés sans leur consentement

En 2007 et 2008, environ 69 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement³ au moins une fois dans l'année⁴ ce qui représente près de 23% de l'ensemble des personnes prises en charge en hospitalisation complète⁵.

Les personnes hospitalisées sans leur consentement sont en grande majorité des hommes dans le cas des hospitalisations d'office⁶ alors que les hospitalisations à la demande d'un tiers concernent aussi souvent des hommes que des femmes⁷. Leur moyenne d'âge, 42 ans pour les HDT et 39 ans pour les HO, n'est pas très différente de celle observée pour l'ensemble des personnes hospitalisées en psychiatrie (42,3 ans), 42 ans pour les HDT et 39 ans pour les HO.

Il existe peu d'études portant sur la situation socio-économique et familiale des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement. Une étude réalisée au centre hospitalier du Vinatier (Lyon) sur des patients hospitalisés en 2003⁸ montre que l'on retrouve dans le cas de personnes hospitalisées d'office plus souvent des difficultés psycho-sociales (isolement, situation d'exclusion) et dans le cas de personnes hospitalisées à la demande d'un tiers, plus souvent des difficultés liées à l'entourage immédiat. Une récente étude réalisée en Ile de France dans la population des personnes sans domicile fixe, montre que près de 12% ont été hospitalisées contre leur volonté au moins une fois.

Pour près de la moitié des personnes hospitalisées sans leur consentement (29 427 patients), les pathologies mentales diagnostiquées sont le plus souvent les schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants (CIM-10 : F20 à F29). Le 2^{ème} groupe de pathologies les plus souvent rencontrées sont les troubles de l'humeur (CIM-10 : F30 à F39 et 12 043 patients concernés).

Selon l'étude réalisée en 2003 par le centre hospitalier du Vinatier précédemment citée, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) constitue souvent un mode d'entrée dans le soin psychiatrique alors que l'hospitalisation d'office (HO) concerne souvent des personnes déjà connues des équipes soignantes du secteur de psychiatrie.

Selon le RIM-psy, 18 % des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie en 2008 sont réalisées dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement.

L'enquête réalisée par l'IGAS en 2003⁹ dans 3 régions (Lorraine, Aquitaine, Rhône-Alpes) montrait que la durée moyenne de séjour pour les personnes en HDT était de 60 jours, pour les personnes en HO de 95 jours et pour les personnes en hospitalisation libre de 52 jours.

1.2.1.2 Mesures d'hospitalisation sans consentement

Il y a eu 159 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus en 2007, selon les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) :

- 134 mesures d'HDT pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus soit 61 019 mesures de HDT,
- 25 mesures d'HO pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus soit 11 579 mesures de HO.

Mais il faut noter une très grande variabilité de ces taux selon les départements ; les écarts pouvant varier de 1 à 5 pour les HDT et de 1 à 9 pour les HO.

Au niveau national, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement diminue régulièrement depuis 2003 (-7% entre 2003 et 2007), après avoir connu une forte progression entre 1998 et 2003 (+22%). Cette décroissance est plus récente pour les HO que pour les HDT.

Il faut toutefois remarquer que la part des hospitalisations sans consentement sur l'ensemble des hospitalisations (nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale – source SAE) reste particulièrement stable au cours de la période d'étude, 1998 – 2007, puisqu'elle varie entre 11% et 13% (étude réalisée par la DREES en janvier 2010 à partir des rapports d'activité des CDHP).

L'analyse des données des départements répondants montre que le nombre de mesures de sorties d'essai peut être très variable d'un département à l'autre pour un même nombre (ou équivalent) de mesures de HO ou de HDT. Il est probable que certains départements pratiquent des sorties d'essai de durée courte, mais répétées.

Dans le RIM-psy, seules les sorties d'essai de plus de 48h sont enregistrées. En 2008, il y a eu 52 400 sorties d'essai. Celles-ci semblent concerner plus souvent les personnes en HO que les personnes en HDT. Il semble que la quasi totalité des personnes en HO bénéficie d'une sortie d'essai avant qu'intervienne la levée de la mesure de HO.

Il n'en est pas de même pour les personnes en HDT, près d'une personne sur 3 bénéficierait d'une levée d'HDT sans avoir bénéficié de sortie d'essai.

Les HDT prononcées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent (en application de l'article L.3212-3 du code de la santé publique), en 2007, représentaient **48 % des HDT¹⁰** totales dans 90 départements répondants. Cette proportion est en augmentation depuis 1998 où elle était de 32%.

La part des HO prises à la suite d'une mesure provisoire du maire ou, à Paris, des commissaires de police (L.3213-2 du code de la santé publique) sur l'ensemble des hospitalisations d'office semble être relativement stable au cours du temps. Elle est de **68 % en 2007** dans 90 départements répondants.

⁹ IGAS rapport n° 2005-064 / IGSJ n°11/05- « propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000110/0000.pdf>

¹⁰ Rapport d'activité des CDHP.

Les mesures de HO prononcées en application de l'article D.398 du CPP et concernant les détenus étaient en 2007 de 2051 sur 94 départements répondants¹¹, le nombre de mesures par département allant de 0 à 113 (Nord). Le nombre de mesures ou le nombre de détenus concernés sont en augmentation dans les trois sources d'information disponibles (SAE, RIM-psy et rapports d'activité des CDHP). Ainsi dans le RIM-psy le nombre de détenus concernés était de 1035 en 2007 (pour 61 810 détenus) et de 1489 en 2008 (pour 64 250 détenus).

Les HO prononcées en application de l'article L 3213-7 du CPP (irresponsables pénaux) étaient de 206 nouvelles mesures dans les rapports d'activité des CDHP en 2007, le nombre de mesures par département allant de 0 à 15 (Bouches-du-Rhône) et 16 (Seine Maritime). Le taux de réponse à cet item étant faible, aucune analyse temporelle n'est possible. Pour mémoire, dans le RIM-psy il y a eu en 2008, 299 personnes hospitalisées d'office qui avaient été jugées pénalement irresponsables.

Aux termes de l'article 706-135 du CPP, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner l'hospitalisation d'office de la personne, après avis d'un expert psychiatre. 47 décisions d'irresponsabilité pénales ont été rendues sur la période du 15 septembre 2008 au 11 décembre 2009 (15 mois d'observation)¹². Parmi les personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement, 20 d'entre elles ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office, 18 décidées par la chambre d'instruction et 2 par le tribunal correctionnel.

1.2.2 La description du dispositif juridique actuel

La loi n° 90-527 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.

Outre qu'elle établit l'hospitalisation dite « libre » comme le régime normal d'hospitalisation psychiatrique et qu'elle reconnaît aux patients concernés les mêmes droits que ceux dont bénéficie les patients soignés pour d'autres pathologies, elle limite les restrictions à ces droits, pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement.

La spécificité du dispositif actuel est **la coexistence de deux procédures d'hospitalisation sans consentement** :

- l'hospitalisation d'office (HO)
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).

Le critère commun pour que l'une ou l'autre de ces hospitalisations soit prononcée est **l'existence de troubles mentaux** nécessitant des soins. Cependant, ces deux dispositifs obéissent à des logiques distinctes qui impliquent des conditions d'entrée et de sortie du dispositif différentes.

¹¹_____

12

12

12

¹²Rapports d'activité des CDHP.

12

1.2.2.1 La procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Elle peut être mise en œuvre à condition que les troubles mentaux de la personne rendent impossibles son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. **Aucun critère autre que l'état de santé mental du patient qui rend impossible son consentement n'est pris en considération.**

La décision d'HDT revêt la forme d'une admission en hospitalisation prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil.

Deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés attestent que les critères relatifs à l'état du patient requis pour une HDT sont bien remplis.

Le premier certificat doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (la loi n'exige pas qu'il soit psychiatre : il peut s'agir du médecin de famille ou du médecin traitant).

Le second certificat peut être établi par un médecin (qui peut également ne pas être psychiatre) de l'établissement d'accueil.

Pour que l'admission puisse être prononcée, il faut que l'HDT soit demandée par écrit par un tiers, soit un membre de la famille du malade ou une personne ayant des relations avec le malade antérieures à la demande d'HDT (Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, Centre hospitalier de Caen¹³).

La levée de la mesure d'HDT est de droit lorsqu'elle est demandée par un psychiatre de l'établissement qui certifie que les conditions requises pour l'HDT ne sont plus réunies, lorsqu'elle est ordonnée par le préfet ou lorsqu'elle est demandée par le curateur, la famille, le demandeur de l'HDT ou la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La transformation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office peut intervenir lors de la demande de levée de l'HDT (par la famille, le tiers demandeur ou la CDHP), si le médecin psychiatre estime que la poursuite des soins est indispensable et si la personne malade répond aux critères de l'HO ; cette transformation peut également s'opérer lorsque, au cours de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, l'état de santé mentale du patient évolue vers les critères de l'HO. Dans cas, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'HO.

1.2.2.2 L'hospitalisation d'office (HO)

Elle peut être 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. **L'hospitalisation, justifiée par l'état de santé du patient, a également pour objectif d'éviter que ses troubles mentaux ne nuisent à autrui ou à lui-même.**

¹² « Recensement des décisions rendues en application de la loi n°2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ». Communication du ministère de la justice en date du 27 janvier 2010.

¹³ Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-sections réunies, du 3 décembre 2003, 244867, publié au recueil Lebon, consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

La décision est donc prise par l'autorité administrative (le préfet et, à Paris, le préfet de police ou le maire en cas d'urgence) qui se détermine 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).

Il existe deux cas particuliers d'hospitalisation d'office, l'une concernant les personnes détenues, l'autre les personnes dont l'irresponsabilité pénale en raison de leurs troubles mentaux a été reconnue.

- **L'HO des détenus** : actuellement, elle 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).

- **L'HO des personnes ayant bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.** L'HO peut alors être soit prononcée par le préfet sur la base de l'article L. 3213-7 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 en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Cette dernière disposition résulte de la modification la plus récente de la loi du 27 juin 1990 portée par la loi n°2008-174 du 25 février 2008.

1.2.2.3 Les procédures de l'HO et de l'HDT présentent plusieurs points communs

- a) Une fréquence comparable des examens par un psychiatre et des certificats médicaux durant l'hospitalisation (premier réexamen au cours des vingt-quatre premières heures, deuxième dans les quinze jours suivant l'admission, puis au moins une fois par mois) garantit le bien-fondé de l'hospitalisation et permet d'adapter les soins à l'évolution de l'état mental du patient ;
- b) Une procédure simplifiée en cas d'urgence : pour l'HDT, en cas de péril imminent pour la santé du patient, un seul certificat d'un médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil est nécessaire et, pour l'HO, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou, à Paris, les commissaires de police sont compétents pour prendre des mesures provisoires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes. L'HO est ensuite prononcée dans les conditions de droit commun ;
- c) Une durée de validité limitée des mesures qui doivent être maintenues – par certificat médical pour l'HDT, par arrêté préfectoral pour l'HO, selon une périodicité fixée par la loi. A défaut de maintien aux échéances légales, ces mesures deviennent automatiquement caduques ;
- d) Une possibilité d'aménagement des conditions de traitement des personnes en HO ou en HDT sous la forme de sorties d'essai afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion. Celles-ci peuvent être prononcées pour une durée de trois mois

éventuellement renouvelables et comportent une surveillance médicale. La personne garde son statut de personne hospitalisée. Pour l'HDT, les sorties sont accordées par le directeur de l'établissement sur avis médical. Pour l'HO, elles sont accordées par le préfet sur proposition médicale ;

Les dispositifs de recours et de contrôle

- le contrôle a posteriori du juge - judiciaire sur la nécessité de la mesure et administratif sur sa légalité et le pouvoir du juge des libertés et de la détention d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ;
- les visites des établissements de santé par les autorités judiciaires et administratives (préfet, procureur de la République, juge du tribunal d'instance, maire)
- l'examen de la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes par les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatriques (CDHP), instances ad hoc ;
- la veille du respect des droits de l'Homme par le contrôleur général des lieux privés de liberté.

1.2.2.4 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

- a) Si le législateur a considéré que, dans certaines situations, le préjudice majeur pour la personne concernée était l'absence de soins et que, dans ce cas, le recours à la contrainte était nécessaire, il a jugé indispensable de préciser que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles d'une personne hospitalisée sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement et qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. A cet égard, la recommandation européenne du 22 septembre 2004 distingue le placement involontaire du traitement involontaire. Cette distinction existe également dans certaines législations de pays européens. C'est le cas notamment en Allemagne et aux Pays-Bas. En revanche, en France, l'hospitalisation est considérée comme une modalité de traitement et il ne serait pas concevable qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement dans un établissement de santé sans y être soignée.
- b) La confidentialité des données médicales est également garantie pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Les patients ont un accès direct à leur dossier médical dans le cadre d'une procédure qui peut être aménagée et les litiges en la matière sont tranchés par la CDHP.
- c) La personne hospitalisée sans son consentement doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. Elle dispose du droit de communiquer avec toutes les autorités chargées de visiter les établissements de santé accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement. Elle est libre de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix et a le droit d'émettre ou de recevoir des courriers. Elle peut également saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Les textes actuels ne mentionnent pas la prise en compte de l'avis du patient.

- d) Afin de garantir le respect des droits des patients hospitalisés en psychiatrie, la loi du 27 juin 1990 a créé les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Cette instance est informée de toutes les hospitalisations sans consentement. Elle exerce ses missions par des visites des établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement ; elle examine les dossiers des patients à leur demande et étudie systématiquement les dossiers des personnes en HDT depuis plus de trois mois et rencontre les patients à leur demande.

1.2.3 Données européennes comparées¹⁴

Il existe une extrême diversité des critères et des modalités du soin contraint en psychiatrie d'un pays de l'Union européenne à l'autre comme le montre le tableau ci-après.

Dans les pays disposant d'une législation sur les soins contraints, celle-ci porte :

- sur l'ensemble des personnes dans l'incapacité ou l'impossibilité de consentir aux soins sans faire de distinction entre les différents diagnostics médicaux (les directives anticipées en Espagne),
- sur les personnes considérées comme vulnérables comme les personnes mineures ou sous tutelle (consentement par représentation en Espagne),
- ou sur les personnes présentant une pathologie psychiatrique ou un trouble mental (France, Grande-Bretagne).

12 pays dont la Belgique et la France ont une législation spécifique sur les soins contraints des personnes présentant une pathologie psychiatrique. Trois pays (Espagne, Italie et Grèce) n'ont pas de loi spécifique concernant les malades mentaux.

En cas de pathologie mentale, les situations pouvant entraîner des soins contraints pour les personnes concernées diffèrent également selon les pays. Dans certains pays seule la dangerosité de la personne est prise en compte, dans d'autres pays seul le besoin de soin, sans référence à la dangerosité, et dans d'autres le besoin de soin et la dangerosité sont pris en compte.

Dans certains pays (Allemagne, Danemark, Irlande) les diagnostics pouvant entraîner « un soin contraint » sont précisés (psychose, démence, déficience mentale,...).

Dans 7 pays d'Europe le professionnel sollicité pour se prononcer sur le soin contraint est obligatoirement un psychiatre « ayant une expérience particulière » et dans 8 autres cela peut être n'importe quel médecin.

Dans certains pays il faut « documenter » l'absence d'alternative aux soins contraints pour une personne souffrant de pathologie mentale (Belgique). Dans d'autres pays la loi précise, en cas de soins contraints, le protocole de soins mis en place. Le soin contraint peut être assorti ou non d'un protocole détaillé des mesures coercitives possibles ou d'une possibilité d'obligation de soins à domicile.

Il faut noter également que la législation d'un mode de soins contraint peut coexister avec une législation et un dispositif spécifique, ordonné dans le cadre pénal ou post-pénal, pour les auteurs d'infractions ou de délits souffrant d'une pathologie psychiatrique (Italie, Royaume-Uni ou Belgique)

La quasi-totalité des Etats européens reconnaissent le pouvoir judiciaire comme légitime pour décider d'une hospitalisation ou d'un soin contraint. La France fait figure d'exception en la matière.

In fine, deux options sont présentes en Europe :

- l'une maintient un régime d'exception à l'endroit du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux pour les soins ambulatoires ou l'hospitalisation ;
- l'autre inaugure un droit commun des personnes dans l'incapacité de consentir.

Autrement dit, cela signifie que deux systèmes existent en Europe :

- ceux dans lequel le principe général pour tous les patients est la liberté de refuser les soins, excepté en cas de troubles psychiatriques ;
- et ceux dans lesquels toutes les personnes vulnérables en raison de leur état et, après décision judiciaire examinant au cas par cas la capacité à consentir à des soins (pour des raisons diverses), peuvent se voir priver de leur capacité juridique à réaliser certains actes de la vie civile.

Les admissions sans consentement en psychiatrie dans les états membres de l'Union européenne en 2002

Pays	Critères pour le placement sans consentement	Psychiatre mandaté pour une évaluation initiale	Autorité de décision : médicale / non médicale	Protocole détaillé des mesures coercitives	Possibilité d'obligation de soins à domicile	Représentation de l'usager par un avocat ou un professionnel apparenté	Pourcentage d'admissions contre leur gré par rapport à l'ensemble des hospitalisations	Pourcentage d'admissions contre leur gré pour 100 000 personnes de la population
Autriche	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	18	175
Belgique	D	Non	Non med	Non	Oui	Oui	5.8	47
Danemark	T ou D	Non	Med	Oui	Non	Oui	4.6	34
Finlande	T ou D	Non	Med	Non	Non	Non	21.6	218
France	D	Non	Non med	Non	Non	Non	12.5	11
Allemagne	D	Non	Non med	Oui	Non	Non	15.9	175
Grèce	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR
Irlande	T ou D	Oui	Med	Non	Non	Oui	10.9	74
Italie	T	Non	Non med	Non	Non	Non	12.1	NR
Luxembourg	D	Non	Med	Non	Oui	Non	26.4	93
Pays-Bas	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	13.2	44
Portugal	T ou D	Oui	Non med	Non	Oui	Oui	3.2	6
Espagne	T	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR

¹⁴ Psychiatrie et santé mentale", collection "regards sur l'actualité" de la documentation française N°354 - octobre 2009.

Suède	T	Non	Med	Oui	Oui	Non	30	114
Royaume-uni	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	13.5	93

T : nécessité du traitement D : dangerosité NR : non renseigné

Source : tableau établi à partir du rapport Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz, « *compulsory admission and involuntary treatment of mental ill patients – legislation and practice in EU-member states, central institute of mental health, european commission, 2002* » cf http://europa.eu/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf - Tableau publié dans "Psychiatrie et santé mentale", collection "regards sur l'actualité" n° 354 – octobre 2009 – Documentation française.

1.3- La nécessité de modifier la loi

1.3.1 L'évolution du contexte juridique.

1.3.1.1 Les évolutions législatives déjà intervenues.

- a) La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a apporté un certain nombre d'améliorations aux dispositions existantes :
- L'accès direct aux informations de santé recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement a été reconnu. Toutefois, dans un souci de protection de la personne concernée, à titre exceptionnel et en cas de risques d'une gravité particulière, cet accès peut être subordonné à la présence d'un médecin. En cas de refus du demandeur au sujet de cette présence, l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatrique s'impose (art. L. 1111-7 du CSP).
 - Les sorties de moins de douze heures accompagnées par du personnel de l'établissement de santé, qui constituaient une pratique courante, ont été légalisées. Elles sont accordées par le directeur de l'établissement sur proposition du psychiatre responsable de la structure concernée en matière d'HDT. 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 (art. L. 3211-11-1 du CSP).
 - Les critères de l'HO sont redéfinis pour affirmer l'aspect sanitaire de la mesure : la rédaction résultant de la loi précise que sont visées par l'HO « les personnes dont les troubles mentaux *nécessitent des soins* ». De plus, le critère de l'atteinte à l'ordre public est restreint, cette atteinte devant désormais intervenir « *de façon grave* » pour pouvoir constituer un motif d'HO.
 - La composition de la CDHP est revue. Elle passe de quatre 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 (art. L. 3223-2 du CSP).
 - En matière de protection de l'enfance, la décision de confier un mineur à un établissement recevant des malades mentaux est désormais encadrée et, par analogie avec la décision préfectorale d'HO, repose désormais sur un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement et est soumise à des renouvellements périodiques (art. 375-3 du code civil).

- b) La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a instauré une hospitalisation sans consentement pour les personnes détenues se référant au dispositif de l'HO et créant les unités hospitalières spécialement aménagées au sein desquelles doivent être hospitalisées les personnes détenues souffrant de troubles mentaux (articles L. 3214-1 à L. 3214-5 du CSP).
- c) La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a comblé un vide juridique en donnant un cadre légal aux transports jusqu'aux établissements de santé des personnes hospitalisées sans leur consentement. Les conditions nécessaires à ce transport y sont précisées tant en matière d'HDT que d'HO. Le transport doit être effectué par un transporteur sanitaire agréé (art. L. 3222-1-1 du CSP).

La loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 a institué un Contrôleur général des lieux de privation de liberté chargé de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Son champ d'intervention inclut les établissements de santé habilités à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement, contribuant ainsi à accroître les garanties offertes à ces personnes.

- d) La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a apporté des changements en ce qui concerne l'hospitalisation d'office des personnes reconnues irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux. Hormis une harmonisation de la terminologie, dans le code de la santé publique, avec celle de la nouvelle procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale, cette loi a inclus les classements sans suite pour cause d'irresponsabilité pénale dans le champ de l'article L. 3213-7 du CSP (qui prévoit que deux expertises psychiatriques concordantes sont nécessaires pour que le représentant de l'Etat puisse ordonner la levée des mesures d'HO).

La loi du 25 février 2008 a surtout créé une nouvelle procédure d'HO, à savoir l'hospitalisation d'office sur décision de justice (*communément appelée HO judiciaire*) inscrite dans le code de procédure pénale (article 706-135).

La chambre de l'instruction, le tribunal correctionnel ou la cour d'assise peuvent prendre une ordonnance d'hospitalisation d'office lorsqu'ils ont prononcé un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

A l'exception de la décision initiale d'hospitalisation d'office ordonnée par les autorités judiciaires, c'est le représentant de l'Etat qui est compétent pour assurer le suivi de la mesure dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

1.3.1.2 Les réformes législatives intervenues nécessitant la réactualisation de la loi du 27 juin 1990

- a) La réforme des tutelles : la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique de majeurs, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, n'a qu'un impact limité sur les dispositions de la loi du 27 juin 1990. Pour autant, elle appelle une mise en cohérence des dispositions ayant trait à la protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux.

Elle suppose notamment la suppression du curateur à la personne ad hoc prévu par l'article L. 3211-9.

L'institution, sous le régime actuellement en vigueur, d'un curateur à la personne avait eu pour objectif de répondre à des situations dans lesquelles les organes classiques de protection des personnes vulnérables ne pouvaient intervenir (tuteur au rôle circonscrit en principe à une fonction de tutelle aux biens).

Or, d'une part, la loi du 5 mars 2007 prévoyant désormais qu'une mission de protection de la personne peut être dévolue à la personne chargée de la protection (tuteur ou curateur), il n'est plus nécessaire de prévoir une disposition ad hoc à cet effet en cas de mesure d'hospitalisation ou de soin psychiatrique sans consentement.

D'autre part, la mesure de sauvegarde de justice, dont la nature se prête à ce qu'elle soit prise dans l'urgence et pour une durée limitée, permet de désigner un mandataire spécial auquel peut être confiée une mission de protection des biens comme de la personne (article 438 du code civil).

L'article 433 prévoit sur ce point un tempérament au principe d'audition préalable du majeur préalablement à une décision de placement sous sauvegarde de justice, le juge des tutelles pouvant ainsi, en cas d'urgence, statuer sans délai sur la demande de sauvegarde et sur la désignation d'un mandataire spécial.

Ces dispositions s'avèrent, en tout état de cause, plus souples dans leur utilisation que la procédure actuellement prévue par l'article L. 3211-9, laquelle implique une saisine de la chambre du conseil du tribunal de grande instance, c'est-à-dire d'une juridiction qui, depuis la loi du 12 mai 2009, n'a plus vocation à connaître de la protection des majeurs et devant laquelle la procédure est plus lourde et, partant, plus lente (constitution obligatoire d'avocat).

Les dispositions du code civil s'avèrent donc suffisamment adaptées pour assurer la protection des personnes hospitalisées sans consentement, sans qu'il y ait lieu de conserver l'institution du curateur à la personne du malade.

- b) La loi n° 2009 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a institué les agences régionales de santé. Ces dernières regroupent désormais les compétences exercées par différentes structures dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (DDASS et DRASS). Les dispositions de la loi du 27 juin 1990 sont en cours de réactualisation par le biais d'une ordonnance pour tenir compte de cette nouvelle organisation.

1.3.1.3 Le contexte européen

- a) **La recommandation de 2004 et l'évolution possible vers une norme contraignante**

La réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés intervenue avec la loi du 27 juin 1990 avait pris en compte la recommandation R (83) 2 du comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983 relative à la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires. C'est ainsi que des dispositions issues de la recommandation telles que les droits des personnes (notamment : restrictions à la liberté individuelle limitées par l'état de santé et l'efficacité du traitement, droit à communiquer avec un avocat, révision périodique des mesures, droit d'émettre du courrier) ont été introduites dans la loi du 27 juin 1990.

Une nouvelle recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la

dignité des personnes atteintes de troubles mentaux pourrait devenir contraignante et s'imposerait alors aux Etats membres.

Cette recommandation prévoit notamment la consultation de la personne sur son placement et son traitement involontaires et la prise en considération de son avis.

Elle mentionne le droit à l'information régulière sur la situation médicale du patient et sur les voies de recours.

1.3.1.4 La jurisprudence nationale et européenne.

a) Sur le tiers (CE)

Dans un arrêt du 3 décembre 2003, Centre hospitalier spécialisé de Caen, req. n° 244867¹⁵, le Conseil d'Etat a considéré que, en sus des membres de la famille du malade, seuls les personnes ayant des relations antérieures à l'admission avec le malade pouvaient valablement rédiger la demande d'hospitalisation.

b) Sur l'avis des patients au sujet des mesures d'HO les concernant (CE et CAA)

Le juge administratif a été amené à se prononcer sur cette question mais deux avis divergents ont été rendus récemment par les cours administratives d'appel de Lyon et de Versailles.

La position de la cour administrative d'appel de Lyon, dans son arrêt n° 07LY02624 du 9 juillet 2009¹⁶, s'est fondée sur les dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations qui disposent que « *les décisions individuelles qui doivent être motivées en application des articles 1er et 2 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 n'interviennent qu'après que la personne intéressée a été mise à même de présenter ses observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, ses observations orales* ». Elle a estimé que « *les arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office, bien que soumis à l'obligation de motivation prévue par l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, n'en demeurent pas moins compris dans le champ d'application de l'article 24 précité de la loi du 12 avril 2000. Elle en a déduit que ces arrêtés « ne peuvent intervenir, [...] sauf urgence ou circonstances exceptionnelles, qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations, ou qu'a été constatée l'impossibilité de les recueillir* ».

La cour administrative d'appel de Versailles a estimé au contraire, dans un arrêt du 18 novembre 2008 (req. n° 07VE00323)¹⁷, que « *en raison même de leur objet, les dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique excluent l'application de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 susvisée selon lequel les décisions qui doivent être motivées, en application de la loi du 11 juillet 1979, ne peuvent intervenir qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations écrites et, le cas échéant, ses observations orales* ». La cour administrative d'appel de Versailles

s'est inspirée de la jurisprudence du Conseil d'Etat (CE, 28 juillet 2000, M. E. A., req. n° 151068¹⁸).

c) Sur les délais des juridictions judiciaires pour statuer sur une demande de sortie immédiate (CEDH) :

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a conclu à plusieurs reprises à la violation de l'article 5 §4 de la Convention par la France pour non respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement.¹⁹

- C'est au visa de l'article 5§4 de la Convention, qui prévoit que toute « personne privée de sa liberté » doit pouvoir « introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale » que la France a été condamnée par la Cour de Strasbourg pour des durées excessive de la procédure applicable aux demandes de mainlevée d'hospitalisation d'office.
- Quant aux champs d'application de ce texte, la Cour, revenant sur la jurisprudence de la Commission (*Benazet c France* 12 mai 1993, considère que la procédure d'appel est également soumise à cette exigence de bref délai ([Menvielle c France 16 janvier 2007](#)).

¹⁵ Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-sections réunies, du 3 décembre 2003, 244867, publié au recueil Lebon, consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁶ Cour administrative d'appel de Lyon, 4ème chambre - formation à 3, 09/07/2009, 07LY02624 consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁷ [Cour Administrative d'Appel de Versailles, 4ème Chambre, 18/11/2008, 07VE00323, Inédit au recueil Lebon](#) consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁸ [Conseil d'Etat, Section, du 28 juillet 2000, 151068, publié au recueil Lebon](#), consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁹ Ainsi, dans [un arrêt DELBEC du 18 juin 2002](#), la Cour a rappelé : « qu'en garantissant un recours aux personnes arrêtées ou détenues, l'article 5 § 4 consacre aussi leur droit à voir rendre dans un bref délai, à partir de son introduction, une décision judiciaire mettant fin à leur privation de liberté si elle se révèle illégale ». Dans cet arrêt, il a été précisé que deux semaines pour désigner un magistrat suite à une mise en cause du Président par le requérant et un mois pour désigner un expert, constituent respectivement des délais excessifs. Même si la Cour examine chaque situation au cas par cas, force est de constater que la durée globale des procédures au titre desquelles la France a été condamnée pour non respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement n'excédait pas trois à quatre mois entre la date de saisine de l'autorité judiciaire et celle à laquelle il a été statué sur la demande du requérant ([Laidin c. France, 5 novembre 2002](#) ; [Mathieu c.France, 27 octobre 2005](#)). Dans l'arrêt Laidin du 5 novembre 2002, la Cour avait considéré comme excessifs le délai d'un mois qui s'est écoulé entre la réception de la demande par le procureur de la République et la saisine du juge compétent et le délai d'un mois et demi entre la saisine du juge et la nomination d'un expert. Dans l'arrêt Mathieu du 27 octobre 2005, la Cour avait notamment relevé que l'expert qui avait été désigné par le président du tribunal, 13 jours après sa saisine par la requérante, avait remis son rapport plus de trois mois après. L'arrêt GAULTIER du 28 mars 2006 a confirmé cette jurisprudence suite à la requête d'une personne internée après décision de non-lieu (article 122-1 du CPP), en l'espèce deux demandes avaient été traitées respectivement en 10 mois et 4 mois. Dans [l'arrêt MENVIELLE c/ France du 16 janvier 2007 \(requête n°97/03\)](#), le délai de traitement de l'appel interjeté par le requérant, à savoir plus de onze mois, était manifestement excessif. Dans ce dernier cas, quoique le requérant et de son représentant aient mis près de quatre mois pour déposer leurs conclusions, délai devant donc être imputé au manque de célérité de la part de l'autorité judiciaire, le délai imputable à l'autorité judiciaire ne peut raisonnablement selon la Cour être considéré comme lié essentiellement à la complexité des questions médicales en jeu. Enfin, dans un [arrêt VAN GLABEKE du 7 mars 2006](#), la Cour s'est fondée sur la même argumentation dans la mesure où il n'avait jamais été statué sur les demandes, la lettre de la mère de la malade ayant été égarée et celle d'une association en faveur de cette même malade ayant fait l'objet d'un classement « sans objet »...

- Quant au point de départ du bref délai, elle pose le principe qu'il commence à courir le jour du dépôt de la demande et se termine le jour de la décision du juge et non d'une « sortie à l'essai » ([Mathieu c France 27 octobre 2005](#), revenant sur [L.R. c France 27 juin 2002](#))
- S'agissant de l'appréciation de la durée, la jurisprudence de la Cour est extrêmement fluctuante ; plus que la durée totale de la procédure elle apprécie dans le détail les diligences des différents intervenants estimant, en particulier qu'« *il faut tenir compte du déroulement général de la procédure et de la mesure dans laquelle les retards sont imputables à la conduite du requérant ou de ses conseils.* » C'est ainsi que le retard mis par un procureur à transmettre une demande ([Laidin c France du 5 novembre 2002](#) ; [L.R. c France](#)), ou des experts à rendre leur rapport peut suffire à la Cour à considérer que les obligations de « bref délai » n'ont pas été respectées ([Mathieu c France](#)). L'inaction du juge est naturellement déterminante ([Delbec c France 18 juin 2002](#)), alors que la période durant laquelle le requérant ou son avocat n'accomplissent aucune diligence n'est que déduite de la durée totale ([Menvielle c France](#)). En définitive, les durées de procédure qui ont été jugées excessives par la Cour étaient toujours supérieures à un mois, à l'exception de l'affaire *L.R c France* où la durée retenue était de 24 jours, compte tenu d'une sortie à l'essai qui était, alors, prise en compte par la Cour, (5 semaines *Laidin* ; 3 mois *Delbec* ; 1an moins 4 mois, soit 8 mois pour une procédure d'appel *Menvielle*).

1.3.2 Un dispositif perfectible

1.3.2.1 Une évolution du dispositif préconisée par les différents rapports d'évaluation de la loi de 1990 et par les rapports abordant la question des patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.

La loi du 27 juin 1990 a posé le principe de son évaluation cinq ans après son entrée en vigueur et plusieurs rapports de l'inspection générale de différents ministères (affaires sociales, justice, intérieur) ont procédé à cette évaluation :

- a) Le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit « rapport STROHL », remis en septembre 1997. Ce groupe de travail qui s'est réuni pendant deux ans, s'est appuyé sur une double évaluation de l'application de la loi menée par les DRASS et par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. Certaines des modifications préconisées par ce rapport ont déjà inspiré des réformes, contenues dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : restriction de l'hospitalisation d'office pour troubles à l'ordre public aux seuls troubles graves et renforcement de la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.
- b) Le rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement de l'inspection générale de l'administration, de l'inspection générale de la police nationale, et de l'inspection de la gendarmerie nationale, remis en mai 2004. Ce rapport a conclu à la nécessité de réformer l'hospitalisation d'office pour remédier aux carences d'information du préfet et aux faiblesses du suivi des personnes hospitalisées d'office bénéficiant de sorties d'essai.

- c) Les propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 remises par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires en mai 2005. Le bilan de l'application de certaines des dispositions de la loi a constitué le socle de la réflexion menée depuis sur la réforme de la loi de 1990, en particulier sur les points suivants :
- La révision du dispositif est nécessaire pour tenir compte de la diversification des possibilités de prise en charge en psychiatrie ;
 - Constatant l'augmentation de la proportion des hospitalisations sur demande d'un tiers prises en urgence (45 % en 2005) qui selon la loi, devraient rester exceptionnelles, la mission a estimé qu'un seul certificat médical devrait être suffisant pour prononcer une obligation de soins, à condition de renforcer le nombre des certificats ultérieurs ;
 - L'absence de tiers demandeur ou l'absence de liens familiaux ou personnels du tiers avec le patient crée une impasse juridique pour procéder à l'hospitalisation sans consentement de ce dernier, ce qui est de nature à retarder l'accès aux soins.
 - Le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques n'est pas satisfaisant dans la mesure où le travail quantitatif l'emporte trop souvent sur le travail qualitatif (ainsi la loi oblige les commissions à examiner la situation de toutes les personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois alors même que ces commissions n'ont pas relevé d'hospitalisations abusives).
- d) D'autres rapports, dont l'objet essentiel n'était pas la loi de juin 1990, ont cependant évoqué la question des personnes souffrant de troubles mentaux sous l'angle plus particulier de la sécurité des tiers, et ont proposé des modifications de la loi du 27 juin 1990, en particulier en ce qui concerne les personnes hospitalisées d'office et déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux et ont pointé la nécessité de mieux encadrer les sorties de ces personnes :
- Le rapport de la commission Santé-Justice présidée par Monsieur Jean-François BURGELIN en juillet 2005 *,
 - Le rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux rendu en février 2006 par l'IGA, l'IGSJ et l'IGAS **,
 - Le rapport d'information fait au nom de la Commission des lois du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses par MM Philippe GOUJON et Charles GAUTHIER remis en juin 2006,
 - Le rapport sur les réponses à la dangerosité établi par la mission parlementaire présidée par M. Jean-Paul GARRAUD, en octobre 2006 ***.
- e) Enfin, une réflexion a été menée au ministère de la santé en 2006 et 2007 avec les partenaires du monde de la santé mentale²⁰ sur la base des conclusions du rapport de

l'IGAS. Ces échanges ont témoigné d'une conviction unanime quant à la nécessité de réformer la loi.

1.3.2.2 Les difficultés pour appliquer le dispositif de l'HDT et bénéficier des soins (accès et continuité des soins)

a) Les difficultés pour trouver un tiers

Dans la procédure sur demande d'un tiers, l'intervention de ce dernier est la condition sine qua non de la prise en charge du patient qui n'est pas en état de consentir aux soins : la demande d'hospitalisation sans consentement déclenche – en théorie – la procédure d'admission²¹.

Or, deux situations problématiques peuvent alors se rencontrer : l'impossibilité d'identifier un proche en raison de l'isolement social du patient ou le refus de l'entourage du patient d'assumer la responsabilité d'une demande d'enfermement, par crainte d'une détérioration du lien affectif avec le patient ou de la relation de confiance avec lui.

Les établissements de santé confrontés à la nécessité d'assister une personne en danger alors qu'ils ne pouvaient identifier un tiers pour entamer la procédure légale d'hospitalisation, ont recouru à leurs personnels administratifs pour présenter la demande d'HDT. Cependant, le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 3 décembre 2003, a considéré que la qualité de tiers exigeait l'existence d'un lien de parenté ou de relations antérieures à la demande et donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient. Sans qu'il soit possible d'établir avec certitude le lien entre cette jurisprudence et le nombre des HDT, on notera qu'après son intervention, les mesures d'HDT ont connu une baisse sensible, alors que leur nombre avait toujours été à la hausse depuis 1998.

L'absence de solution à la question de l'absence de tiers a été signalée par les rapports d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 et au cours de la réflexion menée avec nos partenaires comme un défaut majeur du dispositif auquel il importait de remédier, également pour éviter des

** <http://les.rapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000745/0000.pdf>

*** <http://les.rapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000800/0000.pdf>

²⁰ Les contributions écrites suivantes ont été adressées au ministère de la santé :

- Une contribution commune du Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP), de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM), de la Fédération Hospitalière de France (FHF), de la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy), de la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS), du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP), de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY), de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM, du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP), et du Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP) ;
- Une contribution du syndicat universitaire de psychiatrie ;
- Une contribution du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH),
- Une contribution de la CGT ;
- Une contribution de la CFDT santé-sociaux ;
- Une contribution du Professeur OLIE, du service hospitalo-universitaire de santé mentale et thérapeutique de l'hôpital Sainte-Anne.

²¹ Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ mentionne que dans les faits, il arrive que le patient ait déjà été conduit dans l'établissement de santé – sur signalement de voisins ou de proches ou s'il a été trouvé sur la voie publique – lorsque se pose la question de l'HDT et donc celle de l'existence d'une tierce personne susceptible de présenter la demande.

mésusages de la loi : une étude²² menée en 2006 sur le rôle des maires dans l'hospitalisation d'office a constaté que l'intervention des maires permettait de palier l'absence de tiers pour formuler une demande d'HDT ou le refus des proches de signer une telle demande.

b) La levée des soins à la demande des proches ; la transformation des HDT en HO

Le dispositif actuel de l'HDT prévoit que la levée de l'hospitalisation est acquise dès lors qu'elle est demandée par certains membres de la famille ou par le tiers ayant formulé la demande d'hospitalisation, même si le psychiatre traitant est persuadé que la personne a encore besoin de soins et qu'elle n'est toujours pas apte à y consentir.

Face à cette situation, le droit ne laisse aujourd'hui comme alternative que la sortie du patient, ou la transformation de la procédure d'HDT en HO, si les critères de cette dernière sont remplis (sûreté des personnes compromise ou trouble grave à l'ordre public). Dans la négative, la sortie du dispositif de l'HDT risque de s'accompagner d'une interruption du traitement du fait du patient. Ces dispositions posent donc un réel problème au regard de la continuité des soins nécessaires, susceptible d'inciter les médecins à demander la poursuite des soins sous la forme d'une HO.

c) Une procédure d'HDT d'urgence banalisée : les problèmes liés à l'établissement des certificats initiaux prévus par la procédure de droit commun

Le dispositif actuel aménage une procédure d'urgence « en cas de péril imminent » pour la santé du malade. Dans ce cas, les exigences en matière de certificats médicaux fondant la mesure initiale d'hospitalisation sont simplifiées : au lieu de deux certificats émanant de deux médecins dont un n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, la loi n'exige plus qu'un seul certificat qui peut être établi par un médecin de cet établissement.

De 12% en 1992²³, la part des HDT urgentes est passée à 45% en 2005²⁴. Lorsqu'ils commentent cette évolution, la quasi totalité des rapports des CDHP considèrent que le recours à la procédure d'urgence est justifié. Certains d'entre eux attribuent explicitement cette augmentation à la difficulté de satisfaire les conditions requises par l'article L. 3212-1 pour hospitaliser un patient sur demande de tiers, en matière de nombre et d'auteurs des certificats médicaux.

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

26

26

26

26

26

26

26

²² « Usages et mésusages de l'hospitalisation provisoire prononcée en urgence par les maires préalablement à un arrêté d'hospitalisation d'office (HO) » - Etude DIV /ORSPERE- Octobre 2006 Analyse comparée de l'usage municipal de l'hospitalisation d'office dans six villes françaises sur la base d'enquête de terrain et de séminaires mensuels associant chercheurs et élus locaux (septembre 2005-janvier 2007)

²³ Cité par le rapport IGAS IGSJ p.18

Les différents rapports évoquant la question des patients susceptibles de présenter un risque pour autrui ont essentiellement évoqué trois pistes d'amélioration dans la prise en charge psychiatrique de ces patients ²⁵:

- la sécurisation des établissements de santé et plus particulièrement le manque d'une structure intermédiaire entre services psychiatriques « normaux » et unités pour malades difficiles (UMD) ;
- la nécessité de renforcer les avis médicaux pour les sorties d'essai des personnes admises en HO, tout particulièrement pour celles admises à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ;
- une meilleure communication entre les autorités judiciaires, administratives et sanitaires, notamment pour les patients irresponsables pénaux.

a) Les fugues chiffres et suivi

Le rapport d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 de l'IGAS et de l'IGSJ considérait que les fugues étaient souvent laissées sans suite, notamment pour les HDT mais parfois aussi pour les HO.

Hormis l'inscription au fichier des personnes recherchées et sauf à bénéficier de l'aide des forces de police, les établissements de santé sont en effet dépourvus de moyens pour rendre effective la contrainte de soins.

D'après une première analyse des données recueillies par le ministère de la santé (Cf. § 3.1), entre le 1er avril 2009 et le 31 décembre 2009, le nombre de fugues déclarées est de 330, dont 30% ont une durée inférieure à un jour et 90% d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à sept jours.

b) Un encadrement insuffisant des sorties d'essai et des levées des HO

Un problème en particulier a été identifié par les différents rapports s'agissant des personnes faisant l'objet d'une HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale : il concerne l'incohérence entre les conditions requises pour fonder la levée de l'hospitalisation de ces personnes (le préfet doit disposer des avis concordants de deux experts) et celles conditionnant l'octroi des sorties d'essai (le droit commun s'applique : un simple avis médical est requis).

Depuis l'intervention de ces rapports, diverses affaires impliquant des personnes souffrant de troubles mentaux et auteurs de graves agressions ou de meurtres sont intervenues. Mises en avant par les médias, elles ont parfois suscité des interrogations précises dans la presse sur le

²⁴ Source CDHP – rapports pour l'année 2005- En 2005, les HDT effectuées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent en application des dispositions de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, représentaient 27 017 hospitalisations, soit environ 44,8 % des HDT totales (93 départements répondants). Cette proportion est en augmentation depuis 2000 : les HDT effectuées selon la procédure d'urgence représentaient 43,2% des HDT en 2003 (96 départements répondants), 40% en 2001 (90 départements répondants) et 37,4% en 2000 (également sur 90 départements).

²⁵ Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement de l'IGA, l'IGPN et IGN de 2004, Rapport d'information du Sénat n° 420 annexé au PV de la séance du 22 juin 2006, Rapport de M. BURGELIN de 2005, Rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux de 2006 par l'IGA, l'IGSJ et l'IGAS, Rapport sur les réponses à la dangerosité de M. GARRAUD, de 2006.

suivi des personnes hospitalisées d'office en sortie d'essai ou sur les levées des hospitalisations d'office.

C'est à la suite de l'un de ces événements dramatiques²⁶ que le Président de la République a annoncé²⁷ la mise en œuvre d'un plan de sécurisation des établissements de santé et a fait part de sa demande à la ministre de la santé de réformer l'hospitalisation sans consentement pour trouver un meilleur équilibre entre la réinsertion des malades mentaux et la sécurité des personnes. A cet égard, il a considéré que les sorties de patients n'étaient pas suffisamment encadrées et que les informations fournies par le corps médical aux préfets devraient leur permettre de décider des sorties d'essai ou des levées d'HO en toute connaissance de cause.

Les insuffisances du dispositif actuel aboutissent donc à une prudence légitime des préfets qui se montrent de plus en plus réticents pour accorder des sorties d'essai et pour les renouveler, ou pour lever les HO. Or, une limitation trop importante des sorties d'essai et des levées des HO serait susceptible d'impacter l'organisation des soins et la prise en charge adéquate des patients.

Cette situation peut donc impacter l'accès aux soins et la sécurité des personnes dans la mesure où de nouveaux patients répondant aux critères de l'HO ne pourront être hospitalisés si les patients traités qui pourraient être pris en charge en extrahospitalier dans le cadre d'une sortie d'essai demeurent en hospitalisation complète.

1.3.2.4 L'inadéquation de la loi au regard de l'évolution des modalités de prise en charge des patients

La rédaction actuelle de la loi ne prévoit, pour les personnes qui ne peuvent consentir aux soins, que le « statut » de personne hospitalisée, sur demande d'un tiers ou d'office, et le dispositif légal ne prévoit pas de modalités de soins sans consentement en dehors d'une hospitalisation complète. Seules sont prévues des sorties d'essai, limitées dans le temps et créées par la loi dans le but d'une réinsertion des patients.

Les évolutions thérapeutiques et notamment médicamenteuses et l'amélioration des connaissances sur le fonctionnement psychique humain de ces dix dernières années ont modifié la conception du soin en psychiatrie. Comme le souligne les différentes conférences consensus ou recommandations professionnelles publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS), le soin en psychiatrie doit, aujourd'hui, intégrer trois dimensions : biologique – psychologique et sociale. Ainsi l'adaptation de la prise en charge psychiatrique, y compris médicamenteuse, exige bien souvent une phase d'observation « hors les murs », et donc en ambulatoire. Actuellement cette prise en charge est réalisée en sortie d'essai.

Lorsqu'un praticien estime que l'état d'un patient ne nécessite plus une hospitalisation complète mais estime nécessaire le maintien d'un cadre contraignant pour les soins, ce médecin n'a pas d'autre possibilité que de recourir aux sorties d'essai.

Le cadre restrictif de la loi ne laisse pas d'autre possibilité aux praticiens que de détourner la finalité des sorties d'essai, conçues initialement pour tester la capacité du patient à se réinsérer et pour le préparer à cette réinsertion.

En tout état de cause, ce type de pratique est remis en question par la décision récente d'une cour d'appel (CA de Lyon, arrêt du 13 décembre 2007) qui revient à considérer qu'un patient en sortie d'essai - qui n'est donc pas hospitalisé à temps complet - ne peut être maintenu durablement sous le régime juridique de l'hospitalisation d'office. Ceci implique tout à la fois que les sorties d'essai n'ont pas vocation à durer et qu'il est indispensable d'aménager la loi pour permettre des prises en charge diversifiées, adaptées aux besoins de chaque patient et à l'évolution de son état mental.

Ce constat figure dans les trois rapports d'évaluation de la loi de 1990 susmentionnés.

²⁶ Le 12 novembre 2008, un homme souffrant de troubles mentaux, déjà auteur de plusieurs agressions à l'arme blanche pour lesquelles il avait été déclaré pénalement irresponsable, a poignardé en pleine rue un étudiant de 26 ans, après s'être échappé de l'hôpital psychiatrique de Saint Egrève.

²⁷ Discours prononcé le 2 décembre 2008 lors de la visite de l'établissement psychiatrique d'Antony.

1.3.2.5 L'effectivité relative des garanties des libertés individuelles

a) Les difficultés de fonctionnement des CDHP

Le rapport IGAS/IGSJ de mai 2005 a relevé qu'un certain nombre de CDHP ne fonctionnaient pas faute de pouvoir recruter ou réunir les membres de la commission.

Dans un souci d'améliorer le niveau des garanties des droits des patients, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades avait jugé nécessaire de renforcer le poids des CDHP et porté de quatre à six le nombre de leurs membres.

La CDHP comprend désormais :

- un magistrat ;
- deux psychiatres dont un ne pouvant exercer dans un établissement de santé habilité à recevoir les malades hospitalisés sans consentement ;
- un représentant d'associations de familles de malades mentaux ;
- un représentant d'associations de malades mentaux ;
- un médecin généraliste.

Cette nouvelle composition a engendré des problèmes différents selon les membres de la commission.

- Les psychiatres (voir fiche démographique en annexe) – dont l'inégale répartition territoriale peut poser un problème de disponibilité - et les médecins libéraux considèrent que leur niveau d'indemnisation est insuffisamment attractif²⁸ ;
- La mobilité des magistrats ne leur permet pas toujours de participer aux séances de travail de la CDHP ;
- Les associations de malades mentaux ne sont pas présentes sur l'ensemble du territoire et il est difficile de nommer des patients dans certaines régions, d'autant qu'il peut être difficile de siéger dans la CDHP d'un département où l'utilisateur a été hospitalisé ;
- Le nombre des membres (6) de la commission étant le même dans tous les départements, la visite des établissements est problématique dans les départements très peuplés qui possèdent de nombreux établissements habilités à recevoir des malades mentaux même s'il est prévu que ces visites peuvent être faites par deux membres seulement de la CDHP.

b) Les insuffisances de l'information des patients et les difficultés pour présenter un recours

La portée réelle des garanties prévues par la loi du 27 juin 1990 est parfois relative eu égard aux réalités de l'hospitalisation psychiatrique et aux pratiques tant judiciaires qu'administratives et médicales.

En matière d'information des personnes, la mission IGAS/IGSJ menée en 2005 a constaté une certaine confusion dans les livrets d'accueil entre les voies de recours devant le juge des libertés et de la détention ou devant le juge administratif et les simples réclamations administratives, alors que les caractéristiques de la population concernée exigent la délivrance d'une information claire et pratique sur les modalités de recours, voire d'orienter la personne vers une assistance pour former un recours.

1.3.2.6 Nécessité de modifier l'intervention du conseil de famille dans le projet de loi

La répartition générale des compétences entre le conseil de famille et le tuteur est définie par les articles 401 et 408 du code civil.

- Selon l'article 401, « *Le conseil de famille règle les conditions générales de l'entretien et de l'éducation du mineur en ayant égard à la volonté que les père et mère avaient pu exprimer. [...] Il prend les décisions et donne au tuteur les autorisations nécessaires pour la gestion des biens du mineur* ». Par ailleurs, le code civil prévoit, par des dispositions spécifiques, que le conseil de famille intervient pour certaines décisions très importantes quant à la personne de l'enfant, ce qui est cohérent par rapport à sa mission. Il en va ainsi du mariage (article 160), de l'émancipation, (article 413-3), et de l'autorisation du tuteur à agir pour des actions extra-patrimoniales (article 408). De même, selon le code de la santé publique, le conseil de famille n'intervient que pour des actes particulièrement graves. Ainsi l'article L.1122-2 l'introduit-il à l'alinéa 7 pour autoriser une recherche biomédicale sur un mineur sous tutelle, si le comité d'experts considère que celle-ci comporte un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain.

- Selon l'article 408, « *Le tuteur prend soin de la personne du mineur et le représente dans tous les actes de la vie civile, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise le mineur à agir lui-même* ». Le code de la santé publique prévoit quant à lui l'intervention du tuteur en l'absence de titulaires de l'autorité parentale (cf. article L. 1111-2).

Il découle de ces dispositions qu'une décision relative à des soins, qu'elle mette ou non en jeu une hospitalisation du mineur, relève des pouvoirs du tuteur. Les soins sont liés à la personne de l'enfant et ne s'inscrivent pas, en principe, dans les conditions *générales* de son éducation.

En conséquence, les demandes de mesures d'hospitalisation psychiatriques sans consentement ou, à l'avenir, de soins de cette nature relèvent, en l'absence des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, du tuteur, sans que le conseil de famille ait à donner son autorisation. Pour ces raisons, la formule « en l'absence du conseil de famille » ne se justifie pas et doit être supprimée.

De même, le juge des tutelles ne peut autoriser le tuteur à prendre une décision relative à la personne du mineur, son intervention n'étant pas prévue dans le code civil. Le juge des tutelles n'examinera ces questions qu'en sa qualité de membre du conseil de famille pour les actes mentionnés plus haut (mariage, émancipation, recherche biomédicale comportant un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain, etc....).

1.4 Les actions déjà menées ou en cours ne relevant pas du domaine législatif

1.4.1 Le plan de santé mentale (2005-2008)

Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a permis d'assurer, au cours des quatre dernières années, un renforcement significatif des moyens accordés à la psychiatrie et à la santé mentale, dans le cadre d'une politique globale répondant aux enjeux d'amélioration de la

²⁸ Un arrêté ministériel du 20 avril 2007 prévoit une indemnité forfaitaire de 46,04 euros par séance de travail ou par visite d'établissement (ou de 3 C psy ou 3 C par séance pour le psychiatre ou le médecin libéral).

prévention des troubles, des conditions de prise en charge et de réinsertion des patients. A l'appui de ces actions, une délégation pluriannuelle de **287 millions de crédits de fonctionnement** et de **188 millions d'euros de subventions** du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés a été réalisée.

Les évaluations annuelles du plan, et en particulier le bilan final réalisé à mi année 2009, montrent que le plan a permis d'impulser et de soutenir un nombre important d'évolutions dans le champ de la santé mentale.

Dans le champ sanitaire tout d'abord, la dotation annuelle de fonctionnement des établissements publics et participant au service public hospitalier a, tout d'abord, connu une augmentation proche voire supérieure à 2% au cours de la période de mise en œuvre du plan (1,82 % entre 2004 et 2005, 2,93 % entre 2005 et 2006, et 2,19 % entre 2006 et 2007 et 2,28 % entre 2007 et 2008), en dépit des plans d'économie qui ont touché au cours de cette période l'ensemble des établissements hospitaliers. Une relance de l'investissement en psychiatrie a par ailleurs été opérée à la faveur du programme d'investissement d'une ampleur sans précédent, apportant un soutien financier de 750 millions d'euros à la mise en œuvre de 342 opérations. Ce programme permettra, à l'échéance 2010, de générer un investissement total d'1,5 milliards d'euros.

Grâce à ces financements, un certain nombre d'évolutions marquantes dans le champ de la psychiatrie ont pu être engagées:

- l'amélioration des conditions d'exercice des personnels : il s'est opéré aussi bien par la création de postes (au total, **2787 postes supplémentaires** ont été financés, dont 319 de médecins et 2466 postes de personnels non médicaux) que par la mise en place de formations (**25,1 millions d'euros** ont été engagés pour les formations d'adaptation à l'emploi et au tutorat des infirmiers) ;
- le rééquilibrage des crédits en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile d'une part et des activités ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation d'autre part (la part de ces dernières ayant totalisé 40% des financements, alors que l'hospitalisation complète n'a mobilisé que 28% des crédits du plan).
- le financement d'équipes mobiles de psychiatrie accompagnant vers les soins les personnes en situation de précarité : **92 équipes** ont été financées sur les quatre années du plan à la faveur de la délégation de **10,75 millions** d'euros de crédits.
- la mise en œuvre de centres ressources visant à améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, appuyée sur la délégation, au titre du plan, d'un financement de **5 millions** d'euros.
- le lancement d'une réflexion sur les relations entre les acteurs des domaines sanitaire, social et médico-social, sur la base d'une expérimentation menée dans deux régions et d'un questionnaire adressé à l'ensemble des commissions consultatives régionales de santé mentale.

Une impulsion forte a par ailleurs été donnée par le plan à la constitution d'une offre médico-sociale permettant l'accompagnement et l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les capacités d'accueil en établissement médico-sociaux pour adultes (maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé) ont tout d'abord bénéficié d'un développement

soutenu. De 2005 à 2008, plus de **1750 places nouvelles** de maisons d'accueil spécialisé (MAS) et de foyers d'accueil médicalisé (FAM) dédiées à l'accueil de personnes ayant un handicap d'origine psychique ont été effectivement autorisées et financées. Les financements du plan ont par ailleurs permis de réaliser une montée en charge progressive des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), avec la création de **1639 places** de SAMSAH au cours de la période.

Le soutien financier aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé a été soutenu tout au long de la période. Ainsi sur les 4 années du plan les subventions aux associations d'usagers de la santé mentale et leurs familles s'élèvent à près de 3 M€ (2 999 128 €). Ces subventions sont essentielles pour ces associations « tête de réseau » (FNAPSY, France Dépression, UNAFAM, Croix Marine....). Outre leur mission de représentation au sein des institutions (CDHP...), leurs actions sont essentielles en matière d'accueil et de soutien des familles et d'information sur la maladie mentale. Par ailleurs, ces associations promeuvent des modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes souffrant de pathologies mentales plus performantes (GEM, logements adaptés, etc.) ou novatrices (pairs- aidants, usager- professionnel etc.). Par ailleurs des actions visant à favoriser la qualité des pratiques et la recherche en psychiatrie et en santé mentale ont été menées au travers du financement d'actions de formation, d'organisation de journées professionnelles, de travaux sur l'évaluation des pratiques professionnelles, de soutien à des études et recherches.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à disposition des professionnels depuis 2005 des recommandations professionnelles sur l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement puis sur la prise en charge des pathologies mentales les plus souvent rencontrées en milieu hospitalier spécialisé.

1.4.2 Les instructions pour limiter les contentieux (la motivation des décisions préfectorales)

Un certain nombre d'arrêtés préfectoraux ayant été annulés par le juge administratif, le ministère chargé de la santé a été amené à donner des instructions par note d'information DGS n° 97/817 du 24 décembre 1997 relative à la motivation et à la notification des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office.

Un revirement de jurisprudence en matière de motivation des arrêtés d'hospitalisation d'office étant intervenu notamment par l'arrêt DESLANDES du Conseil d'Etat en date du 9 novembre 2001, req. n° 235247²⁹], une circulaire DGS/SD6C n° 603 du 10 décembre 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office a été adressée aux services déconcentrés.

Ces instructions ont été complétées par une circulaire du 3 décembre 2007 du ministère chargé de l'intérieur, élaborée en concertation avec le ministère chargé de la santé.

Ces recommandations se sont traduites par des progrès sensibles en matière de motivation des arrêtés préfectoraux initiaux ou de maintien des mesures d'hospitalisation d'office, les préfets joignant désormais à leurs arrêtés les certificats médicaux au vu desquels ils ont pris leur décision, en s'en appropriant le contenu ou reproduisant le contenu de ces certificats dans le corps même de leurs arrêtés.

1.4. 3 Le suivi des HSC et l'aide à l'instruction des dossiers pour les décisions préfectorales (HOPSY)

La gestion des dossiers des personnes hospitalisées d'office et le suivi des mesures (admissions, maintiens, sorties, transferts, clôtures) sont actuellement assurés par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les DDASS préparaient et mettaient à la signature des préfets les arrêtés initiaux, de maintien et de levée d'hospitalisation d'office (HO) ainsi que les arrêtés de sortie d'essai et de transfert.

Pour aider les DDASS dans leur tâche de gestion et pour leur permettre d'assurer le secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et d'établir des statistiques départementales relatives aux hospitalisations sans consentement, un traitement automatisé d'informations nominatives, HOPSY, créé par arrêté ministériel du 19 avril 1994, a été mis à leur disposition.

Récemment modernisé, il est obligatoire dans toutes les DDASS depuis 2007 (en application de la circulaire DGS du 23 novembre 2006) et fait l'objet de mises à jour en fonction des modifications législatives (création d'une procédure d'hospitalisation d'office sur décision de justice par la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental).

HOPSY permet d'harmoniser les pratiques des services déconcentrés, de mieux gérer les délais (la sanction en cas de dépassement des échéances légales prévues pour la prise des arrêtés préfectoraux de maintien en hospitalisation d'office est la caducité des mesures) et d'éviter la condamnation de l'Etat en cas de contentieux (une attention particulière a été apportée à la rédaction des modèles types d'arrêtés préfectoraux proposés dans l'application notamment dans un souci de motivation suffisante de ces arrêtés).

HOPSY permet également le suivi des mesures d'HDT.

La gestion de ce logiciel est confiée depuis le 1^{er} avril 2010 aux agences régionales de santé (ARS)

Afin d'améliorer la qualité des statistiques nationales, en évitant les doubles comptes et pour disposer de données portant sur les personnes hospitalisées sans consentement et pas seulement sur les mesures les concernant, un logiciel d'anonymisation des données recueillies dans HOPSY va être intégré dans cette application.

²⁹ [qui précise que "l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office d'un aliéné, doit indiquer dans sa décision les éléments de droit et de fait qui justifient cette mesure : que si elle peut satisfaire à cette exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat à la décision

1.4.4 Un décret pour se mettre en conformité avec la jurisprudence de la CEDH sur l'examen à bref délais des demandes de sortie immédiate

Un décret, pris en application de l'article L. 3211-12 du CSP dans sa version actuelle relatif au prononcé de la sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement par le juge des libertés et de la détention, est en instance de publication.

Il a essentiellement pour but de limiter les condamnations de l'Etat français par la Cour européenne des droits de l'homme, laquelle estime actuellement que les juridictions judiciaires ne respectent pas les obligations qui découlent de l'article 5 en cela que le délai pour se prononcer sur les demandes de sortie immédiate est souvent trop long et non justifié par les diligences accomplies. Ce texte constitue une avancée dans la protection des droits des malades en précisant les points suivants :

- le patient voit sa demande examinée par le juge des libertés et de la détention (ou, en cas d'appel, par le premier président de la cour d'appel) dans de courts délais (douze jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe ou vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée) ;
- la requête peut être déposée à l'établissement de santé d'accueil ;
- le juge entend la personne hospitalisée sauf si son audition est de nature à porter préjudice à sa santé ;
- la décision du juge est exécutoire de plein droit même en cas d'appel.

1.4.5 Le dispositif de suivi des fugues

Le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du département des urgences sanitaires du ministère de la santé et des sports, a mis en œuvre, depuis avril 2009, un dispositif de recueil de données sur les fugues concernant les patients hospitalisés d'office.

Afin de mieux appréhender le volume et les circonstances des fugues, la déclaration de l'événement est opérée par l'ARS via une fiche type permettant d'assurer la normalisation des signalements. Ce document est transmis au CORRUSS, point d'entrée unique des alertes sanitaires et sociales.

La fugue est définie dans son acception large, c'est-à-dire la sortie non autorisée d'un patient placé en hospitalisation sans consentement ou, lors d'une sortie d'essai, les « perdus de vue » (patients ne se rendant pas aux consultations prévues).

Une première analyse des données recueillies par les fiches a été réalisée fin 2009.

Entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 décembre 2009, le nombre de fugues déclarées au CORRUSS est de 330, dont 30% sont inférieures à 1 jour. 90% d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à 7 jours.

1.4.6 Les actions pour la sécurisation des établissements

L'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, qui est l'un des enjeux prioritaires du ministère chargé de la santé, a été déclinée dans plusieurs dispositifs, dont le plan de sécurisation des établissements de santé ayant une autorisation en

psychiatrie, annoncé par le Président de la République dans son discours prononcé le 2 décembre dernier au centre hospitalier Erasme à Antony.

Ce plan est abondé par des crédits à hauteur de 70M€ dans le cadre du plan de relance gouvernemental, dont 30M€ pour financer des équipements et des dispositifs de sécurisation et 40M€ pour la création de quatre nouvelles unités pour malades difficiles.

Ce dispositif confortera la qualité de la prise en charge des patients dans des structures mieux adaptées à leurs besoins et contribuera au renforcement de la sécurité des patients et des personnels.

Les travaux réalisés en application de ce dispositif se déclinent en quatre types de mesures dont ont bénéficié 315 établissements de santé :

- l'amélioration de la sécurité des enceintes hospitalières réalisée par les moyens les mieux adaptés à la configuration et au fonctionnement du site, tels que des barrières d'entrée, des dispositifs de vidéosurveillance notamment,
- la création d'unités ou des espaces fermés ou susceptibles d'être fermés pour accueillir notamment les personnes hospitalisées sans consentement,
- la création de 200 chambres d'isolement supplémentaires,
- la mise en place de systèmes et dispositifs de surveillance, permettant au patient, dans le cadre d'un projet thérapeutique et sur prescription médicale, de circuler sans sortir de l'enceinte hospitalière.

Le second volet du dispositif porte sur la création de quatre nouvelles unités pour malades difficiles (U.M.D.). Ces unités sont destinées aux patients qui présentent pour autrui, en raison de leur état psychiatrique, un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement adaptée à cet effet. Les patients admis dans ces unités relèvent d'une hospitalisation d'office. Il peut s'agir de patients adressés par leur secteur d'origine en raison de leur état de dangerosité pour autrui, jugé incompatible avec le maintien en unité d'hospitalisation classique fermée, ou de patients en situation d'irresponsabilité pénale, ou de patients incarcérés adressés en psychiatrie.

Les unités nouvelles, situées en Champagne Ardenne (établissement public de santé départemental de la Marne à Châlons-en-Champagne), en Haute Normandie (centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen), en Midi Pyrénées (centre hospitalier Pierre Jamet à Albi - Tarn) et en Limousin (centre hospitalier du pays d'Eygurande à Monestier-Merlines-Corrèze) compléteront, avec l'unité en cours de réalisation au centre hospitalier du Vinatier dans le département du Rhône, l'offre déjà existante localisée dans les régions d'Aquitaine (Cadillac), Bretagne (Plouguernevel), Ile de France (Villejuif), Lorraine (Sarreguemines) et Provence Alpes Côte d'Azur (Montfavet).

Afin d'assurer une répartition équilibrée de l'offre sur l'ensemble du territoire national, la détermination des sites s'est faite selon des critères d'accessibilité et de cohérence par rapport aux implantations existantes.

L'augmentation de la capacité globale des unités pour malades difficiles passera de 456 actuellement à 656 lits à l'ouverture des nouvelles UMD.

II - OBJECTIFS DE LA LOI

Le présent projet de loi ne remet pas en cause les fondements du dispositif à savoir l'hospitalisation d'office (HO) et l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).

Il a pour principal objectif de remédier aux carences du dispositif légal actuel pour garantir l'accès et la continuité des soins des personnes présentant un trouble mental qui ne ressentent pas la nécessité de ces soins.

Cette réforme adapte la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques disponibles actuellement qui permettent aujourd'hui à de nombreux patients d'être pris en charge selon d'autres modalités qu'en hospitalisation à temps plein.

Cependant, consacrer la pratique des soins en dehors de l'hôpital exige d'aménager un suivi attentif des patients, pour leur sécurité et pour celle des tiers. Une vigilance accrue des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis des malades atteints de troubles mentaux qui sont susceptibles d'actes graves de violence doit contribuer à changer le regard de la société sur la maladie mentale.

Les assouplissements apportés par le présent projet en faveur de l'accès aux soins exigent en contrepartie un renforcement des droits des personnes malades et des garanties du respect de leurs libertés individuelles. Il s'agit également d'adapter le droit français aux recommandations européennes.

III – PRINCIPALES OPTIONS

3.1 Les trois rapports des inspections générales de différents ministères³⁰ sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 aboutissent parfois à des conclusions différentes, y compris sur des points fondamentaux.

- Sur la question du maintien de la dualité des procédures d'hospitalisation sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office), le rapport STROHL, à la différence des deux autres rapports, recommandait la création d'une procédure unique, dépendant du juge, dans un souci de simplification et d'alignement sur les recommandations européennes. En outre, ce rapport proposait de supprimer le trouble à l'ordre public comme motif d'hospitalisation.

37 _____

³⁰ - Le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit « rapport STROHL » de 1997 ;

- Sur le principe d'une dissociation entre l'obligation de soins et les modalités du soin, proposition commune aux rapports de l'IGAS et de l'IGA, le second limite cette possibilité aux seules hospitalisations sur demande d'un tiers.
- Si les rapports s'accordent à reconnaître la nécessité d'instaurer une période obligatoire d'observation pouvant durer jusqu'à soixante-douze heures, ils ne l'articulent pas de la même manière avec la procédure d'hospitalisation sans consentement.

3-2 Les options législatives non retenues

Elles sont trop nombreuses et souvent trop techniques pour pouvoir être citées et décrites exhaustivement. C'est pourquoi il est proposé de n'examiner que les grandes options évoquées par les rapports d'évaluation.

3.2.1 L'unification du dispositif : la fusion de l'HO et de l'HDT

- Consacrer le caractère uniquement sanitaire de l'hospitalisation sans consentement
Le groupe national d'évaluation de la loi de 1990 souhaitait faire de la loi du 27 juin 1990 un dispositif exclusivement sanitaire en supprimant le trouble à l'ordre public des critères d'hospitalisation.
Il était logique dans ces conditions d'envisager la fusion des procédures d'HO et d'HDT. D'autres arguments en faveur de l'unicité du dispositif étaient invoqués tels que la différence parfois peu claire entre danger pour soi et danger pour autrui et la similitude des pathologies conduisant à l'HO et à l'HDT, le groupe de travail considérant que l'entrée dans les soins par l'HDT ou par l'HO tenait davantage au contexte de la personne (isolement social, personnes sans domicile fixe, etc.) qu'à des manifestations particulières des troubles mentaux.
Il était proposé de confier au préfet le soin de prendre la mesure et aux médecins, via le directeur d'établissement, le pouvoir de la lever.
En revanche, le groupe était opposé à la suppression des deux régimes s'il impliquait un alignement des procédures sur celle de l'HO.

Aucun des autres rapports n'a préconisé la fusion des deux régimes. Le rapport de l'IGAS/IGSJ a exclu cette hypothèse en estimant que, l'unification ne pouvant se faire que sous l'égide du préfet, d'une part, les tiers et donc la famille seraient exclus du dispositif alors que l'investissement des proches du patient dans sa prise en charge est essentielle et, d'autre part, l'ingérence de l'autorité publique dans un domaine ne relevant pas actuellement de sa compétence était contestable.

Outre ces inconvénients, rappelons que les HDT représentent plus de 60 000 mesures par an, soit 84% des hospitalisations sans consentement, alors que les préfets ne gèrent actuellement qu'environ 11 000 mesures d'HO. Confier aux préfets la gestion de la

- Le rapport de l'inspection générale de l'administration, de l'inspection générale de la police nationale, et de l'inspection de la gendarmerie nationale de mai 2004, « Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000271/0000.pdf>

- Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires de mai 2005, « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000110/0000.pdf>

totalité des hospitalisations sans consentement poserait un réel problème de faisabilité et générerait un coût important.

- La judiciarisation des mesures de soins sans consentement

Elle impliquerait la fusion des procédures d'HDT et d'HO dès lors que le juge judiciaire prononcerait toutes les mesures d'hospitalisation sans consentement.

L'argument le plus favorable à la judiciarisation tient aux compétences du juge judiciaire, garant des libertés individuelles. Cette solution aurait la préférence des associations de malades même si elles la jugent actuellement peu réaliste. Le rapport IGAS/IGSJ voyait également un avantage à la judiciarisation dans la mesure où, grâce au respect du principe du contradictoire, la personne malade pourrait être entendue en présence, le cas échéant, d'un avocat.

Le groupe national, opposé à la judiciarisation, considérait d'une part que, faute de moyens suffisants, les autorités judiciaires pourraient difficilement faire face à l'urgence et que, d'autre part, le juge, tout comme le préfet, ne pourrait que fonder sa décision sur la proposition médicale. Le groupe soulignait aussi qu'il n'est pas bon que la même autorité (en l'occurrence judiciaire) prenne la décision d'hospitalisation sans consentement et assure le recours contre cette décision. A tout prendre, il lui a paru préférable que l'autorité administrative prenne la décision et que le juge judiciaire intervienne *a posteriori*.

Le rapport IGAS/IGSJ, également opposé à la judiciarisation, redoutait, si elle était retenue, un allongement de la procédure.

En tout état de cause, la décision judiciaire ne s'impose pas au regard du droit européen. : l'article 2 de la recommandation Rec (2004) 10 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe impose que l'instance compétente pour prendre la décision soit distincte de l'instance qui propose la mesure.

Cette option a donc été écartée : alors que des mesures réglementaires visent à raccourcir les délais d'intervention du JLD pour la levée des mesures d'HSC pour améliorer les droits des personnes, il serait incohérent d'accroître dans de telles proportions les tâches des magistrats (il s'agirait de gérer plus de 74 000 mesures d'HSC/an) que l'engorgement de la justice ne lui permettrait plus de traiter ces affaires dans des délais raisonnables.

Enfin, une telle option serait contestable au vu de la conception française du rôle du juge, conçu comme exerçant un contrôle *a posteriori* et non *a priori*.

3.2.2 La suppression du tiers

Le groupe national d'évaluation s'est interrogé sur la question de la suppression du tiers. A titre personnel, Mme STROHL, sa présidente, y était favorable. Le groupe a fait valoir que la suppression de la demande ne signifiait pas que la famille était mise à l'écart mais il a insisté sur le fait qu'hospitaliser quelqu'un contre son gré était lui faire violence et que les proches pouvaient hésiter à le faire. Le groupe a donc jugé nécessaire de libérer les proches "de l'injonction paradoxale de devoir faire violence à celui qu'ils veulent protéger".

Cependant, le projet gouvernemental a préféré l'option consistant à maintenir le tiers dans la procédure d'hospitalisation en aménageant les dispositions y ayant trait pour

remédier à la question de l'absence de tiers et à celle du nécessaire recentrage de son rôle, conçu désormais comme celui d'un demandeur de soins.

3.2.3 Le curateur à la personne pour suppléer l'absence de tiers

Le rapport IGAS/IGSJ préconise, en l'absence de tiers ou en cas de réticence de ce dernier à signer la demande, de recourir, après admission à titre conservatoire de la personne par le directeur, à un curateur à la personne.

Cette proposition, jugée trop complexe à mettre en œuvre, n'a pas été retenue. A preuve, le recours au curateur à la personne est déjà prévu par la loi de 1990 mais l'article concerné n'a pas été appliqué.

3.2.4 L'extension des missions des CDHP

Le rapport IGAS/IGSJ propose notamment un élargissement des missions des CDHP à l'ensemble des situations portant atteinte à la liberté des malades (mise en chambre d'isolement, contention, placement en service fermé pour les personnes en hospitalisation libre, entrave à la liberté d'aller et venir dans des établissements sanitaires et médico-sociaux) et en modifiant sa composition en ajoutant un avocat et des membres suppléants.

Les difficultés de constitution et de fonctionnement des CDHP, décrites par ailleurs, rendent irréalistes tout alourdissement des charges des CDHP, a fortiori lorsqu'il suppose que ces instances siègent de façon permanente. Le constat établi conduit au contraire à envisager un recentrage des activités de la commission sur des tâches essentielles.

3.3 Les mesures législatives inscrites dans le projet gouvernemental

Les principales évolutions sont les suivantes

1. Le remplacement de la notion d'hospitalisation par celle de « soins », ouvrant la possibilité d'une prise en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle et en soins ambulatoires selon l'avis médical. Dans ces conditions et afin de simplifier l'application du dispositif, il est proposé de supprimer la notion de sortie d'essai. L'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers devient l'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et l'hospitalisation d'office est remplacée par les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.
2. La simplification de l'entrée dans le dispositif de soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'exigence de deux certificats ayant été supprimée car ne constituant pas dans les faits une garantie supplémentaire. Une disposition répondant au même objectif est prévue pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.
3. L'introduction d'une période « d'observation » et de soins initiale en hospitalisation complète de soixante-douze heures après le prononcé de la mesure sur demande d'un tiers (ex-HDT) ou en cas de péril imminent ou de la mesure sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO) avec la création d'un certificat à 72 heures.

4. La création d'une procédure de suivi des patients pris en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base d'un protocole de soins précisant le type de la prise en charges, les lieux de traitement et la périodicité des soins, transmis au directeur de l'établissement pour les soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et au préfet pour les soins sur demande de l'autorité publique.
5. La création d'un collège de soignants (deux psychiatres et un cadre soignant) ayant notamment pour missions de fournir un avis aux préfets sur les sorties de l'hôpital pour les patients mis ou ayant été mis en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale et les patients ayant été hospitalisés en UMD (unité de malades difficiles).
6. La création d'une procédure permettant, dans le seul cas de péril imminent pour la santé du patient, de prendre celui-ci en charge en l'absence de tiers déclarés formalisant une demande. Cette nouvelle procédure permettra au directeur de l'établissement de prononcer l'admission du patient bien qu'aucun tiers ne se soit présenté, garantissant ainsi la prise en charge du patient.
7. L'amélioration de l'information et de la prise en compte de l'avis des patients sur ces soins faisant l'objet d'une mesure de « soins sans consentement » s'inscrivant dans le cadre de la demande du Conseil de l'Europe. D'une part le projet de loi complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits et sur les soins qui lui sont prodigués notamment. D'autre part il reconnaît le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant, à l'exception de la décision initiale.
8. La révision des règles d'intervention des tuteurs et des curateurs pour tenir compte des dispositions de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
9. Le recentrage des missions des actuelles CDHP sur les situations mettant le plus en jeu les garanties individuelles

IV L'ANALYSE DE L'IMPACT DES OPTIONS RETENUES

4-1 Impact sur les patients et leurs proches

L'impact attendu de la loi sur les patients, leurs proches (et les institutions les prenant en charge) est évalué, d'un point de vue quantitatif, dans la mesure des données disponibles.

Présentés en introduction, les systèmes d'information existants permettent d'ores et déjà d'établir les estimations suivantes (tableau ci-dessous). On rappelle que les chiffres recueillis à cette occasion ne concernent que le nombre de mesures prises et pas le nombre de patients concernés par l'hospitalisation sans consentement et sont estimatifs. Elles serviront de base aux éléments d'impact chiffrés (cf. § 4.2.2.2).

Les systèmes d'informations sur la prise en charge ou le parcours du patient, présentés en introduction sont amenés à évoluer et permettront à court terme, soit du fait de leur montée en puissance (RIMpsy) soit des évolutions techniques déjà prévues (système d'anonymisation des

données sur le logiciel HOPSY en vue d'exploitation et de suivi au niveau national) de disposer d'un système de suivi de la mise en œuvre de certaines dispositions de la loi.

Ce suivi pourra être effectué à partir d'analyses régulières, s'agissant notamment des mesures et modalités d'application des mesures de soins sans consentement (nombre, hospitalisation ou soins ambulatoires, durée de la mesure, nombre de mesures dérogatoires...), permettant notamment une analyse basée sur les patients.

Ce système d'information permettra donc une évaluation précise de l'impact des nouvelles dispositions sur le nombre de personnes concernées par les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.

Des études complémentaires seront néanmoins nécessaires pour apprécier de façon plus qualitative l'impact attendu du nouveau dispositif sur les soins apportés aux patients ou son impact réel sur les institutions.

Une étude portant sur les hospitalisations sans consentement va débuter dans le courant de l'année 2010. Menée dans 4 régions françaises (Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence Alpes Côte d'Azur), elle a pour objectif de mieux connaître les pratiques cliniques (psychiatriques), institutionnelles (hospitalières) et administratives concernant les hospitalisations sous contrainte et particulièrement les hospitalisations d'office. Elle devrait également apporter un éclairage sur le parcours de soins des personnes concernées par ce mode d'hospitalisation. Les premiers résultats sont attendus pour le courant de l'année 2012.

Mesures d'hospitalisation sans consentement.

Estimation au niveau national, une année donnée et pour 90 départements.

	Mesures d'hospitalisation sans consentement	Estimation de mesures estimé au niveau national sur 90 départements	Remarques
HDT			
	Décision initiale	61 000	134 mesures HDT pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans (variation de 1 à 5 selon le département) 50% en procédure d'urgence (10% à 80% selon les départements)
	Sortie d'essai	61 000	Grande variabilité selon les départements, entre 5 fois moins fréquent à 5 fois plus fréquent que le nombre de HDT Sortie d'essai de moins de 15 jours pour 16% de malades en HDT (estimé sur 4 départements)
HO			
	HO de droit commun	11 000	25 mesures HO pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans (variation de 1 à 9 selon les départements)

			68% selon procédure de danger imminent
	Levée	11 000	Nombre de mesures estimé équivalent au nombre de mesures de HO dans presque tous les départements
	Sortie d'essai	30 000	Grande variabilité selon les départements, entre 3 fois moins fréquent à 3 fois plus fréquent que le nombre de HO Grande variabilité d'une année sur l'autre pour un même département. Sortie d'essai de moins de 15 jours pour 31% de malades en HO (estimé sur 4 départements)
	HO D 398	2 000	Grande variabilité selon les départements, 0 à 110.
	HO L 3213-7	200	Grande variabilité selon les départements, 0 à 15.

4.1.1 Un dispositif d'accès aux soins sans consentement plus souple tout en garantissant les droits des patients

Chaque mesure d'hospitalisation sans consentement reflète une histoire individuelle dans un contexte particulier. Les mesures proposées pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques cherchent à apporter des réponses dans des situations diverses. Elles visent d'une façon générale à mieux répondre aux besoins des patients atteints de troubles mentaux qui sont souvent dans le déni de leur pathologie, justifiant d'améliorer les dispositifs existants dans le sens d'une facilitation de l'accès aux soins sans consentement.

Deux situations régulièrement évoquées, soit dans le cadre des rapports, soit par les partenaires, sont susceptibles de limiter l'accès aux soins : la difficulté de trouver un médecin pour l'établissement du certificat initial pour l'hospitalisation sans consentement et la difficulté pour trouver un tiers demandeur de soins.

La loi assouplit le dispositif d'admission en soins sans consentement, en n'exigeant plus qu'un seul certificat médical initial dans le cas de soins à la demande d'un tiers au lieu de deux d'une part, et en permettant au psychiatre de l'établissement de faire ce certificat dans le cadre des soins sur la demande de l'autorité publique d'autre part. Ces dispositions doivent faciliter l'accès au dispositif notamment dans les départements où la démographie médicale est la moins favorable.

Cet assouplissement des formalités d'admission ne modifie néanmoins en rien la qualité de prise en charge thérapeutique initiale du patient qui relève toujours en première intention d'une hospitalisation d'une part, ni ne devrait amoindrir la garantie des droits de patients.

L'assouplissement des formalités d'admission a impliqué la révision du rythme de production des certificats médicaux en début de procédure ainsi que la qualité de leurs auteurs. Ainsi sont prévus :

- un seul certificat à l'admission (article L. 3212-1),
- le maintien du certificat établi dans les vingt-quatre heures (article L. 3212-4),
- la création d'un nouveau certificat qui doit être établi dans les soixante-douze heures suivant l'admission en soins (article L. 3212-4).

Les garanties quant aux libertés individuelles sont préservées par l'introduction de ce dernier certificat et par le fait que les trois certificats doivent émaner d'au moins deux médecins différents.

Par ailleurs, une nouvelle procédure d'admission en soins sans consentement est créée.

La difficulté de certaines familles à demander l'hospitalisation sans consentement alors qu'elles la savent nécessaire est souvent soulignée par les professionnels et les associations de famille. Dans certaines situations la famille craint de rompre la relation de confiance instaurée entre elle et le patient par une demande de soins contraints. Dans d'autres situations, aucun tiers n'est présent. Il s'agit de personnes très isolées socialement ou vivant dans des conditions de vie très particulières (sans domicile fixe par exemple). Ces personnes n'accèdent pas ou plus aux soins, tant qu'il n'y a pas d'atteinte à la sûreté des personnes ou de trouble grave à l'ordre public.

Dans les cas les plus graves, en l'absence de tiers, le patient pourra désormais être admis dans un établissement de santé dans le cadre d'une disposition spécifique visant les seules situations de péril imminent.

L'admission en soins sans consentement se fera sur la base d'un certificat médical émanant d'un praticien extérieur à l'établissement d'accueil. Par ailleurs, les certificats des 24 premières heures puis des soixante-douze premières heures ne pourront être établis par le même psychiatre. Les directeurs d'établissement informeront dans les vingt-quatre premières heures toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Cette démarche se fera dans le respect du secret médical et devra prendre en compte l'impact, le cas échéant négatif, que ces contacts pourraient avoir ultérieurement pour le patient.

Il est par ailleurs prévu que la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, ex-CDHP) est informée du recours à cette procédure exceptionnelle.

Cette mesure doit également éviter que certaines mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers, prises actuellement, ne s'écartent de la jurisprudence.

Enfin, le fait de passer de la qualité de « demandeur d'hospitalisation » à « demandeur de soins », est estimé, dans le rapport de l'IGAS/IGSJ, comme susceptible d'être de nature à lever les réticences des proches à se constituer tiers demandeur, la modalité de mise en œuvre de ces soins relevant de la seule responsabilité médicale.

4.1.2 Des modalités de soins adaptées aux pratiques actuelles de prise en charge en psychiatrie

Les praticiens pourront dorénavant organiser des soins sans consentement en ambulatoire, le cas échéant pour une adaptation du traitement, tout en maintenant la contrainte aux soins le temps nécessaire avant la décision de levée de la mesure.

Cette disposition, qui ne devrait pas modifier le nombre de patients faisant l'objet d'une mesure de soins contraints en dehors de l'hôpital, donne une base légale à des pratiques déjà mises en place dans le cadre des sorties d'essai.

L'entrée dans le dispositif de soins sans consentement se fera en hospitalisation complète, comme précédemment. Mais, elle est assortie d'une période d'observation et de soins de 72 heures qui permettra aux médecins d'évaluer l'état de patient et la modalité de soins la mieux adaptée à son état qu'il conviendra ensuite de mettre en œuvre.

L'évolution du mode de prise en charge hors hospitalisation complète, qui sera décrite, ainsi que les lieux de soins et la périodicité des soins, dans un protocole de soins, est possible à tout moment.

De même, la réhospitalisation complète du malade pris en charge selon une autre modalité de soins est possible à tout moment, dès lors que psychiatre traitant se rend compte que la modalité de soins n'est plus adaptée à l'état du patient et pour garantir la continuité de soins.

4.1.3 Un circuit de l'information sur le déroulé de la mesure de soins sans consentement adapté à l'évolution des modalités de prise en charge

L'introduction de soins en ambulatoire pose dans d'autres termes la question de l'information soit du tiers, soit des autorités publiques. En effet, dans le cadre des nouvelles procédures, ce n'est plus seulement le statut du patient qui importe mais également la modalité de soins qui peut se traduire par une prise en charge en ambulatoire et partant un retour dans la cité.

Dans ces conditions, une information des personnes concernées est prévue dès lors que la modalité d'exécution du soin est décidée, et ultérieurement modifiée, dans le sens d'une sortie d'hospitalisation complète ou d'une admission en hospitalisation complète.

Lorsque le patient en soins sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent passe d'une hospitalisation complète à une autre modalité de prise en charge, tous les certificats établis par le psychiatre traitant sont adressés au représentant de l'Etat, au procureur de la République et à la CDSP. Le tiers éventuel et le procureur de la République sont avisés de la levée de la mesure et des prises en charge extrahospitalières.

Pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat, le préfet informera les autorités judiciaires, les maires et la famille du malade des décisions concernant l'admission, le renouvellement et la levée des soins sans consentement, ainsi que les modalités de prise en charge extrahospitalière.

4.1.4 Des dispositions pour assurer la continuité du traitement et apportant une aide aux familles

Le patient devra respecter le rythme des soins qui lui est proposé dans le cadre des soins ambulatoires. Par ailleurs, le directeur d'établissement devra intervenir si le psychiatre prenant en charge le patient l'informe que la continuité des soins est incompatible avec une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète.

Impliqués dans la démarche de soins du patient, les tiers, souvent représentés par les familles, seront informés de tout changement de modalités de sa prise en charge dès lors qu'elle

n'intervient plus en hospitalisation complète. Les garanties apportées par l'organisation explicite des soins lors des prises en charges hors hospitalisation complète d'une part et par le rôle confié au directeur d'agir en cas de rupture de soins d'autre part devraient sécuriser et appuyer ces familles associées dans les faits aux projets de soins.

4.1.5 Un meilleur encadrement de la sortie des établissements de santé pour les soins ambulatoires ou pour les levées des mesures de soins sans consentement, tant pour la sécurité des malades que pour l'entourage

Pour les patients en soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent

A l'heure actuelle, lorsqu'un tiers ou un proche demande la levée de l'HDT, celle-ci est de droit même si le psychiatre traitant estime que la personne a encore besoin de soins et qu'elle n'est toujours pas apte à y consentir. Il pourra désormais s'opposer à la levée de la mesure de soins sans consentement lorsqu'elle est formulée par un tiers ou un proche.

En contrepartie, la liste des personnes ou des organismes dont la demande peut entraîner la levée des soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent est élargie pour y inclure toutes les personnes répondant aux critères requis pour être tiers. Par ailleurs la levée demeurera acquise lorsqu'elle sera demandée par la commission départementale des soins psychiatrique (ex-CDHP), dont le rôle de garante des droits est confirmé.

Pour les patients relevant de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO)

Les dispositions de la loi sont de nature à faciliter la prise de décision du préfet pour autoriser une prise en charge extrahospitalière ou la levée des soins sans consentement et ce dans un objectif de sécurité publique.

Pour tous les patients les certificats proposant des prises en charges extrahospitalières ou des levées devront être établis par le médecin qui suit le patient et devront être accompagnés du protocole de soins précisant les modalités concrètes de prise en charge.

Des exigences supplémentaires sont prévues pour les patients dont le comportement, à un moment de leur parcours, a témoigné d'une dangerosité. Les patients concernés seront, d'une part, ceux qui ont fait l'objet d'une hospitalisation en application des articles L. 3213-7 et 706-135 du code de procédure pénale (soit les personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux), et, d'autre part, les personnes qui, au cours d'une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat, auront séjourné dans une unité pour malades difficiles. Un avis collégial qui associe le psychiatre traitant du patient, un psychiatre de l'établissement et un cadre soignant est requis pour toute demande de prise en charge extrahospitalière ou levée de la mesure de ces patients. Cet avis confortera l'examen du psychiatre traitant. L'ensemble de ces avis sera transmis au préfet pour étayer sa décision. En cas de désaccord entre soit les membres du collège, soit le collège et les experts, il appartiendra au préfet de suivre ou non l'avis du psychiatre suivant le patient, le cas échéant en sollicitant une ou des expertises supplémentaires.

Pour ces mêmes patients, en cas de demande de sortie accompagnée (sortie de moins de 12 heures) le préfet devra désormais émettre une autorisation explicite.

Dans un souci de cohérence, l'exigence de l'avis concordants de deux experts choisis par le procureur de la République pour la levée de la mesure de soins sans consentement est étendue au patient ayant été en UMD ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office prononcée à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

4.1.6 Mais une évolution de la loi qui ne modifie pas les dispositions applicables à certaines populations

Concernant les détenus, le projet de loi n'a pas comme objectif d'apporter des changements majeurs en matière de prise en charge psychiatrique des détenus. Dans la pratique, tant que toutes les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ne seront pas mises en place, certains détenus continueront d'être hospitalisés sans leur consentement par le préfet en établissement de santé sur le fondement des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

En matière d'hospitalisation psychiatrique des détenus ne consentant pas aux soins qui sont obligatoirement pris en charge dans le cadre de l'HO, lorsque l'ensemble des UHSA sera opérationnelle, subsistera la possibilité d'adresser un détenu, sur indication médicale, dans une unité pour malades difficiles qui est définie légalement.

Concernant les mineurs, le projet de loi n'apporte pas de modifications particulières en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des mineurs. S'agissant des mineurs détenus, lorsque toutes les UHSA seront en place, les mineurs pourront toujours en sus des UHSA, lorsque leur intérêt le justifie, être adressés à des établissements de santé désignés par les ARS pour accueillir des personnes hospitalisées sans consentement.

4.1.7 Les droits des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement seront renforcés

Les personnes hospitalisées seront informées de leurs droits et des soins qui leur sont prodigués afin qu'elles puissent émettre leurs observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible. Les modifications législatives proposées contribueront à formaliser le cadre dans lequel doit s'inscrire l'établissement de santé pour informer les patients de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours qui lui sont ouvertes.

La qualité des personnes pouvant se porter tiers est précisée dans la loi apportant ainsi une garantie supplémentaire sur la légitimité de ce dernier à agir dans l'intérêt du patient.

Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)

Les modifications législatives proposées ont pour objet de remédier aux critiques émises à l'encontre des CDHP en ce qui concerne leur fonctionnement et leur efficacité.

Le recentrage des missions des CDHP sur l'examen des cas pouvant présenter le plus de risques en matière d'atteinte éventuelle aux droits et à la liberté des patients permettra à ces commissions de mieux remplir leur rôle. Cela concernera les personnes soignées sans leur consentement dans le cadre de la procédure applicable en l'absence de tiers en cas de péril imminent ainsi que les personnes dont les soins sans consentement, sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, se prolongeant au-delà d'un an. La procédure de soins sans consentement

d'office présente d'ores et déjà des garanties suffisantes puisque la personne voit sa situation reconsidérée par le préfet à des échéances régulières.

L'amélioration du fonctionnement des CDSP sera également poursuivie dans la mise en place d'un secrétariat permanent, assuré par les ARS, permettant un lien permanent pour les usagers et en facilitant l'organisation de la commission.

4-2 l'impact sur les administrations publiques

4.2.1 Représentants de l'Etat :

L'instruction des demandes et la préparation des arrêtés d'hospitalisation sans consentement ou de levée d'hospitalisation sans consentement étaient réalisées par les DDASS pour le compte des préfets. Les dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires conduisent à ce que les ARS réalisent ces mêmes missions.

Dès lors, s'agissant de l'ensemble des départements, exception faite de Paris, ce projet de loi impacte peu l'activité des préfetures.

S'agissant de la situation spécifique de Paris, c'est un service propre de la Préfecture de Police qui assure l'instruction des mesures de placement en "HO".

Sur le maintien des mesures provisoires :

A Paris, en raison des pouvoirs de police municipale dévolus au préfet de police, ce sont les commissaires de police, et non les maires, qui sont habilités à prendre les mesures provisoires, maintenues par le projet de loi.

La personne est conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) pour y être examinée par un psychiatre.

La capacité de l'IPPP (16 lits) a permis en 2009 l'accueil de 2061 personnes pour examen médical approfondi, soulageant d'autant les services d'urgence des hôpitaux parisiens. Le maintien des mesures provisoires devrait permettre de constater une activité comparable. La décision éventuelle de l'hospitalisation d'office est prononcée par arrêté du préfet de police dans le même délai que partout ailleurs mais elle offre, en plus, la garantie d'une prise en charge immédiate par des spécialistes reconnus.

De ce fait, les hospitalisations d'office prononcées après un passage à l'IPPP, au nombre de 921 en 2009 n'ont concerné à Paris que moins de la moitié des personnes conduites à l'IPPP (4°/°).

Au total, 961 arrêtés d'hospitalisation d'office ont été signés par le préfet de police (transformation de mesures d'HDT en HO et HO judiciaires principalement).

Sur le mode de soins (article L 3213-3 du code de la santé publique)

La suppression des sorties d'essais, remplacées par un régime de soins sans consentement en ambulatoire ne devrait pas modifier sensiblement les nombres d'actes administratifs pris antérieurement. Au cours des années 2008 et 2009, le nombre d'autorisation de sorties d'essai a été respectivement de 4843 et 5236 au titre de la sectorisation parisienne.

En revanche, le projet de loi introduit une disposition qui impliquera davantage les préfets dans le suivi des patients. En effet, le texte prévoit, pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat qui seront pris en charge selon une forme différente de l'hospitalisation

complète, qu'un protocole de soins est adressé au préfet. Ce protocole, qui sera établi par le psychiatre prenant en charge le patient, précisera les formes de la prise en charge, le(s) lieu(x) des soins et leur périodicité. En cas de modification substantielle de ce protocole, le représentant de l'Etat se prononcera pour savoir s'il autorise la modification de la forme de la prise en charge du patient.

Sur la levée de la mesure provisoire (article L3213-2, 2ème alinéa du code de la santé publique).

A l'heure actuelle, seules les décisions d'hospitalisation d'office font l'objet d'arrêtés. La nécessité de se prononcer sur les levées de mesures provisoires intervenant avant le délai de 48h devra donner lieu à formalisation. C'est donc un **doublément possible des arrêtés préfectoraux** qui est à prévoir, compte tenu des 961 arrêtés précités et des 2000 conduites annuelles à l'IPPP.

4.2.2 Les établissements de santé

Le collège est saisi, d'une part, pour la levée et les prises en charge extrahospitalières des patients hospitalisés d'office s'ils ont été ou sont déclarés irresponsables pénaux (article L 3213-10 CSP et 706-35 CPP), ou s'ils ont séjourné en unités pour malades difficiles et d'autre part, pour les patients en soins sans consentement à la demande de tiers depuis plus d'un an.

Les modalités de désignation des membres et de fonctionnement du collège seront définies par décret en Conseil d'Etat.

4.2.2.1 Evaluation de la charge pour le collège

Le nombre d'heures passées par les professionnels membres du collège peut être évalué, pour chaque saisine, à 3 heures pour chaque membre dont une heure de réunion et de rédaction du compte-rendu et deux heures consacrées à l'étude du dossier médical, à la rencontre avec les soignants et le patient.

4.2.2.2 Evaluation du nombre de patients susceptibles d'être vus par le collège

Les patients irresponsables pénaux ne sont pas intégrés dans l'évaluation. En effet, leur faible nombre (300 personnes environ) rapporté aux 271 établissements accueillant des patients sans consentement, n'accroîtra pas de façon sensible la charge par établissement.

Les patients concernés sont ceux ayant déjà séjourné en unités pour malades difficiles. La file active de ces patients est évaluée à 2000 personnes depuis dix ans et, actuellement, à 700 par an. S'y ajoute l'examen des patients hospitalisés à la demande de tiers en soins depuis plus d'un an, évalués à 6000 personnes par an sur la base des données RIM-P.

Au total, les 271 établissements habilités à recevoir des patients sans consentement devraient examiner 8000 dossiers par an, soit en moyenne 30 dossiers par an et par établissement.

Cette charge de travail sera répartie sur l'année et absorbée par l'ensemble des établissements concernés.

4.2.3 Les services déconcentrés de l'Etat

Le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé mentionne l'établissement dans chaque département d'un protocole établi d'un commun accord entre le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé afin de préciser les modalités de leur coopération notamment dans le domaine de l'hospitalisation sans consentement.

Pour pérenniser l'aide à la gestion des mesures de soins sans consentement apporté par le logiciel HOPSY pour les services sanitaires en charge de l'instruction des dossiers, une nouvelle version de l'application informatique HOPSY va être élaborée. Cette réécriture informatique se fera sous forme de maintenance corrective et évolutive et devra s'accompagner de la révision, en particulier sur le plan terminologique, de plus de 280 modèles types (arrêtés, lettres, notes...) actuellement proposés et de la création de nouveaux modèles types liée notamment aux nouvelles autorisations préfectorales de soins ambulatoires.

Au-delà, l'évolution de ce système prévoit la mise en place de l'anonymisation des données se rapportant à l'hospitalisation sans consentement en vue de leur exploitation statistique nationale qui permettra une amélioration du système d'information, en ajoutant aux données actuelles, des données se rapportant aux personnes, permettant ainsi une analyse de la population concernée et de la mise en œuvre des dispositions de la loi.

4.2.4 Impact sur les services de la justice

Le projet de loi relatif aux soins psychiatriques étend la compétence du juge des libertés et de la détention en matière d'internement aux demandes liées aux soins sans consentement (nouvel article L 3211-12 du code de la santé publique).

Les droits de la personne relatifs à son information sont réaffirmés (**articles L 3211-3, L 3212-3**), ce qui peut entraîner l'augmentation de la saisine du juge des libertés et de la détention du fait de la multiplication de requêtes déposées par un même patient ou le dépôt de demandes mal orientées.

Le projet de texte aura également pour impact une saisine plus importante du juge des libertés et de la détention en donnant la possibilité aux membres de la famille du malade ou à toute autre personne ayant avec le malade des relations personnelles antérieures à la demande de soins et susceptible d'agir dans son intérêt de contester l'avis du psychiatre lorsque l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. (article L 3212-9 du code de la santé publique).

Il harmonise les textes en transférant au juge des libertés et de la détention le contentieux lié à l'internement des personnes (actuellement compétence du président du tribunal de grande instance pour statuer sur les demandes de sortie immédiate de la commission départementales des hospitalisations psychiatriques) – article L 3223-1 du code de la santé publique.

Il convient de prévoir un examen plus approfondi du dossier par le magistrat et la désignation d'expert ce qui aura une incidence sur les frais de justice. L'avis du collège prévu au nouvel

l'article L 3211-9 doit être joint au dossier lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi en vertu de l'article L 3211-12

L'activité du parquet augmente, elle est élargie aux mesures de soins sans consentement. Le procureur de la République peut saisir le juge des libertés et de la détention (article L. 3211-12).

Le projet de texte élargit également la compétence du juge aux affaires familiales au contentieux lié aux soins psychiatriques ou à la fin de ces soins concernant un mineur entre les titulaires et l'exercice de l'autorité parentale (article L 3211-10 du code de la santé publique) auparavant seuls les cas d'hospitalisation ou de sortie étaient visés

Les missions du parquet sont les suivantes : réception des déclarations liées aux hospitalisations et soins sans consentement, classement, enregistrement des demandes de mainlevée, demande de renseignements sur la situation de l'intéressé, transmission au juge des libertés et de la détention.

Elles sont évaluées à 60 minutes pour le magistrat (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience) et 15 minutes pour le secrétariat.

L'examen du dossier par le juge des libertés et de la détention et la durée de l'audience sont évalués à 60 minutes (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience).

Les missions du greffe du juge des libertés et de la détention, enregistrement informatique de la demande, convocations, assistance du magistrat à l'audience, notifications, sont évaluées à 75 minutes.

En l'absence d'information sur les prévisions de l'augmentation de l'activité du juge des libertés et de la détention et de celle du parquet, deux hypothèses de travail sont sélectionnées.

La première sur la base des statistiques de la chancellerie en choisissant trois options : un taux de 15, 20 et 30 % d'augmentation.

La seconde sur la base du projet d'étude du 22 janvier 2010 référencé DGS/MC4 du 22 janvier 2010 et du courrier électronique du 3 février 2010 du Ministère de la Santé et des Sports qui font état de 61 000³¹ mesures de sortie d'essai (estimation de la population qui sera potentiellement en soins ambulatoires) en prévoyant un pourcentage de 2% de mesures faisant l'objet de saisines du juge des libertés et de la détention. (Ce taux correspond au pourcentage actuel des saisines du juge - 1483³² saisines pour 68 602³³ hospitalisations sans consentement ou sous contrainte en 2008 -)

Périmètre de l'étude

1^{ère} hypothèse :

1483 saisines du juge des libertés et de la détention concernant l'internement d'une personne.

Soit

- 15 % : 223 saisines supplémentaires

- 20% : 297 saisines supplémentaires

- 30% : 445 saisines supplémentaires

2^{ème} hypothèse :

61 000 mesures de sortie d'essai dont 2 % feront l'objet d'une saisine du juge soit 1220

Evaluation

1^{ère} hypothèse sur la base des statistiques de la chancellerie :

► Si l'augmentation du nombre de saisines est de 15 %

Magistrats sur la base de 1680 heures

Parquet

$$223 * 60 / 60 / 1680 = 0.13 \text{ ETPT}$$

Siège

$$223 * 60 / 60 / 1680 = 0.13 \text{ ETPT}$$

TOTAL 0.26 ETPT magistrat

Fonctionnaires sur la base de 1572 heures

Parquet

$$223 * 15 / 60 / 1572 = 0.035 \text{ ETPT}$$

Greffes

$$223 * 75 / 60 / 1572 = 0.18 \text{ ETPT}$$

TOTAL 0.21 ETPT fonctionnaires

► Si l'augmentation du nombre de saisines est de 20 %

Magistrats sur la base de 1680 heures

Parquet

$$297 * 60 / 60 / 1680 = 0.17$$

Siège

$$297 * 60 / 60 / 1680 = 0.17$$

TOTAL 0.34 ETPT magistrats

Fonctionnaires sur la base de 1572 heures

Parquet

$$297 * 15 / 60 / 1572 = 0.047$$

Greffes

$$297 * 75 / 60 / 1572 = 0.23$$

TOTAL 0.27 ETP fonctionnaires

► Si l'augmentation du nombre de saisine est de 30 %

Magistrats sur la base de 1680 heures

Parquet

$$445 * 60 / 60 / 1680 = 0.26 \text{ ETPT}$$

³¹ Chiffre du projet d'étude d'impact de la DGS/MCR 22 janvier 2010 page 41

³² Chiffre 2008 de la SDSE du ministère de la justice

³³ Chiffre du projet d'étude d'impact de la DGS/MCR 22 janvier 2010 page 10

Siège			
445*60/60/60/1680	=	0.26 ETPT	TOTAL 0.52 ETPT magistrats
Fonctionnaires sur la base de 1572 heures			
Parquet			
445*15/60/1572	=	0.070 ETPT	
Siège			
445*75/60/1572	=	0.35 ETPT	TOTAL 0.42 ETPT fonctionnaires

2^{ème} hypothèse sur la base de 2% de 61 000 mesures de sortie d'essai soit 1220

Magistrats sur la base de 1680 heures			
Parquet			
1220*60/60/1680	=	1 ETPT	
Siège			
1220 *60/60/1680	=	1 ETPT	TOTAL 2 ETPT magistrats
Fonctionnaires sur la base de 1572 heures			
Parquet			
1220*15/60/1572	=	0.19 ETPT	
Siège			
1220*75/60/1572	=	1 ETPT	TOTAL 1 ETPT fonctionnaires

Ces résultats ne comprennent pas l'évaluation de la charge de travail du juge aux affaires familiales, du parquet destinataire des avis concernant les personnes faisant l'objet de consentement sans soins et de celle du juge des tutelles dont l'activité peut augmenter.

En tout état de cause, il est difficile d'estimer le volume des recours qui pourraient être présentés par la famille ou un tiers ayant avec le malade des relations personnelles demandant la levée des soins sans consentement, en cas de contestation de l'avis du psychiatre évoquant un péril imminent pour la santé du patient (L 3212-9).

4.2.5 Le rôle des maires

Le rôle des maires est peu modifié par le projet de loi. Toutefois, des améliorations sous forme de précisions utiles et de garanties des droits des personnes sont apportées dans le nouveau texte qui donne un fondement juridique à des pratiques courantes. Les mesures provisoires, valables quarante-huit heures, ordonnées par le maire sont désormais précisées puisqu'il peut s'agir notamment d'une mesure provisoire d'hospitalisation. Le maire pourra également s'appuyer sur un certificat médical (et pas seulement sur un simple avis médical) pour prendre ses mesures provisoires. Cela présente l'avantage d'améliorer la description de l'état mental dans l'arrêté du maire, décision administrative individuelle restreignant les libertés publiques qui, à ce titre doit être motivée en application de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs.

4-3 L'impact juridique

4-3.1 L'impact des modifications apportées au regard du droit européen

Le projet de loi prend en compte un certain nombre de dispositions figurant dans la recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 du comité des ministres du Conseil de

l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

- 1) La recommandation REC (2004) fait une distinction entre placement involontaire et traitement involontaire. La loi du 27 juin 1990 ne mentionnait que l'hospitalisation sans consentement.

Le projet de loi, en remplaçant la notion d'hospitalisation sans consentement par celle de soins sans consentement et en précisant que la prise en charge débutant par une hospitalisation peut se poursuivre à l'extérieur des établissements de santé, reprend une telle distinction.

- 2) La recommandation REC (2004) prévoit notamment la consultation de la personne sur son placement et son traitement involontaire et la prise en considération de son avis. Elle mentionne le droit à l'information régulière sur la situation médicale du patient et sur les voies de recours.

Conformément à cette recommandation, le projet de loi mentionne le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant et l'obligation de tenir compte de cet avis dans la mesure du possible. Il complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits (dès l'admission ou aussitôt que son état le permet) et mentionne l'information sur les voies de recours qui lui sont ouvertes et sur les soins qui lui sont prodigués. A cet égard, il pose le principe d'une information et d'une consultation des personnes concernées avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou en définissant la forme.

- 3) La recommandation prévoit en son article 21 relatif aux procédures de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires dans les situations d'urgence que « si la mesure devait être poursuivie au-delà de la situation d'urgence, un tribunal ou une autre instance compétente devrait prendre les décisions relatives à cette mesure ». Le dispositif d'HDT en urgence (actuel L. 3212-3) n'était pas conforme à cette exigence.

La suppression de cette disposition prévue par le projet de loi, qui fusionne procédure d'urgence et procédure normale, règle cette question.

4-3.2 Liste prévisionnelle des textes d'application

Le présent projet de loi respecte le niveau des normes voulues par le législateur en 1990 et propose donc, comme c'est aujourd'hui le cas, un dispositif précisé par la loi dans sa quasi-totalité.

De surcroît, dans un souci de lisibilité de la réforme, le présent projet respecte l'architecture actuelle du code de la santé publique.

Même si le projet de loi respecte le niveau des normes voulues par le législateur en 1990, avec un dispositif précisé par la loi dans sa quasi-totalité, plusieurs dispositions voient leurs modalités d'application renvoyées à un décret en Conseil d'Etat ou un décret simple.

Il existe d'ores et déjà des **dispositions réglementaires** figurant dans le code de la santé publique (article R. 32231 à R. 3223-10) issues du décret en Conseil d'Etat n° 91-981 du 25 septembre 1991 modifié par le décret en Conseil d'Etat n° 2006- 904 du 19 juillet 2006. Ces dispositions portent sur l'organisation et le fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Des modifications de forme seront nécessaires pour adapter la partie réglementaire aux changements apportés dans la partie législative.

Par ailleurs, le projet renvoie explicitement à des décrets en Conseil d'Etat le soin de préciser des mesures nouvelles :

- L'article L. 3211-2-1 dispose qu'un protocole de soins précisera les types et les lieux de soins ainsi que leur périodicité. Le contenu de ce protocole, qui constituera le cadre des soins sans consentement, sera fixé par décret en Conseil d'Etat.
- L'article L. 3211-9 renvoie à un décret le soin de déterminer les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège de soignants qui donnera au préfet un avis sur les mesures concernant les patients ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou ayant fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.
- L'article L. 3211-12 prévoit l'intervention de deux décrets, l'un qui devra fixer la durée de séjour en unité pour malades difficiles conditionnant l'exigence de deux expertises pour que le juge puisse lever la mesure de soins sans consentement, l'autre qui fixera le délai maximum imparti au collège de soignants et aux experts pour communiquer au juge leur avis ou expertise.
- Les dispositions de l'article L. 3212-1 relatives à la forme de la demande présentée par le tiers ont été déclassées et sont renvoyées à un décret.
- L'article L. 3213-8 dispose qu'un décret précisera les conditions de recueil de l'avis du collège et des deux psychiatres requis pour lever les soins sans consentement des patients ayant séjourné en UMD ou ayant été déclarés irresponsables pénalement.
- L'article L.3222-3 renvoie à un décret en Conseil d'Etat la détermination des conditions d'admission en unité pour malades difficiles.
- Enfin, le décret d'application relatif au fonctionnement des CDSP sera modifié.

Dispositions applicables outre-mer

L'ordonnance n° 2008-858 du 28 août 2008 portant diverses dispositions d'adaptation du droit de l'outre-mer a étendu en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, avec un certain nombre d'adaptations, les dispositions du livre II de la troisième partie de la partie législative du code de la santé publique relative à la lutte contre les maladies mentales.

En modifiant ou supprimant plusieurs articles de cette troisième partie, le projet de modification de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation appelle de nouvelles adaptations des dispositions applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française et donc une réécriture des articles L3844-1 et L3844-2 du code de la santé publique, qui avaient été créés par l'ordonnance du 28 août 2008.

De plus, le projet de loi prévoit les adaptations en ce qui concerne St-Martin, St-Barthélemy et Mayotte.

Dans la mesure où il s'agit uniquement d'étendre les dispositions métropolitaines, sans introduire de disposition d'adaptation spécifique au sens de l'article 74 de la Constitution, les

dispositions n'ont pas à être soumises à la consultation des autorités compétentes des collectivités concernées.

Les adaptations ont principalement pour objet de tenir compte des compétences locales des deux collectivités en matière d'établissement de santé.

4.3.3 La nécessité d'aménager des passerelles entre le dispositif actuel et le dispositif futur notamment pour les patients en sortie d'essai

Les lois n'ayant pas de caractère rétroactif, les mesures d'HO et d'HDT se poursuivront au moment de l'entrée en vigueur du projet de loi. Il en est de même des sorties d'essai. Lorsque les sorties d'essai arriveront à échéance (elles doivent être renouvelées tous les trois mois pour pouvoir se poursuivre), si aucune précision n'est apportée dans le projet de loi, les nouvelles dispositions s'appliqueront dans leur totalité et les sorties d'essai ne pourront être converties en soins ambulatoires sans que le patient ne soit ré-hospitalisé pour respecter la nouvelle règle d'admission sans consentement. La ré-hospitalisation systématique de tous les patients en sortie d'essai n'est pas justifiée et une telle mesure pourrait avoir des conséquences sur l'état de santé des personnes concernées, la réintégration dans l'établissement de santé n'étant pas motivée par une aggravation de l'état de santé. Pour éviter de telles difficultés, il apparaît préférable, dans le projet de loi, de prévoir des dispositions transitoires permettant au psychiatre de l'établissement d'accueil (dans le cas d'une mesure de soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ou au préfet (dans le cas d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat) de prolonger la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et notamment à domicile sans qu'il soit nécessaire d'hospitaliser préalablement le patient.

4.3.4 L'harmonisation des infractions pénales

Depuis quelques années, un travail d'harmonisation, de mise en cohérence et de simplification du droit a été amorcé. A ce titre, dans chaque texte examiné, la rigueur et le souci de sécurité juridique conduisent le Gouvernement à veiller à instaurer notamment des sanctions pénales dont les montants et les régimes sont conformes aux nomenclatures érigées par le code pénal, droit commun en la matière.

Aussi, est-il proposé dans le présent projet de loi de fixer une amende délictuelle encourue de 7 500 euros lorsqu'une peine d'un an d'emprisonnement est encourue et une amende de 15 000 euros lorsqu'une peine de deux ans d'emprisonnement est encourue.

Il faut rappeler que ces taux restent des maximums légaux et que le juge pénal peut toujours prononcer une amende comprise entre zéro et le maximum encourue. Cette importante latitude lui offrira la possibilité d'adapter correctement sa sanction à la gravité des faits, à la particularité de l'infraction et à la personnalité de son auteur."

4.4 L'impact budgétaire

Le présent projet de Loi n'aura pas d'impact budgétaire.

V- CONSULTATIONS ET CONCERTATIONS

Les dispositions du projet de loi ne relevaient d'aucune procédure de consultation obligatoire.

5.1 Consultations non obligatoires

Le projet de loi a toutefois été adressé pour avis à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA).

Les membres du conseil d'administration de la CNAMTS ont pris majoritairement pris acte et ceux de la CCMSA ont voté favorablement.

5.2 Les partenaires concertés

- les organismes nationaux :

- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Comité consultatif National d'Ethique (CCNE)

- Les représentants des usagers :

- la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy)
- l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)

- les fédérations hospitalières :

- La Fédération Hospitalière de France (FHF)
- la Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne (FEHAP, établissements privés non lucratif)
- la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP- UNCPSY)

- les conférences des établissements de santé :

- la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'établissement (CME) des Centres hospitaliers spécialisés (CHS),
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centres Hospitaliers (CH)
- la conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires
- la conférence des directeurs de Centres Hospitaliers
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement des établissements de santé privés à but non lucratif
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement des établissements de santé privés à but lucratif

- la Conférence des doyens

- les syndicats :

- le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH),
- l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM),
- le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP-IDEPP)
- le Syndicat de la Fonction Publique Hospitalière (SFPH)
- CFDT Santé Sociaux
- FO
- le syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH)
- UNSA
- CGT
- CFTC
- CFE-CGC
- SUD Santé
- Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
- Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
- SNAM-HP (Syndicat National des Médecins, Chirurgiens Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux Publics)
- Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)
- Intersyndicale des Psychiatres Publics (IPP)

Certains des partenaires concertés ont fait part publiquement par communiqué de presse de leur avis sur le projet de loi (voir en annexe).

ANNEXE

Données statistiques et épidémiologiques**↳ Les mesures d'hospitalisation sans consentement**

Une circulaire annuelle de la DGS, adressée dans les départements aux préfets et aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales, rappelle à ceux-ci le format du rapport d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques tel qu'il a été prévu dans l'arrêté du 22 novembre 1991 relatif au rapport de cette commission. Une annexe statistique accompagne cette circulaire et renseigne sur :

- les hospitalisations à la demande d'un tiers (nombre de mesures, nombre de sorties d'essai, nombre de levées de la mesure),
- les hospitalisations d'office (nombre de mesures, nombre de sorties d'essai, nombre de levées de la mesure)

Les chiffres recueillis à cette occasion ne concernent que le nombre de mesures prises et pas le nombre de patients concernés par l'hospitalisation sans consentement.

Une rétro-information portant sur l'année N-2 est adressée à l'ensemble des départements à l'occasion de l'envoi de la circulaire annuelle précitée. Ces statistiques sont également disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.

La qualité de ces données est variable d'une année sur l'autre et d'un département à l'autre. Elles constituent néanmoins une série historique qui permet de suivre les évolutions temporelles du nombre de mesures prises.

Ainsi la DREES a réalisé en janvier 2010 une analyse des rapports d'activité des CDHP de 1998 à 2007

1 - Une décroissance récente du nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement (données corrigées de la non-réponse).

En 2007, près de **73 000 mesures d'hospitalisations sans consentement** ont été prises dans les 100 départements français, contre 75 000 en 2005.

Entre 1998 et 2007, le nombre total de mesures d'hospitalisation sans consentement a connu une hausse de 14 % mais cette évolution résulte de deux mouvements de sens opposés : très forte croissance de 1998 à 2003 (+22 %) et baisse entre 2003 et 2007 (-7 %).

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. Elle est très variable d'un département à l'autre, allant de moins de 10 % à plus de 30 %.

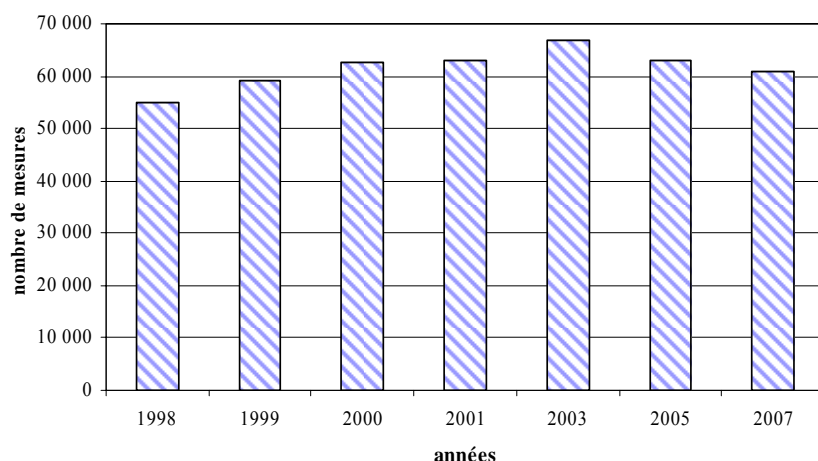
Dans les 100 départements français, **61000 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)** ont été décidées en 2007.

→ Alors que le nombre d'HDT avait toujours été en hausse entre 1998 et 2003, il baisse régulièrement depuis (-9% entre 2003 et 2007).

Il est à noter qu'en décembre 2003 un arrêt en Conseil d'Etat intervient en ne permettant plus aux directeurs d'établissement de se porter tiers demandeur de l'hospitalisation dès lors qu'ils ne connaissent pas la personne concernée avant son hospitalisation.

Les mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

source: rapports d'activité des CDHP



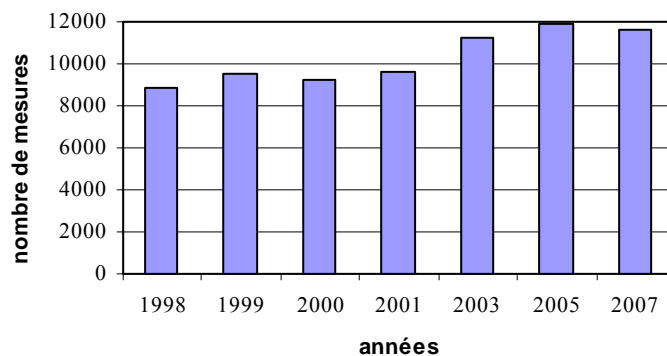
En 2007, **11 600 mesures d'hospitalisation d'office (HO)** ont été arrêtées par les préfets et, à Paris, par le préfet de police.

✓ *Les HO prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale et celles prononcées pour les personnes détenues sont exclues de ce décompte.*

→ Sur la période 1998-2007, le nombre d'HO enregistre une hausse de plus de 30 %. Toutefois, ce nombre a baissé de 3% entre 2005 et 2007.

Les mesures d'hospitalisation d'office (HO)

source: rapports d'activité des CDHP



➤ Il faut toutefois remarquer que la part des hospitalisations sans consentement sur l'ensemble des hospitalisations reste particulièrement stable au cours de la période d'étude, 1998-2007 puisqu'elle varie entre 11% et 13%.

Évolutions des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007

	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2007
Hospitalisation d'office (HO)	8817	9487	9208	9632	11211	11939	11579
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	55097	58986	62708	62894	66915	62880	61019
Hospitalisations sans consentement (HSC)	63914	68473	71916	72526	78126	74819	72598
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	580543	610381	610815	610156	615244	618288	606040
HO/HSC	14%	14%	13%	13%	14%	16%	16%
HSC/H	11%	11%	12%	12%	13%	12%	12%

Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, données administratives non corrigées de la non réponse ;

DREES, SAE 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, données statistiques.

Champ : France métropolitaine et DOM

2- Une forte disparité départementale des mesures d'hospitalisation sans consentement (données corrigées de la non réponse).

Si cette part des HSC dans l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie est stable dans le temps, on observe de grande variabilité dans le temps et pour un même département.

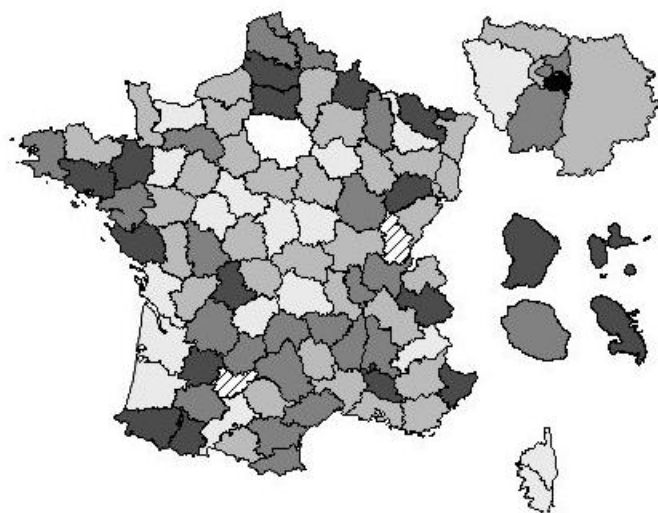
En effet, en 2007 dans 15 d'entre eux, les hospitalisations sans consentement représentaient plus de 20% des hospitalisations complètes totales en psychiatrie générale sur le département alors que cette proportion était inférieure à 10 % dans 28 départements.

En 2007, au niveau national, 159 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans sont dénombrées. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 5 au niveau départemental.

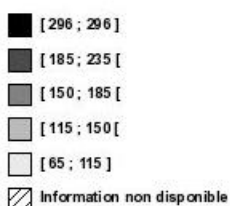
Plus précisément, **134 mesures d'hospitalisations à la demande d'un tiers** et **25 mesures d'hospitalisation d'office** sont dénombrées **pour 100 000 habitants de plus de 20 ans au niveau national**.

→ Ces taux varient respectivement dans des écarts de 1 à 5 et de 1 à 9.

Nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2007



Nombre d'HSC pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données statistiques ;
INSEE, Estimations de population au 1er janvier 2007.

Ainsi le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète atteint son maximum dans le Finistère (56%) et la Côte d'or (44%).

Ces deux départements se caractérisent par un nombre particulièrement peu élevé d'hospitalisation complète en psychiatrie générale rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans du département, et un nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement rapporté à la population légèrement supérieur à la moyenne.

Au contraire, peu de mesures sans consentement et un nombre élevé d'entrées en hospitalisation complète, relativement aux populations départementales, sont comptabilisées dans les deux départements corses. La Haute-Corse et la Corse-du-Sud ont le taux le plus faible (2%) de mesures d'hospitalisation sans consentement rapportées aux entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale.

3 – La procédure d'urgence pour les hospitalisations sans consentement (données non corrigées).

Les HDT effectuées en 2007 selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent (en application de l'article L.3212-3 du code de la santé publique), représentaient **48 % des HDT** totales dans 90 départements répondants.

→ Cette proportion est en augmentation depuis 1998 où elle était de 32%.

Le taux départemental d'HDT prononcées en urgence est très variable : il va de moins de 10 % dans 5 départements à plus de 80 % dans 6 autres départements. Plus de la moitié des départements ont un taux d'HDT prononcées en urgence inférieur à 50%.

La part des HO prises à la suite d'une mesure provisoire du maire ou, à Paris, des commissaires de police (L.3213-2 du code de la santé publique) sur l'ensemble des hospitalisations d'office *semble être relativement stable au cours du temps*.

Elle est de **68 % en 2007** dans 90 départements répondants.

Le taux départemental est variable mais moins que dans le cas des HDT. La part des procédures d'urgence dans le nombre d'HO est supérieure ou égale à 70 % dans 60 départements.

4- Les mesures d'hospitalisation portant sur des populations en situation particulière (données non corrigées).

Les mesures de HO prononcées en application de l'article D.398 du CPP dans les rapports d'activité des CDHP.

En 2005, 1805 mesures de HO ont concerné des détenus sur 92 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 126 (Ille et Vilaine).

En 2007, 2051 mesures d'HO ont concerné des détenus sur 94 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 113 (Nord).

Une analyse de l'évolution du nombre de ces mesures sur la période 1998 à 2007, à partir des rapports d'activité des CDHP n'est pas possible en raison de la fréquence des non réponses des départements et du faible nombre de mesures par département.

Les mesures de HO prononcées en application de l'article L 3213-7 du CPP dans les rapports d'activité des CDHP.

En 2005, 173 mesures de HO ont été prononcées en application de cet article sur 88 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 20 (Bouches-du-Rhône).

En 2007, 206 mesures d'HO ont été prononcées en application de cet article sur 90 départements répondants, le nombre de détenus concernés par département allant de 0 à 15 (Bouches-du-Rhône) et 16 (Seine Maritime).

Une analyse de l'évolution du nombre de ces mesures sur la période 1998 à 2007, à partir des rapports d'activité des CDHP n'est pas possible en raison de la fréquence des non réponses des départements et du faible nombre de mesures par département.

5- Les levées d'HO (données non corrigées de la non-réponse).

En 2005, sur 92 départements répondants et pour 10 074 mesures d'HO prononcées, 10 851 mesures de levée d'HO ont été prises.

En 2007, sur 94 départements répondants et pour 12 223 mesures de HO prononcées, 10 446 mesures de levées de HO ont été prises.

Selon les rapports d'activité des CDHP, on peut estimer, qu'une année donnée, le nombre de mesures de levée d'HO est du même ordre de grandeur que le nombre de mesures de HO prononcées.

Cette hypothèse est vérifiée sur les années 2005 et 2007 pour la quasi-totalité des départements répondants.

6- Les mesures de sorties d'essai (données non corrigées de la non-réponse).

Les remontées d'informations des CDHP, souvent incertaines et incomplètes, peuvent toutefois donner un ordre de grandeur concernant les mesures initiales³⁴ de sorties d'essai.

Les mesures initiales de sorties d'essai dans les HDT.

En 2007, tous les départements ont renseigné le nombre de mesures de HDT prononcées dans l'année mais seuls 34 départements (un tiers) ont renseigné le nombre de mesures initiales de sorties d'essai

prononcées dans l'année. Dans ces 34 départements, 20 949 mesures d'HDT et 20 465 mesures initiales de sorties d'essai ont été prises en 2007.

Le nombre de mesures initiales de sortie d'essai va de 6 dans le Lot à 3020 dans la Drôme. En 2005, 22 088 mesures initiales de sorties d'essai de personnes en HDT ont été prononcées dans 44 départements.

Le nombre de mesures de HDT prononcées dans l'année 2005 pour ces 44 départements était de 26 840.

On peut estimer que le volume des mesures initiales de sorties d'essai est du même ordre de grandeur que le volume des mesures de HDT prononcées la même année.

→ Mais, pour un même volume de mesures de HDT prononcées dans l'année, le nombre de mesures initiales de sortie d'essai peut être très **variable d'un département à l'autre**.

A titre d'exemple, 2 départements ont déclaré en 2005 et 2007 un nombre presque équivalent de mesures de HDT prises dans l'année, l'un 564 et 576, l'autre 686 et 680. Le premier a déclaré 3545 et 3020 mesures initiales de sorties d'essai prononcées en 2005 et 2007, soit 5.5 fois plus de mesures de sorties d'essai que de mesures de HDT et l'autre a déclaré 112 et 131 mesures initiales de sorties d'essai, soit environ 5 fois moins.

Il est probable que certains départements pratiquent des sorties d'essai de durée courte, mais répétées, avec retour dans l'intervalle en hospitalisation complète de la personne concernée. **Peut-on faire l'hypothèse, dans ce cas, de « mesure de sortie non accompagnée de durée courte » ?**

D'autres départements prononceraient peu de mesures de sorties d'essai mais celles-ci seraient de durée plus longues.

→ En l'absence de remontée d'informations sur la durée des mesures et compte tenu du faible taux de réponse, il n'est pas possible de conclure sur les pratiques relatives aux mesures de sorties d'essai dans les HDT à partir des rapports d'activité des CDHP.

Les mesures initiales de sorties d'essai dans les HO.

En 2007, tous les départements ont renseigné le nombre de mesures de HO prononcées dans l'année mais seuls 69 départements (2/3) ont renseigné le nombre de mesures initiales de sorties d'essai prononcées dans l'année. Dans ces 69 départements, 7 528 mesures d'HO et 19 531 mesures initiales de sorties d'essai ont été prises en 2007. Le nombre de mesures initiales de sortie d'essai va de 2 213 en Isère à 2 dans les Landes.

En 2005, 21 702 mesures initiales de sorties d'essai de personnes en HO ont été prononcées dans 69 autres départements. Le nombre de mesures de HO prononcées dans l'année pour ces 69 départements était de 7 942.

On peut estimer que le volume des mesures initiales de sorties d'essai est égal au triple du volume des mesures de HO prononcées la même année.

→ Mais, pour un même volume de mesures de HO prononcées dans l'année, le nombre de mesures initiales de sortie d'essai peut être très **variable d'un département à l'autre (et d'une année sur l'autre)**.

A titre d'exemple, 2 départements ont déclaré en 2005 et 2007 un nombre presque équivalent de mesures de HO prises dans l'année, l'un 188 et 139, l'autre 161 et 114. Le premier a déclaré 557 et 589 mesures initiales de sorties d'essai prononcées en 2005 et 2007, soit 3 à 4 fois plus de mesures de sorties initiales d'essai que de mesures de HO et l'autre a déclaré 35 et 46 mesures initiales de sorties d'essai, soit environ 3 à 5 fois moins.

³⁴ Les renouvellements de sorties d'essai ne sont pas comptabilisées dans les rapports d'activité des CDHP.

Il n'existe pas au niveau national de données exhaustives sur le nombre de personnes hospitalisées sous le régime des HDT ou des HO bénéficiant de mesures de sorties d'essai.

Mais une enquête réalisée dans 4 départements par l'IGAS en 2004 à l'occasion de la rédaction de propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 apporte quelques éléments d'information, la période d'observation étant de 10 mois :

- concernant les HDT et selon la source d'information, entre 15% et 25% des patients ont bénéficié d'une sortie d'essai dont la durée moyenne était de 75 jours, 16% de ces personnes ont bénéficié d'une sortie d'essai de moins de 15 jours ;
- concernant les HO et selon la source d'information, entre 24% et 34% des patients ont bénéficié d'une sortie d'essai dont la durée moyenne était de 79 jours, 31% de ces personnes ont bénéficié d'une sortie d'essai de moins de 15 jours ;
- concernant les HO, 15% des malades ont été hospitalisés sous ce régime plus d'une fois sur les 10 mois d'observation ; cette proportion est identique pour les malades hospitalisés sous le régime des HDT.

↳ Les personnes concernées par les mesures d'hospitalisation sans consentement

1- Les sources d'information disponibles au niveau national.

Au niveau national, il existe 2 sources d'information potentielles susceptibles de nous renseigner sur les patients hospitalisés selon une modalité d'hospitalisation sans consentement : la statistique d'activité des établissements de santé (SAE) et les résumés d'information médicale en psychiatrie (RIM-psy), équivalent du PMSI pour l'hospitalisation des maladies somatiques.

Avant 2003, il existait une coupe transversale un jour donné dans les services de psychiatrie qui apportait quelques éléments d'information sur les patients hospitalisés.

SAE

La SAE, exploitée par la DREES, recueille des informations sur les capacités hospitalières en lits et places, sur l'activité (entrées, nombres de journées et de venues, nombre de patients ou file active) et sur les effectifs en personnel hospitalier. Ces informations sont publiées annuellement pour l'année N-2.

Depuis 2006, une rubrique de la SAE prévoit de recueillir le nombre de patients, le nombre d'entrées et le nombre de journées selon les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie : libre, à la demande d'un tiers, d'office, selon l'article 122.1 du CPP et selon l'article L312-7 du CSP, par ordonnance provisoire de placement ou selon l'article D. 398 du CPP.

La qualité de ces données est très relative (le taux de réponse de certains établissements est insuffisant).

Hospitalisations sans consentement
Statistiques annuelles d'activité des établissements (SAE) – 2006/2007

	Nombre de patients		Nombre d'entrées		Nombre de journées		File active (F.A) psychiatrie générale hospit. complète	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Hospitalisation libre	292 722	309 055	350 997	412 248	10 790 408	13 027 646	333 194	294 088
Hospitalisation sans consentement	56 104	69 613	67 242	75 755	2 493 600	3 195 484	56 104	69 613
<i>HSC/Hosp.libre</i>	<i>19,2%</i>	<i>22,5%</i>	<i>19,2%</i>	<i>18,4%</i>	<i>23,1%</i>	<i>24,5%</i>	<i>17%</i>	<i>24%</i>
Hospitalisation à la demande d'un tiers	43 957	53 788	52 744	58 849	1 638 929	2 167 195	13% des patients sont en HDT	18% en HDT
Hospitalisation d'office	10 578	13 783	12 010	14 331	756 120	910 127	3% des patients sont HO	4,7% en HO
Art.122.1 du CPP et art. L312.7 du CSP	221	353	146	303	56 477	59 844		
Ordonnance provisoire de Placement	518	654	1 295	1 083	22 929	31 629		
Art. D 398 du CPP	830	1 035	1 047	1 189	19 145	26 689		

RIM-psy

Le RIM-Psy, exploitée par l'agence technique de l'information médicale (ATIH), provient d'un recueil d'information médicale étendu depuis juillet 2006 à l'ensemble des établissements de santé, privés ou publics, ayant une activité en psychiatrie. Un accès en ligne aux statistiques issues de cette base nationale de l'information médicale en psychiatrie est possible pour les données de l'année N-1. Les informations recueillies concernent :

- le patient et ses caractéristiques sociodémographiques, et ses scores de dépendance physique et relationnelle
- les diagnostics portés pour chaque patient et à chaque séjour (diagnostics principaux et associés codés selon la classification internationale des maladies)
- les séjours hospitaliers (durée moyenne, nombre de séjours selon les différents modes d'hospitalisation, les séjours avec isolement thérapeutique, etc.)
- les actes ambulatoires réalisés (le nombre et la nature de ces actes),
- les scores de dépendance physique ou relationnelle après une période d'expérimentation, est étendue depuis juillet 2006 à l'ensemble.

Du fait encore du faible recul (3 ans) et de la complexité des informations recueillies, les statistiques issues des données recueillies dans cette base nationale de l'information en psychiatrie ne sont pas encore toutes disponibles en routine et certaines nécessitent un travail de validation qui est en cours. C'est le cas notamment des données concernant les patients hospitalisés sous le régime des hospitalisations sous contrainte. Aussi les chiffres suivants sont donnés à titre indicatif et sous toutes réserves.

En 2008, sur 600 établissements concernés, 519 avaient transmis leurs données et celles-ci étaient validées par la tutelle pour 513 établissements concernés ; le taux de participation au recueil serait donc de 85%.

En 2008, tous âges confondus, il y a eu 1 708 521 patients distincts pris en charge en psychiatrie (hospitalisation +ambulatoire) et 1 493 423 personnes ont bénéficié dans l'année d'une prise en charge ambulatoire en psychiatrie.

Les hospitalisations sans consentement ou sous contrainte en 2008

Source : ATIH – statistiques issues de l'interrogation en ligne le 7-01-2010

2008 - HSC	N. patients	Age moyen (ans)	% homme	N.séjours *	N séquences * avec sortie d'essai	%séjours terminés *
HDT	54 899	42.2	54.4	66 111	38 048	58.5
HO	14 278	39.5	80	16 668	13 954	47.6
HO L3213-7	299	35.6	92.1	372	406	46.6
OPP	192	15.7	63.2	267	26	82.4
D398	774	32.3	92.2	910	15	85.7
Total	68 602	41.4	59.9	83 431	52 449	56.7

- Quelques définitions.

Le séjour. Le séjour débute le 1^{er} jour de la prise en charge (à temps complet ou à temps partiel) par une équipe soignante dans le champ de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie. **Le séjour est terminé quand :**

- le patient sort de l'établissement,
- le patient est muté dans un service d'un autre champ que la psychiatrie (MCO, SSR, etc.) de l'établissement,
- il y a changement de la nature de prise en charge (passage d'une hospitalisation à temps complet vers une hospitalisation à temps partiel ou à en ambulatoire).

La séquence. La séquence de soins correspond à une période du séjour bénéficiant d'une prise en charge homogène en termes d'activité, dans un trimestre donné. La séquence de soins se termine notamment quand :

- le patient change de mode légal de séjour pendant une prise en charge à temps plein
- il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures
- il y a changement de trimestre civil (par convention, clôture de toutes les séquences le dernier jour du trimestre).

**Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte,
liste des pathologies mentales limitées aux plus fréquentes en 2008**
Source : ATIH – statistiques issues de l’interrogation en ligne le 7-01-2010

Code CIM-10	Libellé du code diagnostic	Nombre de patients
F20	Schizophrénies	17 389
F30 à F 39	Troubles de l’humeur (affectifs)	12 043
F 60 et F69	Troubles spécifiques de la personnalité	8 675
F10 à F 19	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l’utilisation de substances psycho-actives.	7639
F22	Troubles délirants persistants	4846
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	2997
F 25	Troubles schizo-affectifs	2378
F 28 – F 29	Autres troubles psychotiques non organiques et psychose non organique sans précision	1288

2 – Autres études publiées.

✚ Dans l’ouvrage « la prise en charge de la santé mentale » publié en 2009 par la DREES, il est fait mention d’une étude réalisée par des chercheurs de l’IRDES à partir des données de l’enquête « un jour donné » recueillies en 2003 auprès des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Cette étude apporte **des compléments d’information sur les facteurs associés à une hospitalisation sans consentement.**

En 2003, les facteurs environnementaux ne sont pas fondamentalement différents selon le mode d’hospitalisation (libre ou sans consentement). Dans les 2 cas les facteurs les plus cités par les équipes soignantes sont les difficultés liées à l’entourage immédiat (conjoint, parents, divorce etc.) et à l’environnement social (solitude, exclusion etc.).

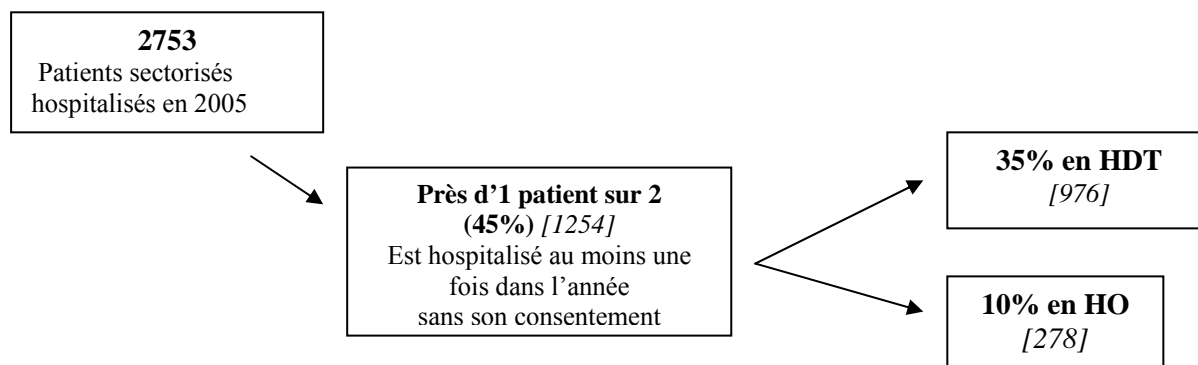
On trouve cependant davantage de difficultés psychosociales lors des hospitalisations sans consentement et ce sont surtout des patients hospitalisés d’office.

Inversement les difficultés liées à l’entourage immédiat concernent un peu plus souvent les patients hospitalisés à la demande d’un tiers (12% contre 9% en hospitalisation libre et 7% des patients en hospitalisation d’office).

Cette étude concluait également que contrairement à ce qui est parfois avancé, la fréquence des problèmes liés à l’utilisation de substances psycho-actives lors des hospitalisations sans consentement n’était pas plus importante en 2003 que lors des hospitalisations libres.

✚ Une autre étude menée au centre hospitalier du Vinatier (Lyon) en 2005, apporte **des éléments d’information sur le parcours de soin des personnes hospitalisées sans leur consentement.**

2753 patients sectorisés hospitalisés au Vinatier en 2005 (file active).



➔ **5 patients sur 10 sont hospitalisés sans leur consentement au moins une fois dans l'année, 4 à la demande d'un tiers et 1 d'office**

➔ **L'HDT constitue le plus souvent le mode d'entrée dans le soin.**

Les patients en HDT le sont le plus souvent dans leur première année de prise en charge en psychiatrie (public + libéral+ privée) ;

➔ **Les personnes en HO, en comparaison avec les autres modes d'hospitalisation, sont plus souvent déjà connues de la psychiatrie**

Les personnes en HO sont moins souvent que les HDT et les hospitalisations libres dans leur première année de prise en charge par la psychiatrie ;

➔ **L'âge est un facteur de risque d'HSC avant 30 ans.**

L'hospitalisation sans consentement est plus fréquente que l'hospitalisation libre avant 30 ans, aussi fréquente entre 30 et 60 ans et moins fréquente après 60 ans.

Mais la fréquence relative de l'hospitalisation d'office diminue avec l'âge alors que celle de l'hospitalisation à la demande d'un tiers varie peu.

➔ **Le sexe masculin est un facteur de risque HSC avant 30 ans et d'HO à tous les âges.**

➔ **L'absence de domicile fixe est un facteur de risque d'hospitalisation d'office**

Un quart (25%) des patients hospitalisés au Vinatier sans domicile fixe sont hospitalisés au moins une fois dans l'année sur le mode de l'hospitalisation d'office.

ANNEXE

PSYCHIATRES

DÉMOGRAPHIE, DÉLÉGATIONS DE TÂCHES

1. Données de cadrage sur la démographie des psychiatres :

- La psychiatrie est après la médecine générale la spécialité médicale la plus représentée. **Au 1er janvier 2007** il y avait **13 676 psychiatres en activité** soit une augmentation des effectifs de 3,2% par rapport au 1er janvier 2000³⁵ (13 254 psychiatres en activité à cette date). **La densité** est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants au 1er janvier 2007 (Cf. Figure 1).
 Entre 2000 et 2007 **l'âge moyen** de l'ensemble de la profession est passé de 48,2 ans à 51,6 ans³⁶. En ce qui concerne les libéraux (et mixtes donc avec une activité salariée exercée en plus de l'activité libérale) qui sont en moyenne plus âgés, l'âge moyen est passé de 49,5 ans à 53,9 ans. Cet âge moyen élevé en fait une des spécialités les plus « vieilles » en exercice libéral ou mixte.

La proportion de femmes est de 44% dans l'ensemble de la spécialité, elle était de 31% en 1984. Les femmes sont plus nombreuses à l'hôpital public (elles sont près de 50%) que chez les libéraux et mixtes (38%).
- Les densités régionales de psychiatres varient selon la DREES de 1 à 3, mais les densités départementales varient elles de 1 à 10 (cf. Figure 2). Les inégalités entre le Nord et le Sud masquent donc souvent des disparités départementales plus amples encore. Ces disparités sont plus marquées pour l'offre libérale de la psychiatrie. Il y a de fortes corrélations entre les densités régionales de psychiatres et celles des spécialistes et généralistes libéraux.
- Les effectifs de libéraux et mixtes ont cru de 2,4% au cours de cette période 2000/2007 alors que pour les salariés la croissance a été de 4,6%. Les psychiatres libéraux exercent plus souvent que les autres spécialistes une activité salariée parallèle. Ils ont par ailleurs les plus faibles revenus parmi les spécialistes, comme les généralistes.

Entre 2000 et 2007 la proportion de 60 ans et plus a presque doublé chez les libéraux : ils sont près de 22% au 1^{er} janvier 2007 (cf. Tableau 1). Chez les salariés on compte en 2007 16% de 60 ans et plus, contre 10% au 1^{er} janvier 2000.
- Avec une densité de psychiatres et neuropsychiatres de 0,2 pour 1 000 habitants, la démographie des psychiatres français se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE³⁷ (cf. Tableau 2). En revanche, la croissance de ses effectifs entre 1995 et 2005 semble assez faible, notamment par rapport à l'Autriche et l'Allemagne.

2. La répartition par secteur d'activité et selon le type de commune au 1er janvier 2007 :

- Sur les 13 676 psychiatres en exercice, 5 641 exercent dans les hôpitaux publics, 5 027 en cabinet individuel et 1 217 en cabinet de groupe ; ces derniers sont en moyenne plus jeunes (52 ans) qu'en cabinet individuel 55 ans. La répartition des psychiatres par secteur d'activité n'a pas évolué entre 2000 et 2007 (cf. Tableau 3).
- L'exercice est de façon très majoritaire un exercice de ville. L'agglomération parisienne compte 3 955 psychiatres, les villes de plus de 200 000 habitants hors région parisienne en compte 4 751. Les villes de 50 000 habitants à 100 000 habitants en compte 1 268 et celles de 100 000 à 200 000 habitants 1 032. **Plus de 80 % des psychiatres exercent donc dans des villes de 50 000 habitants et plus.**
- Les communes rurales de petite taille sont avec les périphéries des villes particulièrement isolées au regard de l'offre de psychiatrie libérale. **Les comportements d'installation des psychiatres libéraux vers les zones sous dotées évoluent peu, mais plus que ceux des autres médecins.**

Sources

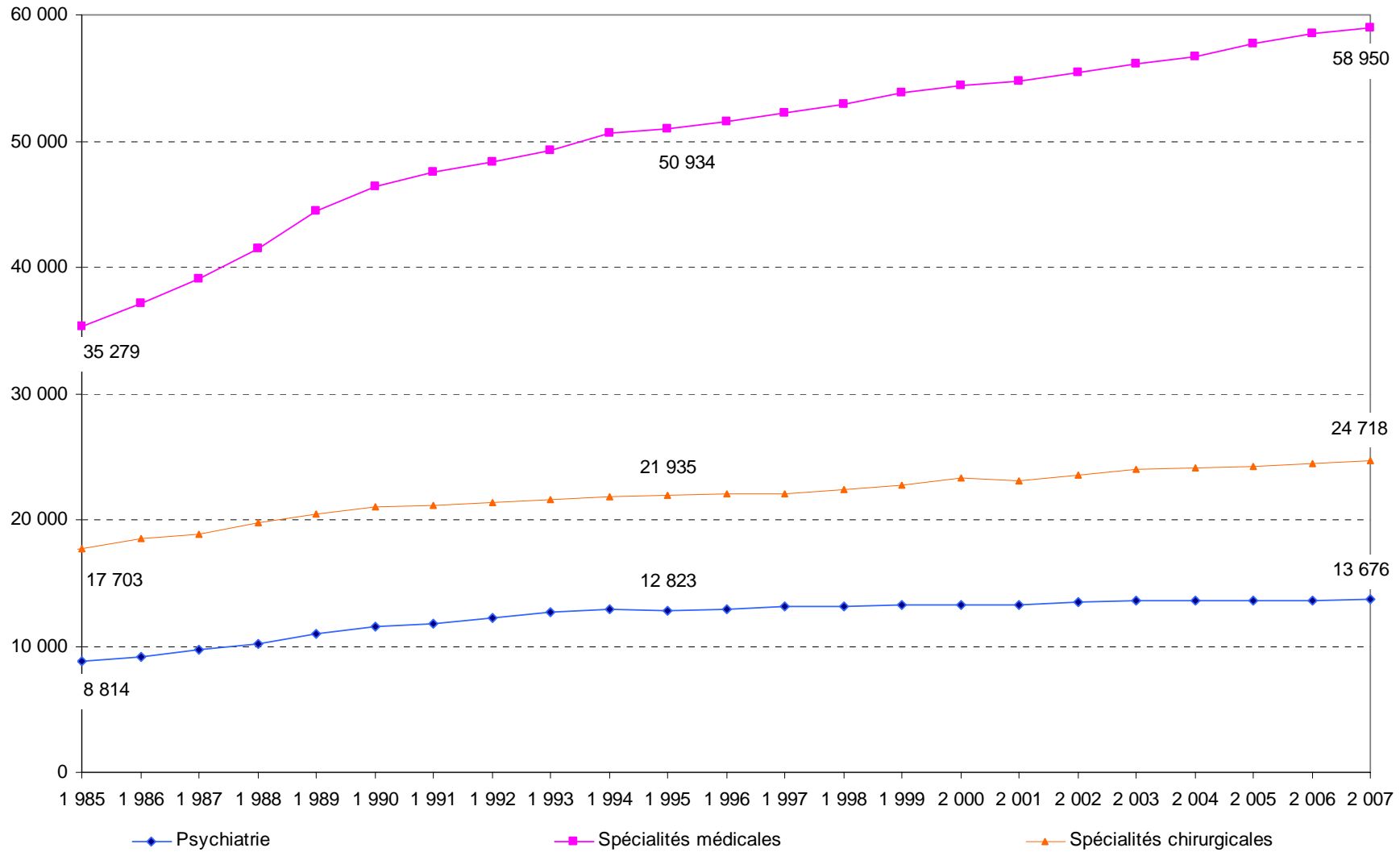
- [1.] Les médecins. Estimations au 1er janvier 2007, DREES, document de travail, Série Statistiques n° 115, août-septembre 2007
- [2.] Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007, DREES, Etudes et Résultats n° 616, décembre 2007
- [3.] La prise en charge de la santé mentale, chapitres Les psychiatres Démographie des psychiatres état des lieux, Les disparités géographiques d'implantation des psychiatres, L'évolution des revenus libéraux des psychiatres entre 1993 et 2003, DREES, Recueil d'études statistiques, janvier 2008
- [4.] Données DHOS /bureau M2

³⁵ On observe une augmentation de 7,3% pour les effectifs de médecins entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2007, passant ainsi de 194 000 à 208 191 médecins en activité.

³⁶ L'âge moyen des psychiatres croît.

³⁷ Il s'agit de médecins en activité spécialistes en psychiatrie, neuropsychiatrie et pédopsychiatrie ; données sous réserve de l'organisation des soins de chaque pays et notamment du partage de la prise en charge des patients entre les professionnels de santé.

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins 1984-2007



Source : DREES

Tableau 1 : Répartition par âge des psychiatres au 1er janvier 2000 et au 1er janvier 2007

Effectifs par classe d'âge	Moins de 40 ans	40 à 59 ans	60 à 64 ans	65 ans et plus
Au 01 janvier 2000				
Libéraux ou mixtes	8,5	80,5	6,5	4,6
Salariés	24,7	64,9	6,2	4,2
Total	17	72,3	6,4	4,4
Au 01 janvier 2007				
Libéraux ou mixtes	6,3	72	13,1	8,7
Salariés	18,9	65	10,4	5,6
Total	12,9	68,3	11,7	7,1

Source : DREES

Tableau 2 : Comparaisons avec les pays de l'OCDE

Pays	Effectifs	Densité pour 1 000 habitants	Croissance 1995 / 2005
Allemagne	11 247	0,1	+214%
Autriche	1 747	0,2	+68%
Belgique	2 047	0,2	nc
Canada	4 701	0,1	+13%
Etats-Unis	38 453	0,1	+11%
France	13 594	0,2	+6%
Irlande	336	0,1	nc
Pays-Bas	2 487	0,2	+16%
Portugal	1 014	0,1	+6%
Royaume-Uni	10 783	0,2	nc

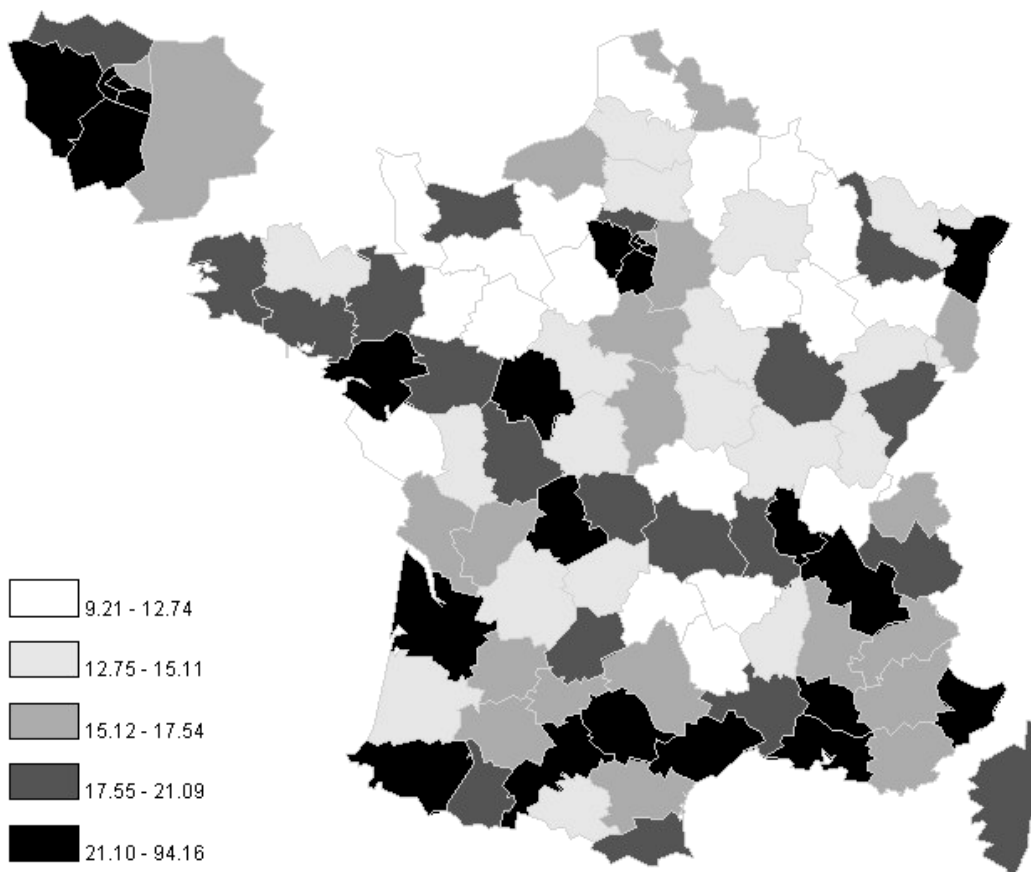
Source : Eco-Santé OCDE2007 - Version : octobre 2007

Tableau 3 : Psychiatres travaillant à l'hôpital public

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hopital public	5 379	5 343	5 377	5 462	5 512	5 562	5 555	5 641
Libéraux et mixtes	44	46	48	41	54	46	43	46
Salariés exclusifs	5 335	5 297	5 329	5 421	5 458	5 516	5 512	5 595
%par rapport à l'ensemble des psychiatres	41%	40%	40%	40%	41%	41%	41%	41%

Source : DREES

Figure 2 : Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants en 2006



Source : Eco-Santé Régions & Départements 2008

Figure 3 : Numerus clausus des médecins, 1972-2008

