

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011

Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes)

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre.

Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013, constitue une réforme majeure dans le champ psychiatrique. En effet, elle ouvre les soins sous contrainte aux modalités de prise en charge en établissement de santé autres que l'hospitalisation à temps plein et prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention (JLD). L'intervention du JLD vient renforcer les droits des personnes soignées sans leur consentement. L'hospitalisation à temps plein ne peut désormais se poursuivre sans que le JLD n'ait statué sur la mesure, lors d'une

audience avec le patient. Il peut par ailleurs être saisi à tout moment pour ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques.

Cet état des lieux répond à deux objectifs : permettre à terme d'évaluer l'impact de la réforme avec un bilan préalable à sa mise en œuvre et dresser pour la première fois en France une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la variabilité de leurs prises en charge ainsi que de leurs trajectoires de soins en 2010.

Cette première photographie permise par la disponibilité récente des données du Recueil d'informations médicalisées en

psychiatrie (Rim-P), contribue à mieux connaître ces situations particulièrement complexes pour les équipes soignantes et difficiles pour les patients et leurs proches (encadré Sources).

La contrainte aux soins, une exception psychiatrique

La législation française pose le consentement aux soins comme une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de Santé publique). Elle prévoit aussi, dans le cas de troubles psychia-

RÈPÈRES

Cet article s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à décrire et analyser la variabilité des soins sans consentement et des hospitalisations au long cours en psychiatrie. Elaboré en réponse à un appel d'offre, ce projet a bénéficié d'un financement de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp). Il s'intègre dans les problématiques plus générales développées à l'Irdes sur la variabilité des pratiques dans le champ de la santé, l'analyse des parcours de soins et l'organisation des soins en psychiatrie.

triques sévères où la conscience du trouble ou du besoin de soins peut être altérée sur une courte durée, le recours aux soins sans consentement en psychiatrie afin de corriger le préjudice pour le patient, voire pour la société, de l'absence de soins. Le consentement aux soins doit rester privilégié et la contrainte constituer une exception. S'ils sont désormais largement minoritaires, les soins psychiatriques sous contrainte sont possibles dans de nombreux pays à certaines conditions en cas de troubles mentaux sévères (Dressing et Salize, 2004 ; Kisely *et al.*, 2011). En France, jusqu'en 2011, la loi du 27 juin 1990 distinguait

principalement deux modes d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. L'hospitalisation à temps plein constituait alors la seule modalité de soins sous contrainte, les prises en charge alternatives, à temps partiel ou en ambulatoire, au sein des établissements de santé étaient exclues du processus, sauf dans le cas de sorties d'essai. C'est une des modifications majeures apportées par la loi de 2011 qui ouvre les soins sous contrainte en psychiatrie aux modalités autres que l'hospitalisation à temps plein.

SOURCES ET MÉTHODE

Les sources d'information sur les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : des chiffres et des hommes

Depuis quelques années, plusieurs sources sont désormais disponibles pour comptabiliser les mesures de soins sans consentement. Plus ou moins récentes, d'une exhaustivité et d'une qualité variables, mobilisant des concepts différents, elles appellent la plus grande prudence dans leur exploitation et leur interprétation. Trois principales sources ont été utilisées ici :

a. Les rapports d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP), devenues commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) suite à la réforme de 2011, constituent la source d'information la plus ancienne et la plus stabilisée sur les soins sans consentement en psychiatrie. Les CDHP ont été mises en place dans le cadre 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. Les rapports d'activité des CDHP sont remontés à la Direction générale de la santé qui en publie régulièrement des données départementales via des circulaires. Les rapports d'activité recensent **les nouvelles mesures de l'année**. Les mesures ayant débuté l'année précédente ne sont pas prises en compte. Lors d'un transfert dans un autre établissement, c'est la même mesure qui court. Au-delà des mesures, ces rapports décomptent les procédures d'urgence et la durée des mesures. Le nombre d'individus concernés par ces mesures n'y est en revanche pas recensé et l'exhaustivité des remontées départementales peut varier selon les années.

b. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [enquête produite et diffusée par la Drees] recueille, depuis 2006, auprès des établissements de santé, **le nombre de patients, d'entrées puis de mesures et le nombre de journées** (hors sorties d'essai) en hospitalisation sans consentement. En outre, un patient est compté dans tous les établissements qu'il a fréquentés. De 2006 à 2009, la SAE fournissait une définition bien précise du terme d'**entrée**, différente de la notion de mesure utilisée dans les rapports des CDHP. La définition reliée à celle utilisée dans le Rim-P, était la suivante : « Le nombre d'entrées correspond au nombre de séjours en hospitalisation temps plein selon le mode légal de séjour » (Drees, SAE 2008, Aide au remplissage). Il s'agit d'entrées « totales », directes ou par transfert ou mutation, réalisées dans l'année, les entrées de l'année précédente pour les séjours toujours en cours ne sont pas comptabilisées. A compter de 2010, le nombre d'entrées est abandonné et remplacé par le **nombre de mesures, en cours au 1^{er} janvier (stock) et nouvellement prises dans l'année (flux)**, sans donner plus de précisions quant au concept de mesure. Ce **changement de concept** n'est pas sans conséquence sur la qualité des données saisies et limite fortement les analyses d'évolution. Comparer les données antérieures et postérieures à 2010 dans la SAE n'est pas possible et nous pouvons questionner la prise en compte du changement de concept en 2010 par les établissements répondant à la SAE. Par ailleurs, le nombre d'établissements renseignant ces items dans la SAE est variable selon les années et appelle à une grande précaution dans l'analyse qui peut être faite des résultats observés, notamment dans les premières années du recueil.

c. Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) mis en place en 2007 (géré et diffusé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)) ne peut être raisonnablement exploité que depuis 2010. Ce recueil permet de compter le **nombre de patients, le nombre de séjours** à la fois les nouveaux et ceux entamés l'année précédente et le **nombre de journées** (permettant de repérer les sorties d'essai). Le Rim-P permet également de décrire les caractéristiques des patients suivis ainsi que l'ensemble de leur prise en charge au sein des établissements. L'existence d'un identifiant national permet enfin de supprimer les doublons des patients suivis dans plusieurs établissements. L'exhaustivité et la qualité de ce jeune recueil croît année après année.

Les analyses présentées dans cette étude ont été menées par l'équipe de l'Irdes, avec l'appui d'un groupe de travail rassemblant des psychiatres, médecins Dim, représentants des usagers et des proches, représentants de la Drees et de l'ATIH et chercheurs en sciences sociales.

Plus de 71 000 patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en 2010, dont 80 % à la demande d'un tiers

En 2010, plus de 71 000 patients ont été hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie dans les établissements de santé français (données non redressées par les données des établissements non répondants au Rim-P). Seule une partie des établissements de santé est habilitée à prendre en charge des patients sous ce mode (essentiellement des établissements publics ou privés d'intérêt collectif participant à la sectorisation psychiatrique*). Au sein de ces établissements, ces patients représentent 5 % de la file active* et 29 % des patients hospitalisés à temps plein en 2010 (voir les modalités de prise en charge, encadré Définitions).

L'hospitalisation sans consentement se fait dans 80 % des cas à la demande d'un

¹ Parmi ces 71 000 patients, près de 65 000 ont un identifiant national valide permettant de suivre un patient entre plusieurs établissements (4 % des patients hospitalisés sans leur consentement ont été suivis dans plusieurs établissements). Les 6 000 patients restants n'ont pas d'identifiant national valide, un même patient hospitalisé dans plusieurs établissements peut donc être comptabilisé plusieurs fois.

Par ailleurs, environ 2 000 patients étaient en sortie d'essai toute l'année 2010 et ne sont pas inclus dans ce total national.

Enfin, moins de 5% des établissements de santé n'avaient pas remonté les données du Rim-P en 2010. On estime à moins de 3% la sous-estimation du nombre de patients hospitalisés sans leur consentement en 2010 dans le Rim-P par rapport aux données produites par la Statistique Annuelle des Établissements (cf. encadré Sources).

* Les expressions suivies d'un astérisque sont définies dans l'encadré Définitions page 5.

tiers (Graphique 1). L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) a concerné en 2010 près de 57 000 patients. Trois critères doivent être rassemblés pour définir une HDT : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation en raison de ces troubles et la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance continue en milieu hospitalier (HAS, 2005). La mesure nécessite, premièrement, la demande d'admission par le tiers, qui en général est un membre de la famille du patient ou une autre personne de son environnement social susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne malade (hors personnel soignant de l'établissement) et deuxièmement, l'établissement de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés, dont l'un par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient. A titre exceptionnel et uniquement en cas de péril imminent pour la santé du patient, l'admission peut être prononcée au vu d'un seul certificat médical. Ces procédures d'urgence se sont multipliées au cours du temps, elles représentaient en 2009 la moitié des mesures d'HDT prononcées (Source : rapports d'activité des Commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP)) contre 30 % en 1997 (Coldefy, 2007). Une des hypothèses fréquemment avancées pour expliquer cette augmentation est un détournement de leur usage pour alléger les procédures (il peut être

difficile dans certains territoires de trouver deux médecins disponibles pour établir les certificats), irrégularité pointée notamment par les rapporteurs du groupe d'évaluation de la loi du 17 juin 1990 (Strohl, Clément, 1997).

Près de 14 000 patients ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office (HO) en 2010, soit 20 % des patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie. L'HO est une mesure médico-administrative prononcée par arrêté par le préfet (ou le préfet de police à Paris), au vu d'un certificat médical circonstancié réalisé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Dans le cadre d'une HO et au-delà des critères médicaux requis pour l'HDT, l'état de santé du patient doit compromettre la sûreté des personnes (y compris lui-même) ou gravement l'ordre public. En cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique », une procédure d'urgence peut être engagée par le maire (ou les commissaires de police à Paris). Comme pour les HDT, ces procédures d'urgence sont devenues majoritaires puisqu'elles concernaient en 2009, 64 % des mesures d'HO prononcées (Source : rapports d'activité des CDHP). Dans 35 départements, elles représentent plus de 90 % des mesures d'HO prononcées.

Au-delà des mesures d'HO et d'HDT, il existe d'autres modes d'hospitalisation sans consentement concernant un faible

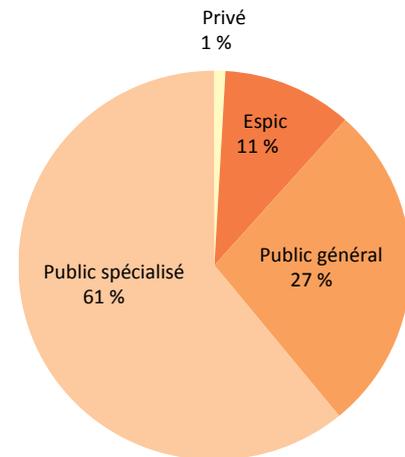
nombre d'individus. En 2010, le Rim-P recense ainsi 1 300 détenus ayant fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique, moins de 400 patients jugés pénalement irresponsables, et 100 mineurs ayant fait l'objet d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)*.

Une prise en charge essentiellement réalisée dans les établissements publics

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont pris en charge, dans leur très grande majorité (88 %), dans les établissements publics, le plus souvent spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales, 11 % dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et 1 % (soit moins de 800 patients) dans des établissements privés à but lucratif (Graphique 2). La liste des établissements habilités à accueillir les patients sans leur consentement est arrêtée par les Agences régionales de santé (ARS). Il s'agit essentiellement d'établissements participant à la sectorisation psychiatrique. Seules quatre cliniques privées en France sont également habilitées. Au sein de ces établissements, les établissements publics spécialisés accueillent davantage de patients sans leur consentement (32 % des patients hospitalisés à temps plein le sont sans leur

G2

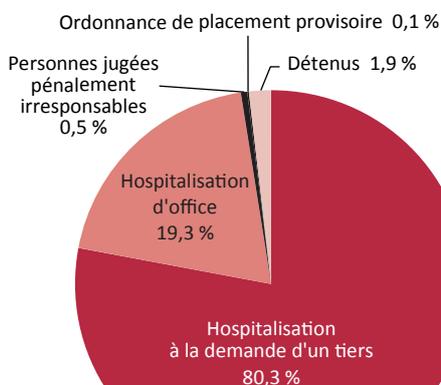
Répartition des patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie par type d'établissement



Source : Rim-P 2010. [Télécharger les données](#) Réalisation : Irdes.

G1

Répartition des modes légaux d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010



Lecture : Un patient pouvant être hospitalisé sous différents modes légaux une même année, le total des pourcentages est supérieur à 100.

Source : Rim-P 2010. [Télécharger les données](#) Réalisation : Irdes.

consentement dans ces établissements, contre 26 % dans les établissements non spécialisés ou dans les Espic habilités).

Une population relativement jeune et majoritairement masculine, particulièrement pour les hospitalisations d'office

Avec 60 % des patients hospitalisés en psychiatrie sans leur consentement (contre 47 % parmi les patients hospitalisés librement), les hommes sont majoritaires dans cette population. Ces résultats ne diffèrent pas de ceux observés dans la littérature internationale (Brophy *et al.*, 2006 ; Hustoft *et al.*, 2013 ; Lorant *et al.*, 2007). Cette prédominance masculine est vérifiée pour chaque mode légal. Ainsi, les hommes sont très largement majoritaires dans le cadre des hospitalisations d'office (80 %), pour les personnes jugées irresponsables pénalement (91 %) et pour les détenus hospitalisés (93 %). Dans le cadre des hospitalisations à la demande d'un tiers, les hommes représentent 54 % et pour les ordonnances provisoires de placement qui concernent les mineurs, 65 %.

L'âge moyen des patients hospitalisés sans leur consentement est de 43 ans (contre 47 ans pour les patients hospitalisés librement). Il varie de 44 ans pour les patients admis en HDT à 40 ans pour ceux admis en HO, ou pour les personnes jugées pénalement irresponsables, à 33 ans enfin en moyenne pour les détenus.

Les troubles psychotiques plus fréquemment associés à une hospitalisation sans consentement

Les troubles psychotiques (schizophrénie et autres troubles psychotiques) représentent plus de la moitié des diagnostics principaux observés chez les patients hospitalisés sans leur consentement, contre 21 % des diagnostics rencontrés chez les patients hospitalisés exclusivement librement dans les établissements concernés. Les troubles liés à l'addiction arrivent ensuite mais ne sont pas davantage repré-

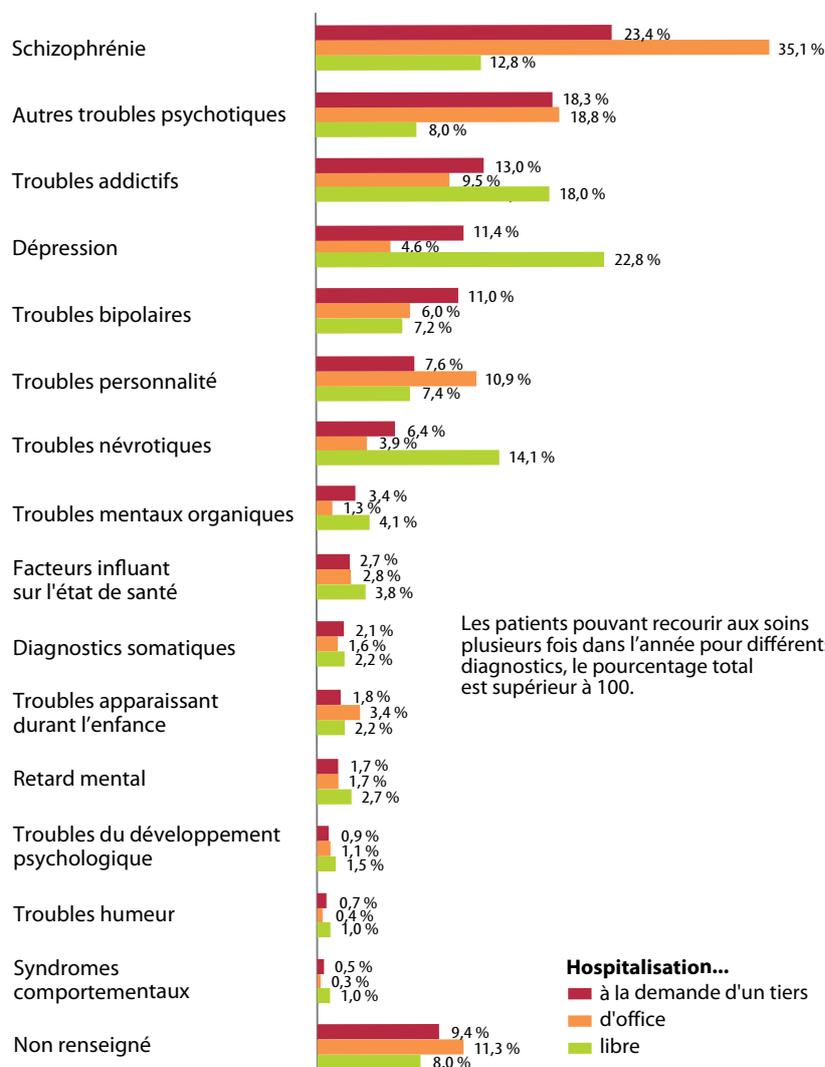
sentés que parmi les patients hospitalisés librement. Diagnostiqués pour 10 % des patients, les troubles dépressifs arrivent en troisième position mais sont sous-représentés par rapport à la population hospitalisée librement, de même que les troubles névrotiques (recensés chez 6 % des personnes hospitalisées sous contrainte). Les troubles bipolaires et troubles de la personnalité sont en revanche deux fois plus fréquents chez les patients hospitalisés sans leur consentement (observés respectivement chez 10 et 9 % des patients). Ces résultats viennent là encore confirmer des éléments observés dans la littérature inter-

ationale (Hansson *et al.*, 1999 ; Hustoft *et al.*, 2013 ; Lorant *et al.*, 2007 ; Riecher *et al.*, 1991 ; Spengler, 1986 ; Webber & Huxley, 2004).

Des différences existent entre les modes légaux de séjour (Graphique 3). Les troubles psychotiques (schizophrénie et autres) représentent 54 % des diagnostics principaux des personnes hospitalisées en HO, contre 42 % des HDT. Les troubles de la personnalité arrivent en deuxième position pour les HO (11 %). Pour les HDT, ce sont les troubles liés aux addictions (13 %), les troubles dépressifs et

G3

Diagnosics principaux des personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, selon le mode légal



Lecture : 35,1 % des personnes hospitalisées d'office en 2010 ont reçu un diagnostic principal de schizophrénie, contre 13 % des personnes hospitalisées librement.

Source : Rim-P 2010.

Télécharger les données

Réalisation : Irdes.

bipolaires (11 % chacun). Nous pouvons également noter la prévalence supérieure des tentatives de suicide chez les patients hospitalisés en HDT (2,9 %) comparativement à ceux en HO (1,1 %).

Pour 28 % des patients, l'hospitalisation sans consentement constitue la seule modalité de soins dans l'année

L'hospitalisation sans consentement correspond à un moment particulier d'une prise en charge psychiatrique, elle peut être un moyen d'entrer dans le soin pour des nouveaux patients ou constituer une étape suite à une rechute ou une aggravation

DÉFINITIONS

Les modalités de prise en charge en psychiatrie en établissements. Il existe trois principales natures de prise en charge en psychiatrie adulte : l'ambulatoire, le temps complet et le temps partiel. **L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge hors l'hospitalisation. **La prise en charge à temps complet** consiste essentiellement en hospitalisation à temps plein, dans des lieux de soins où les patients sont sous surveillance permanente. **Les prises en charge à temps partiel** se font au sein de structures hospitalières ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit (cf. Coldefy, Nestrigue, 2013).

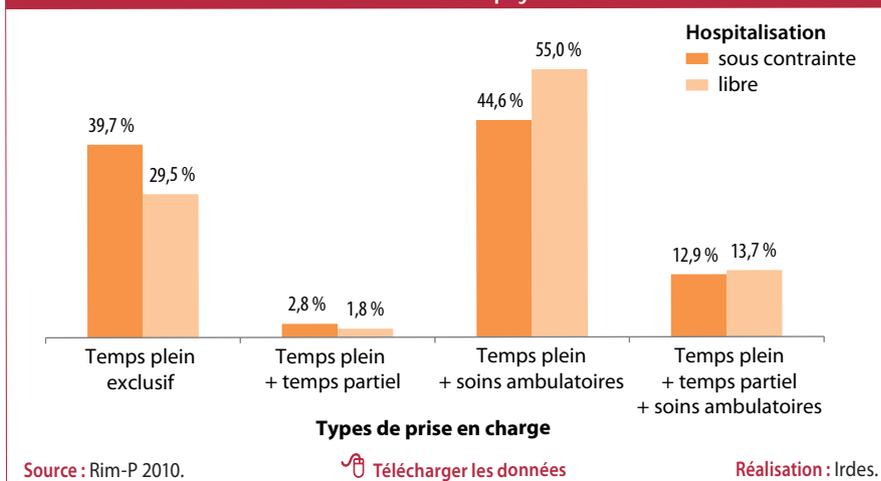
La sectorisation psychiatrique repose sur l'organisation, en réseau, de son offre hospitalière publique. Le secteur de psychiatrie, mis en place par la circulaire de mars 1960 constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Constitué d'une équipe pluriprofessionnelle, il dispense et coordonne, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins hospitaliers et ambulatoires, postcure et réadaptation.

La file active en psychiatrie est le total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure permettant au juge des enfants de placer un mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement que cette structure soit judiciaire, sociale, médicosociale ou sanitaire. Elle peut donc s'étendre aux institutions de soin psychiatrique lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Elle constitue ainsi, chez les mineurs, une modalité spécifique d'hospitalisation sous contrainte en dehors du cadre des dispositions générales de l'hospitalisation sans consentement prévu par la loi du 27 juin 1990.

G4

Diversité des prises en charge des patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en 2010



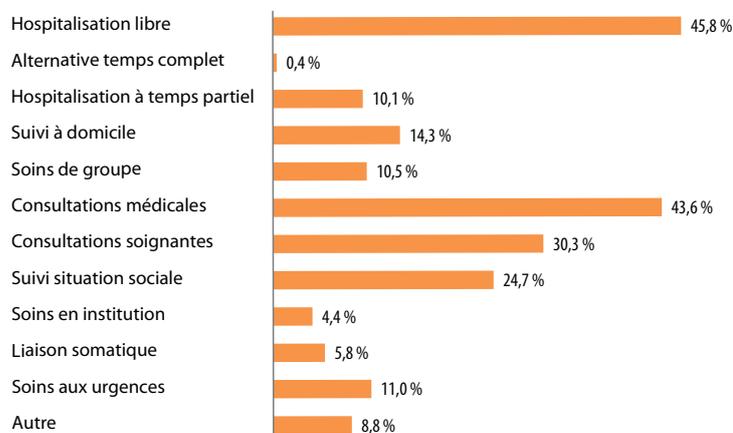
tion des troubles. Pour 28 % des patients, l'hospitalisation sans consentement constitue la seule modalité de soins dans l'année. Cependant, les éventuels soins reçus en ville auprès de psychiatres libéraux ou médecins généralistes ne sont pas pris en compte ici.

Plus de sept patients sur dix ont également bénéficié d'autres formes de prise en charge à temps complet, temps partiel, ou en ambulatoire au sein des établissements de santé. Ainsi, 12 % ont eu des séjours d'hospitalisation libre à temps plein en complément de leur prise en charge sous contrainte. Pour 40 % des patients hospitalisés sans leur consentement en 2010, la prise en charge s'est faite exclusivement dans le cadre d'hospitalisations à temps

plein (en dehors d'éventuelles prises en charge en ville non prises en compte ici). De plus, 3 % des patients ont eu à côté de leur prise en charge à temps plein, des soins à temps partiel, en hospitalisation de jour ou de nuit par exemple. La combinaison la plus courante reste l'hospitalisation à temps plein associée à des soins ambulatoires (45 %). Enfin, 13 % des patients ont bénéficié des trois modes de prise en charge : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à temps partiel et soins ambulatoires. Les prises en charge exclusives en hospitalisation temps plein sont plus fréquentes chez les patients hospitalisés sans leur consentement que chez les patients hospitalisés exclusivement librement dans ces mêmes établissements (Graphique 4).

G5

Modalités de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement



Lecture : Un patient pouvant être hospitalisé sous différents modes légaux une même année, le total des pourcentages est supérieur à 100.

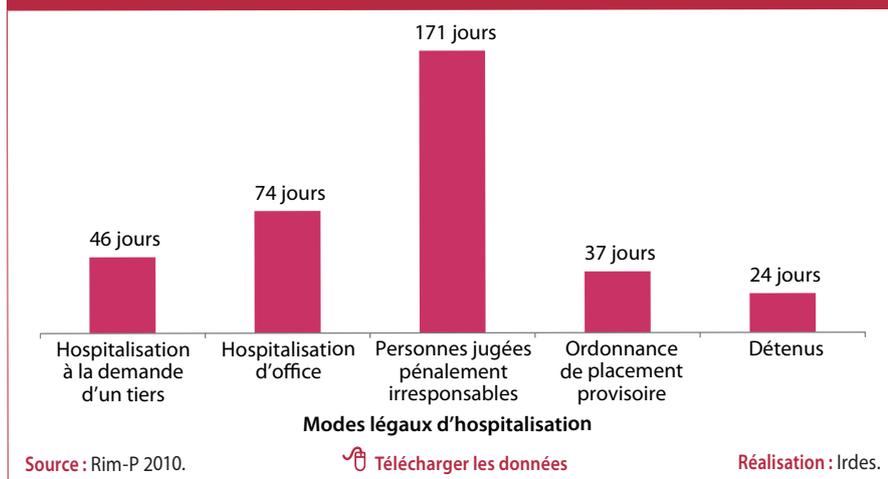
Source : Rim-P 2010.

Télécharger les données

Réalisation : Irdes.

G6

Durée moyenne annuelle d'hospitalisation par mode légal



Près de la moitié des patients hospitalisés sans leur consentement a eu recours à des consultations médicales dans l'année (5 en moyenne). Par ailleurs, 30 % ont eu des entretiens soignants avec des infirmiers ou psychologues (10 en moyenne dans l'année). Un quart a également bénéficié d'un suivi de sa situation sociale (6 actes en moyenne dans l'année). Leur suivi à temps partiel ou en ambulatoire complémentaire à leur prise en charge hospitalière diffère peu en nature et en intensité de celui proposé aux patients hospitalisés exclusivement librement dans les mêmes établissements. Enfin, 11 % ont reçu des soins aux urgences (Graphique 5).

sés exclusivement librement dans ces établissements est de 43 jours.

Les durées annuelles d'hospitalisation sans consentement varient fortement selon les modes légaux de séjour. Cette durée est de 46 jours en moyenne dans l'année pour les patients hospitalisés en HDT, de 74 jours pour les HO et de 171 jours pour les patients jugés pénalement irresponsables (Graphique 6). Ces durées moyennes reflètent des situations assez différentes selon les modes légaux. Une grande part des hospitalisations à la demande d'un tiers est concentrée sur des séjours relativement courts. En effet,

la moitié de ces patients a des durées annuelles d'hospitalisation inférieures à 20 jours et un quart inférieures à 7 jours. Un autre quart connaît des durées d'hospitalisation supérieures ou égales à 44 jours. Pour les HO, la médiane est plus élevée, 31 jours. Un quart des patients a une durée annuelle d'hospitalisation en HO inférieure à 11 jours tandis qu'un autre quart est hospitalisé sans consentement plus de 83 jours dans l'année. La situation est très différente pour les patients jugés irresponsables dont la moitié est hospitalisée à temps plein plus de 140 jours dans l'année et 30 % plus de 300 jours (Graphique 7).

Les sorties d'essai concernent environ 25 % des patients hospitalisés sans leur consentement, avec une durée moyenne annuelle allant de trois mois pour les hospitalisations à la demande d'un tiers à cinq mois pour les hospitalisations d'office

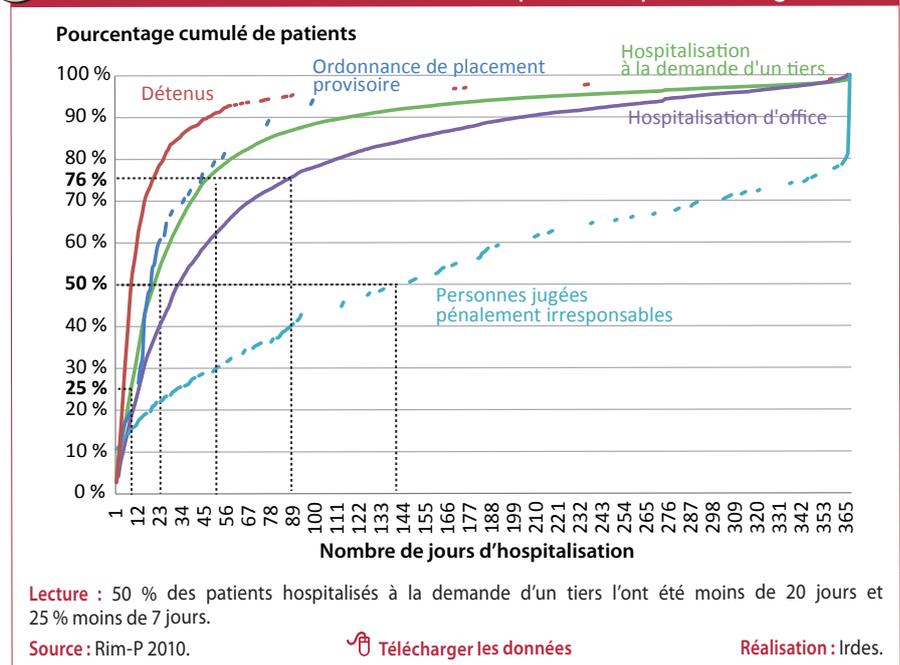
Avant la réforme de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie, l'hospitalisation à temps plein constituait la seule modalité de prise en charge sans le consentement du patient. Le patient, nécessitant des soins non hospita-

En psychiatrie, la durée annuelle d'hospitalisation des patients hospitalisés sans leur consentement est presque le double de celle des patients hospitalisés librement

En 2010, les personnes hospitalisées sans leur consentement pour troubles psychiatriques l'ont été en moyenne 53 jours dans l'année. A ces séquences d'hospitalisation sans consentement peuvent s'ajouter des séquences d'hospitalisation librement consentie. Lorsque l'on ajoute l'ensemble des séjours d'hospitalisation temps plein dans l'année (librement et non librement consentis), la durée annuelle d'hospitalisation de ces patients est de 76 jours en moyenne. A titre comparatif, la durée annuelle moyenne des patients hospitali-

G7

Distribution des durées annuelles d'hospitalisation par mode légal

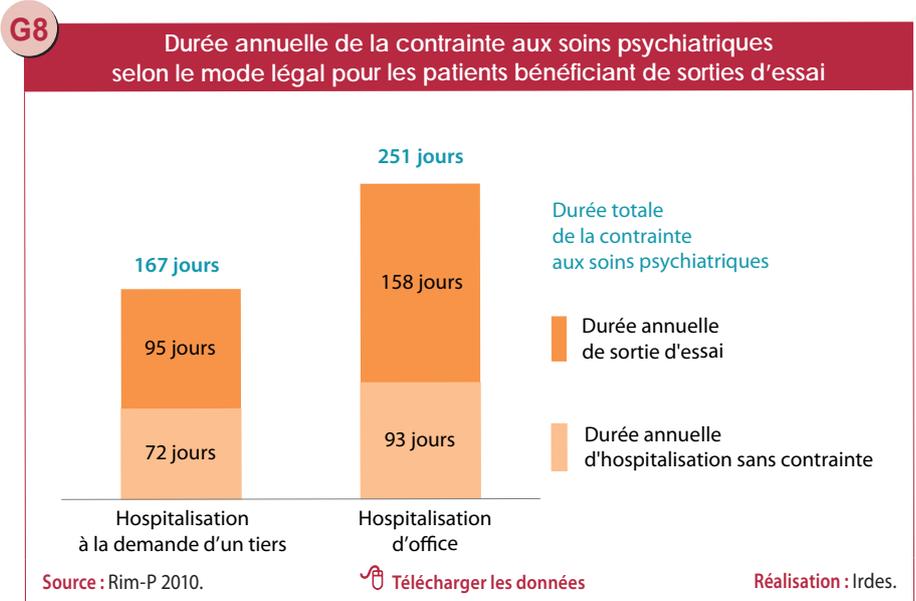


liers et les refusant, ne pouvait pas être suivi dans un cadre ambulatoire ou à temps partiel en établissement sans son consentement. Les équipes soignantes pouvaient cependant recourir aux sorties d'essai, pour proposer un suivi ambulatoire après une hospitalisation sans consentement. Les sorties d'essai constituent des aménagements des conditions de prise en charge (article L3211-11 du code de Santé publique) afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes qui ont fait l'objet d'une HDT ou d'une HO. Les patients sortent de l'hôpital mais reçoivent des soins ambulatoires ou à temps partiel au sein de l'établissement de santé, la mesure de la contrainte aux soins psychiatriques restant effective. La loi de 2011 a en quelque sorte régularisé cette pratique. Un quart des patients hospitalisés sans leur consentement en 2010 a bénéficié d'une sortie d'essai (28 % pour les HO et 24 % pour les HDT).

La sortie d'essai s'étend en moyenne sur trois mois (95 jours) pour les patients hospitalisés à la demande d'un tiers, elle est plus longue pour les HO avec cinq mois en moyenne (158 jours) dans l'année. La durée de la contrainte aux soins peut donc être calculée en sommant les durées des séquences d'hospitalisation sans consentement et les durées des sorties d'essai. Ainsi, pour les patients bénéficiant de sorties d'essai, si la durée annuelle moyenne d'hospitalisation à la demande d'un tiers est de 72 jours, la durée totale de la contrainte aux soins est de 167 jours en moyenne. Pour les patients en HO bénéficiant de sorties d'essai, la durée de l'hospitalisation sans consentement proprement dite est de 93 jours en moyenne, mais la durée totale de la contrainte atteint 251 jours (Graphique 8). Pour ces patients, la contrainte à l'hospitalisation représente moins de la moitié de la durée totale de contrainte aux soins dans l'année.

La moitié des patients hospitalisés sans leur consentement n'a pas eu de soins psychiatriques en établissement les trois mois précédant son hospitalisation...

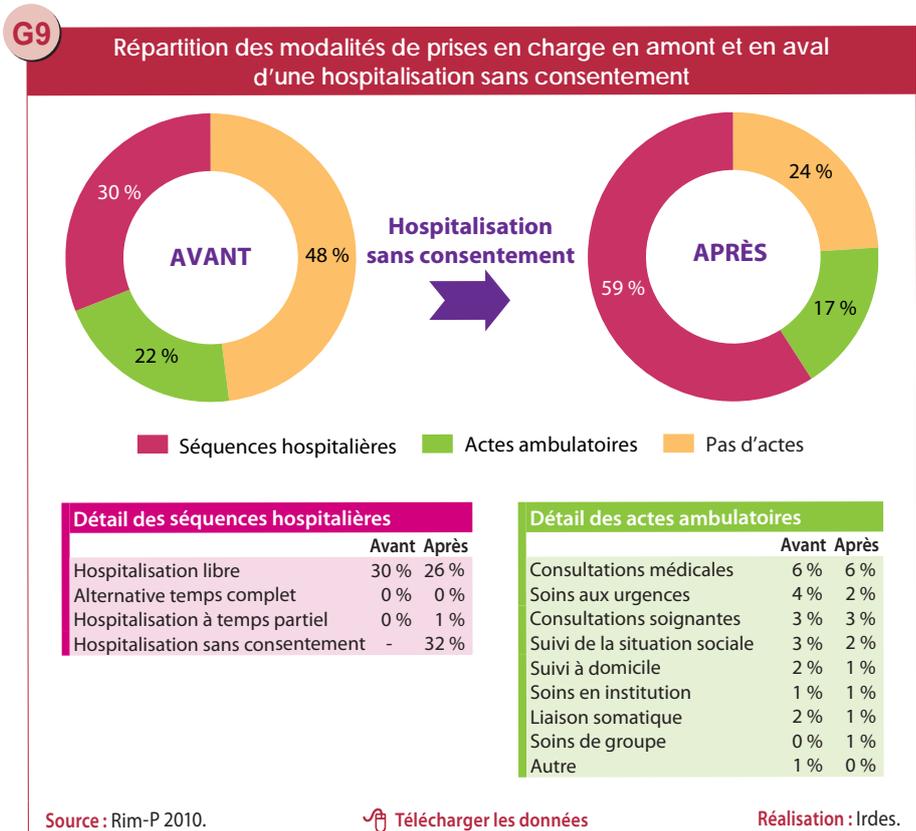
Afin d'analyser plus finement la place de l'hospitalisation sans consente-



ment dans le parcours de soin de la personne, nous avons construit deux sous-groupes de patients hospitalisés sans leur consentement. Le premier sous-groupe (N=40 644 patients) est constitué de patients ayant eu une première hospitalisation sans consentement entre janvier et septembre 2010, permettant ainsi d'analyser la prise en charge en aval de l'hospitalisation sans consentement sur une période de trois mois (Graphique 9).

de patients ayant eu une première sortie d'hospitalisation sans consentement entre janvier et septembre 2010, permettant ainsi d'analyser la prise en charge en aval de l'hospitalisation sans consentement sur une période de trois mois (Graphique 9).

Pour la moitié des patients hospitalisés sans leur consentement en 2010, ce séjour n'a pas été précédé par une prise en charge en établissement de santé les trois mois précédents. Pour une partie de ces



patients, l'hospitalisation sans consentement va donc constituer le mode d'entrée ou de retour dans le soin. Pour 30 % des patients, cette hospitalisation sans consentement faite suite à une première hospitalisation librement consentie. Cette dernière pourrait indiquer une dégradation de l'état de santé du patient ayant amené à modifier le mode légal de prise en charge. Pour moins d'un patient sur quatre, un acte ambulatoire dans le secteur public a précédé l'admission.

... et un quart des patients n'a pas de suivi en établissement les trois mois suivant la sortie de l'hôpital

Après un séjour d'hospitalisation sans consentement, un quart des patients n'a eu aucune prise en charge dans les trois mois suivant la sortie, que ce soit dans son établissement d'hospitalisation ou dans un autre. Un autre quart est ensuite hospitalisé librement tandis qu'un tiers est réadmis en hospitalisation sans consentement. Si les taux de réadmissions dans le même établissement sont équivalents pour les patients hospitalisés sans leur consentement et ceux hospitalisés exclusivement librement en psychiatrie, ils sont près de deux fois supérieurs si l'on prend en compte les réadmissions dans un autre établissement que l'établissement initial, indiquant des transferts plus importants de ces patients entre établissements. Cette situation peut s'expliquer en partie par des transferts de patients vers des structures plus adaptées à leur accueil, ou sur leur secteur, après une première prise en charge dans un lieu en lien avec les urgences. Les prises en charge ambulatoires post-hospitalières dans le secteur public (seules couvertes par le Rim-P) restent limitées, seuls 17 % des patients ont eu un premier acte ambulatoire après un séjour d'hospitalisation sans consentement.

* * *

Même si, au sortir des soins hospitaliers sous contrainte, une partie des patients a pu être suivie en libéral (par des psychiatres libéraux ou en médecine générale), le faible suivi psychiatrique en établissement dans les trois mois après une

hospitalisation sans consentement pour un quart des patients interroge sur le suivi et la continuité des soins proposés à cette population particulièrement vulnérable et dont le maintien dans le soin est difficile. La prise en charge de ces patients après un premier épisode de soins sans consentement reste très hospitalière. Dans quelle mesure la réforme de la loi du 5 juillet 2011 autorisant les soins ambulatoires sans consentement a modifié ce constat ? Ce premier bilan suivi d'une analyse des données postérieures à la réforme permettrait en partie de répondre à cette

question. L'amélioration croissante des systèmes d'information en psychiatrie et les appariements aujourd'hui possibles avec les données des soins de ville autorisent l'analyse des parcours de soins en psychiatrie sur plusieurs années. Ils permettront aussi à court terme de réaliser le volet quantitatif d'une telle évaluation et de compléter ce premier état des lieux. ♦

Les auteurs tiennent à remercier pour leur relecture attentive, constructive et stimulante Nadia Younès et Gilles Vidon, psychiatres hospitaliers.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Brophy L.M., Reece J.E., McDermott F. (2006). "A Cluster Analysis of People on Community Treatment Orders in Victoria, Australia". *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 : 469-481.
- Coldefy M. (2007). « Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : évolutions et disparités géographiques départementales », in *La prise en charge de la santé mentale* (Coord. Coldefy M.), La documentation française, pp.205-222
- Coldefy M., Nestrigue C. (2013). « La prise en charge de la dépression ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 191, octobre.
- Dressing H., Salize H.J. (2004). "Compulsory Admission of Mentally Ill Patients in European Union Member States". *Soc Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, 39 : 797-803.
- Hansson L., Muus S., Saarento O., Vinding H.R., Gostas G., Sandlund M., Zandren T., Oiesvold T. (1999). "The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: Rates of Compulsory Care and Use of Compulsory Admissions during a 1-year Follow-Up". *Soc Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, 34 (2) : 99-104.
- HAS (2005). « Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personnes présentant des troubles mentaux ».
- Hustoft K., Larsen T.K., Auestad B., Joa I., Johannessen J.O., Ruud T. (2013). "Predictors of Involuntary Hospitalizations to Acute Psychiatry". *Int J Law Psychiatry*, 36 (2) : 136-143.
- Kisely S.R., Campbell L.A., Preston N.J. (2011). "Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)", *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., Dubois V. (2007). "Involuntary Commitment in Psychiatric Care: What Drives the Decision?" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (5) : 360-365.
- Riecher A., Rossler W., Loffler W., Fatkenheuer B. (1991). "Factors Influencing Compulsory Admission of Psychiatric Patients". *Psychol.Med*, 21 (1) : 197-208.
- Spengler A. (1986). "Factors Influencing Assignment of Patients to Compulsory Admission". *Soc Psychiatry*, 21 (3) : 113-122.
- Strohl H., Clément M. (1997). « Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 ».
- Webber M., Huxley P. (2004). "Social Exclusion and Risk of Emergency Compulsory Admission. A Case-Control Study". *Soc Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, 39 (12) : 1000-1009.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique :** Anne Evans •
Secrétaire de rédaction : Anna Marek • **Relecteurs :** Véronique Lucas-Gabrielli, Camille Regaert •
Correctrice : Martine Broïdo • **Premier maquettiste :** Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Déjà-Link (Stains, 93) •
Dépôt légal : janvier 2014 • **Diffusion :** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •
Abonnement annuel : 60 € • **Prix du numéro :** 6 € • **ISSN :** 1283-4769.