

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille),
avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca)

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent » est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires.

Le consentement aux soins est posé comme une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de la Santé publique). Néanmoins, la législation française prévoit aussi, en cas de troubles psychiatriques sévères affectant la conscience du trouble et le besoin de soin, le recours aux soins sans consentement afin de prévenir le préjudice pour

le patient de l'absence de soins. S'ils sont désormais largement minoritaires, les soins psychiatriques sans consentement sont possibles dans de nombreux pays (Kisely *et al.*, 2011). En France, la législation relative aux soins sans consentement a été profondément transformée par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités

de leur prise en charge. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge en psychiatrie sans leur consentement : obligation d'information sur les droits et voies de recours, association aux décisions les concernant. Deux mesures phares sont introduites : d'une part, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) de la nécessité de l'hospitalisation sans consentement et la

SOURCES ET MÉTHODE

La principale source utilisée est le **Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie** (Rim-P), diffusé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI-H). Renseigné par les établissements de santé français publics et privés autorisés en psychiatrie et mis en place en 2007, ce recueil médico-administratif obligatoire comprend des données individuelles anonymisées : caractéristiques démographiques, géographiques, cliniques et relatives aux modalités de prise en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoire des personnes suivies en psychiatrie. Afin de tenir compte de la non-réponse partielle de certains établissements jusqu'en 2013 (représentant 1 % de l'activité), les taux et graphiques d'évolution présentés ici ne le sont que sur l'ensemble des établissements ayant répondu les différentes années. Les résultats incluent les départements d'Outre-Mer, d'où quelques différences avec le bilan sur l'année 2012.

Concernant la question spécifique des soins sans consentement, le Rim-P recueille pour chaque séquence de soins à temps complet ou partiel, et chaque acte ambulatoire, le mode légal de soins. L'information sur le programme de soins dans le Rim-P est déduite de la présence

d'actes ambulatoires ou de séquences de prise en charge à temps partiel avec un mode légal de soins non libre. L'absence d'un indicateur précis de mise en place d'un programme de soins limite l'analyse, notamment en termes de durée des programmes ou d'échec donnant lieu à une réhospitalisation.

Les données du **Répertoire général civil du ministère de la Justice** relatives aux interventions des JLD en matière des soins sans consentement, ont également été mobilisées. Elles permettent d'observer l'évolution des interventions des JLD, la part des saisines obligatoires et facultatives, ainsi que les résultats des saisines. Les données sont disponibles par tribunal ou département.

Par ailleurs, un comité de suivi régional a été mis en place pour discuter des résultats observés et des axes d'analyse à privilégier. Il était composé de représentants d'usagers et de familles, de médecins psychiatres, urgentistes, directeurs de l'information médicale, de directeurs d'établissements, d'élus, d'un juge des libertés et de la détention, de membres d'un conseil local de santé mentale et de décideurs de la région Provence-Alpes Côte d'Azur (Paca).

REPÈRES

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'Observatoire régional des Urgences - Provence-Alpes Côte d'Azur et a fait l'objet d'une subvention par la Direction générale de la santé pour contribuer au suivi de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

possibilité de sa saisine par la personne hospitalisée ; et, d'autre part, la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. Par ailleurs, la loi met en place un nouveau mode d'admission en « soins pour péril imminent » afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Cette étude poursuit le bilan réalisé par l'Irdes l'année suivant la mise en place de la réforme (Coldefy, Tartour, 2015). Elle vise à vérifier si les tendances observées se confirment en décrivant l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie depuis 2012 et le développement des programmes de soins. L'intervention du JLD est ensuite abordée à travers les données produites par le ministère de la Justice. L'approche proposée est essentiellement quantitative, basée sur l'exploitation de bases de données médico-administratives (encadré Sources et méthode).

E

Les modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie, depuis la loi du 5 juillet 2011

Tous requièrent 3 critères : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Les **soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État** (SDRE) remplacent et étendent les Hospitalisations d'office (HO) aux autres modalités de soins à temps partiel et ambulatoires. Un quatrième critère doit être réuni : l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. La mesure d'admission est prononcée par voie d'arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre exerçant hors de l'établissement d'accueil.

Les **soins psychiatriques sur demande d'un tiers** (SDT), ex Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), reposent sur la notion de « tiers » permettant à la personne malade d'entrer en soins. Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient justifiant de relations antérieures à l'admission (hors personnel soignant) peut être le « tiers ». Manuscrite, la demande de soins doit être complétée par deux certificats médicaux circonstanciés et concordants. Le premier certificat doit émaner d'un médecin externe à l'établissement tandis que le second doit provenir d'un psychiatre de la structure d'accueil.

Les **soins psychiatriques en cas de péril imminent** (SPI) ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les critères d'admission sont similaires à ceux des personnes admises en SDT. En outre, l'absence de tiers mobilisable en cas d'atteinte grave

et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne constitue un prérequis essentiel pour son admission sur décision du directeur d'établissement motivé par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a 24 heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt.

Les deux modalités de soins suivantes bénéficient du même régime que les admissions prononcées sur décision du représentant de l'État : les **soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables** (PJI) font partie d'un dispositif spécifique assorti d'un suivi renforcé.

Les **soins psychiatriques à destination des personnes détenues** (D398), antérieurs à la mise en œuvre de la réforme, sont spécifiques des personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Les soins se font au sein d'un service de psychiatrie classique. Le programme d'ouverture des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) depuis 2010 permet désormais d'hospitaliser « librement » les détenus dans des conditions spécifiquement adaptées lorsque ces unités existent sur le territoire.

Les **ordonnances de placement provisoire** (OPP) concernent les mineurs lorsque les parents s'opposent à une prise en charge thérapeutique considérée comme indispensable. Le médecin peut saisir le procureur de la République qui saisit le Juge des Enfants pour statuer sur la décision.

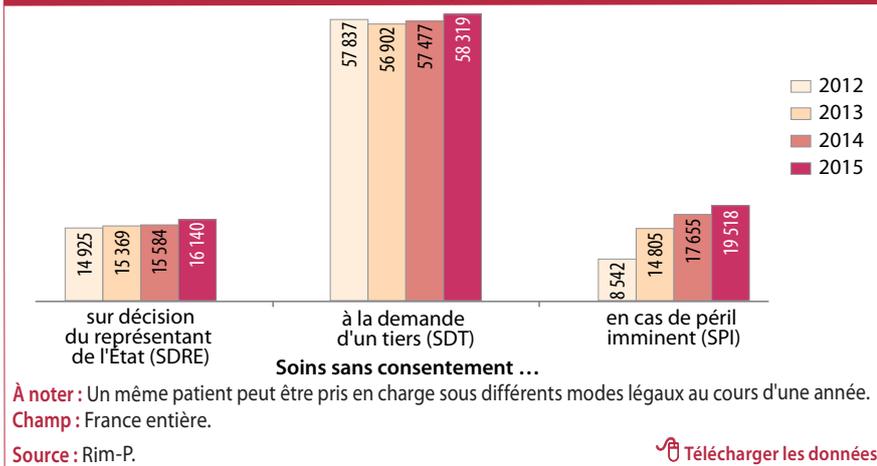
Plus de 92 000 personnes prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie en 2015 en France : une population majoritairement masculine, jeune et souffrant de troubles psychiatriques sévères

En 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie¹. Cette population se

¹ La file active totale suivie en psychiatrie correspond à l'ensemble des personnes suivies au moins une fois au cours d'une année donnée.

G1

Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal



qu'on limite l'analyse aux personnes hospitalisées à temps plein. Parmi les 92 000 personnes prises en charge sans leur consentement en 2015, 80 000 ont été hospitalisées au moins une fois à temps plein dans l'année, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2012. Parallèlement, la file active hospitalisée à temps plein en psychiatrie (librement ou sans consentement) est restée stable (342 500 personnes âgées de 16 ans ou plus hospitalisées en 2015) et la file active hospitalisée exclusivement librement a diminué de 4 % sur la période. En 2015, la file active hospitalisée sans consentement représente 24 % de la file active hospitalisée à temps plein (et 25 % des journées) dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, contre 21 % en 2012 (graphique 2).

différencie de la patientèle prise en charge librement en psychiatrie par plusieurs aspects :

- Les hommes sont surreprésentés avec 60 % des personnes prises en charge sans consentement contre 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie ;
- Avec un âge moyen de 43 ans, les personnes suivies sans leur consentement sont plus jeunes que les personnes suivies en psychiatrie générale (47 ans en moyenne) ;
- Les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques représentent près de la moitié des personnes prises en charge sans consentement (11 % des personnes suivies en psychiatrie). Les troubles bipolaires (11 %) et troubles de la personnalité (8 %) sont également plus fréquents chez les personnes prises en charge sans leur consentement. Ce sont donc les personnes souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères qui nécessitent plus fréquemment que les autres, à un moment de leur parcours de soins, une prise en charge non consentie.

moins une fois prises en charge sans leur consentement (à temps complet, temps partiel ou en ambulatoire), soit 15 % de plus qu'en 2012. Cette évolution est supérieure à celle de la file active totale suivie en psychiatrie (+5 % sur la période). Alors qu'en 2012, 4,8 % des patients étaient suivis sans leur consentement, ils représentent 5,4 % des patients en 2015, soit une hausse du recours à la contrainte en psychiatrie, mesurée en part de patients concernés, de journées ou d'actes réalisés. Cette augmentation concerne l'ensemble des modes légaux de soins (encadré p. 2) mais est plus marquée pour les Soins en cas de péril imminent (SPI), introduits par la loi de 2011 (graphique 1).

Cette augmentation du nombre de personnes concernées par des soins sans consentement s'observe également lors-

Une hausse du nombre de personnes en soins sans consentement expliquée par l'extension de ces soins en dehors de l'hôpital dans le cadre des programmes de soins...

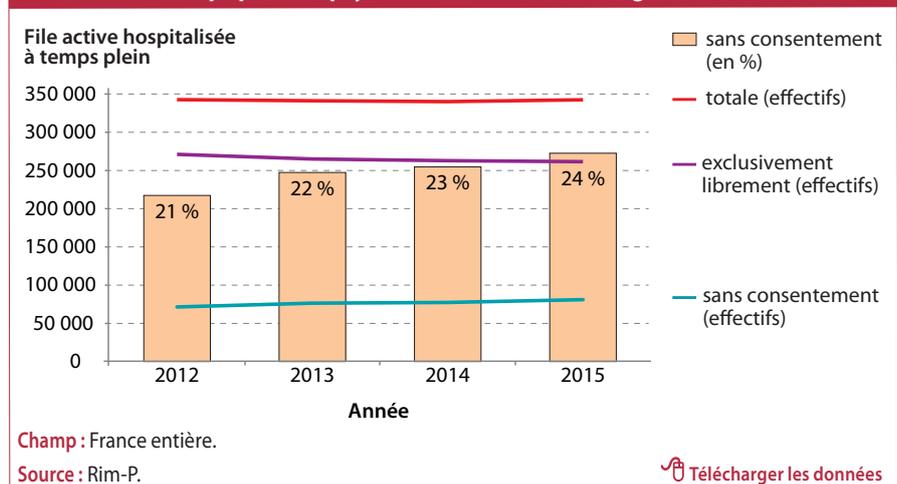
Un premier facteur explicatif de cette hausse est lié à l'extension des modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires et à temps partiel, dans le cadre des programmes de soins. Le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement a augmenté du fait de l'allongement de la durée des soins sans consentement en dehors des

Depuis 2012 : une hausse sensible du recours aux soins sans consentement en psychiatrie

En 2015, plus de 1,7 million de personnes âgées de 16 ans ou plus ont été suivies dans les établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie. Parmi elles, plus de 92 000 personnes ont été au

G2

Evolution entre 2012 et 2015 des files actives hospitalisées à temps plein en psychiatrie, selon le mode légal de soins



murs de l'hôpital. Une étude réalisée en Ile-de-France deux ans après la mise en place de la loi (Vidon *et al.*, 2015) estimait ainsi de 12 à 22 mois la durée moyenne de ces programmes en fonction du mode légal.

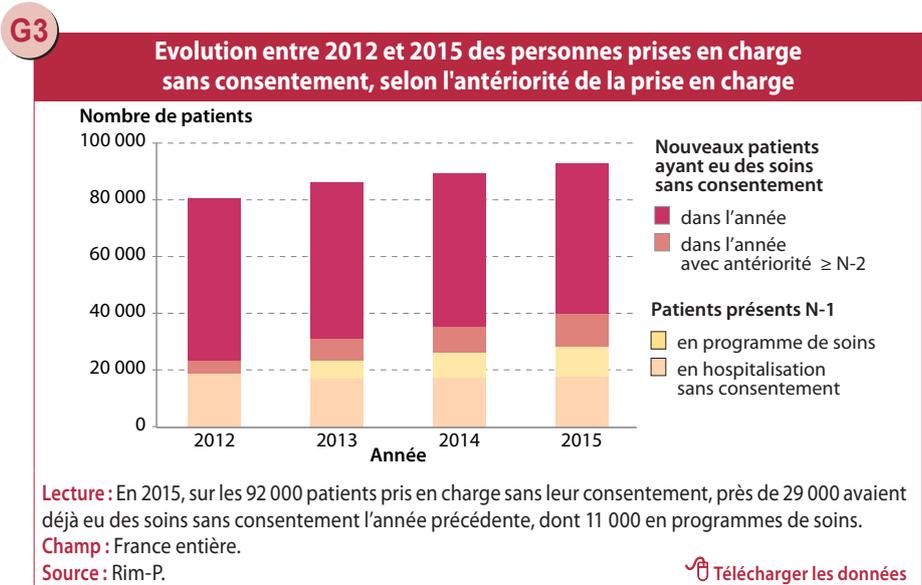
Parmi les 92 000 patients pris en charge sans consentement en 2015, près de 29 000 (31 %) avaient déjà eu des soins sans consentement l'année précédente. Cette proportion tend à augmenter depuis 2012. Parmi eux, près de 11 000 personnes étaient déjà suivies pour des soins ambulatoires sans consentement l'année précédente. C'est cette sous-population en programme de soins qui tend à croître fortement année après année (graphique 3).

Par ailleurs, la population prise en charge sans consentement se renouvelle de plus de moitié chaque année. En 2015, 64 000 patients ayant reçu des soins sans consentement n'en avaient pas eu l'année précédente, et 52 000 n'en avaient pas eu non plus les trois années précédentes.

... et par la montée en charge des Soins pour péril imminent (SPI)

Les différents modes légaux d'admission ont été différemment affectés par l'évolution entre 2012 et 2015. Comme en 2010, les soins à la demande d'un tiers restent majoritaires avec 64 % des personnes concernées en 2015, suivis désormais par les soins pour péril imminent (21 %), puis les soins à la demande du représentant de l'État (18 %). Les autres mesures (hospitalisation en D, 398 des détenus, personnes jugées pénalement irresponsables et ordonnances de placement provisoire pour les mineurs) restent minoritaires, représentant moins de 4 % des personnes prises en charge sans leur consentement².

Le nombre de personnes concernées par des soins à la demande d'un tiers, 59 000 personnes en 2015, enregistre une augmentation de 1 % entre 2012 et 2015, soit un net ralentissement depuis la loi de 2011 (graphique 1). Pendant la même période, le nombre de personnes en soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) a augmenté de 8 %, pour



atteindre un peu plus de 16 000 personnes en 2015. La plus forte augmentation a concerné la nouvelle mesure d'admission de la loi de 2011 pour des soins en cas de péril imminent. Le nombre de personnes admises en SPI a plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012. 19 500 personnes ont été admises en SPI en 2015 contre 8 500 en 2012 (soit +128 %). Les SPI représentent désormais 21 % des soins sans consentement. Initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées, pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure a connu une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception.

Les urgences comme lieu principal d'initiation des SPI

Les patients admis en SPI en 2015 ont des caractéristiques cliniques et démographiques³ relativement similaires aux patients admis en SDT. Les troubles psychotiques (y compris schizophréniques) sont majoritaires, mais les personnes admises en SPI se démarquent légèrement par une fréquence plus importante des troubles de la personnalité ou des troubles liés à l'addiction et des troubles névrotiques. Enfin, les personnes admises en SPI se distinguent par une durée moyenne de séjour plus courte que celles admises en SDT. 27 % (des séjours achevés dans l'année) en SPI en 2015 ont une durée inférieure ou égale à 72 heures (période initiale de soins et d'observation mise en

place par la loi de 2011) et 56 % moins de 12 jours (délai d'intervention du JLD) : 16 % ont donné lieu à une sortie d'hospitalisation après ces 72 heures, 10 % ont été transformés en hospitalisation libre et 1 % en un autre mode légal non consenti. Comparativement, 23 % des séjours en SDT ont une durée inférieure à 72 heures et 51 % inférieure à 12 jours. La différence s'explique essentiellement par la transformation plus fréquente en hospitalisation libre pour les SPI (10 % des SPI sont transformés en soins libres au-delà de 72 heures, contre 6 % des SDT).

Avec la durée plus brève de prise en charge, un des facteurs les plus discriminants de l'admission en SPI semble être le passage par les urgences. 63 % des patients admis en SPI en 2015 sont passés par un service d'urgence⁴ avant leur admission en SPI, 6 % ont été transférés ou mutés depuis un autre service et seuls 31 % sont venus directement de leur domicile. Comparativement, pour les personnes admises en SDT, un passage par les urgences est repéré pour 53 % d'entre elles, un transfert ou une mutation pour 7 % et une admission depuis le domicile pour 41 %.

² La somme des pourcentages est supérieure à 100, une personne pouvant être admise sous plusieurs modes légaux au cours de l'année.

³ Les données du Rim-P ne permettent cependant pas de renseigner l'environnement social de la personne qui pourrait expliquer la difficulté à mobiliser un tiers.

⁴ Ces patients sont identifiés par leur mode d'entrée et leur provenance dans le Rim-P ou par un séjour contigu ou un passage aux urgences ayant fait l'objet d'une facturation dans le PMSI MCO.

Deux dimensions sont avancées par les acteurs de terrain, professionnels et représentants de familles de patients pour expliquer la montée en charge de ce dispositif. Les SPI constitueraient une simplification de la procédure d'admission en soins psychiatriques dans un contexte d'urgence. Gobillot *et al.* (2015) ont ainsi montré un adressage plus fréquent par les services d'urgence ou SOS médecins, par des médecins non psychiatres, urgentistes ou généralistes. Le recours à cette modalité de soins est alors justifié par la difficulté à attendre aux urgences la recherche de tiers ou du consentement de la personne pour des patients en crise. Les SPI peuvent également être utilisés pour protéger le tiers (Klifa, 2014). La demande d'admission en soins sans consentement, dans le cadre d'un SDT, est souvent difficile pour le tiers (membre de la famille ou proche) et peut nuire à sa relation avec la personne. Dans le cas des SPI, le médecin porte seul la responsabilité morale et médicale

de la décision. Depuis 2012, le nombre de personnes admises en SDT tend à se stabiliser (+0,5 % de personnes hospitalisées sous ce mode, soit 51 256 personnes en 2015), confirmant ce transfert potentiel d'une partie des SDT vers les SPI. Cependant, le doublement depuis 2012 du nombre de personnes admises en SPI (plus de 18 000 personnes hospitalisées en 2015) s'expliquerait davantage par l'entrée simplifiée dans le circuit de soins psychiatriques que permet ce dispositif.

Une hétérogénéité territoriale du recours aux SPI

La proportion de SPI au sein des soins sans consentement est très variable selon les départements (carte), ce qui questionne les pratiques et modes d'organisation des soins en urgence des établissements de santé et des autres acteurs du territoire.

Alors qu'au niveau national, deux patients en soins sans consentement sur dix l'ont été au moins une fois en SPI en 2015, c'est le cas de moins d'un patient sur dix dans 22 départements mais de plus de quatre patients sur dix dans les départements de l'Ariège, l'Ardèche, la Creuse, le Lot, l'Eure, la Savoie, la Drôme ou le Bas-Rhin. Au sein même des départements, les pratiques peuvent fortement varier d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre. En 2015, parmi les 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'ont déclaré aucun patient admis en SPI. A l'opposé, 40 autres ont déclaré avoir accueilli plus de 35 % des patients en soins sans consentement sous cette modalité. Ces établissements ont concentré à eux-seuls 36 % des patients en SPI alors qu'ils prennent en charge 19 % des patients admis en soins sans consentement et 16 % de la file active suivie globalement en psychiatrie en France.

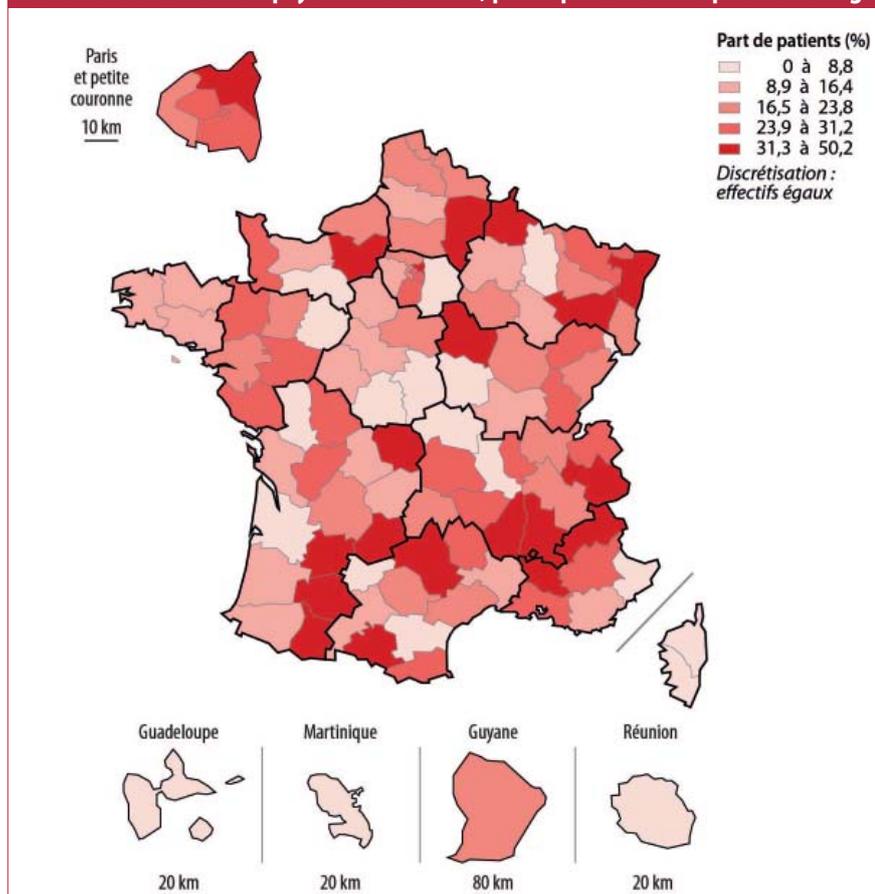
La montée en charge de ce dispositif et l'hétérogénéité importante de son utilisation entre territoires et établissements interroge sur ses finalités. Dans quelle mesure les SPI facilitent-ils l'accès aux soins dans des situations complexes et des contextes d'urgence ou portent-ils atteinte à la liberté des personnes par la simplification des procédures d'admission ?

Les programmes de soins : bilan quatre ans après leur mise en place

Les programmes de soins, mis en place par la loi du 5 juillet 2011, permettent une prise en charge extrahospitalière à temps partiel et en ambulatoire sans consentement qui n'existait pas auparavant. Le programme de soins définit, dans un document écrit, et après entretien avec la personne, les modalités de sa prise en charge ainsi que leurs fréquences : hospitalisations à temps partiel (de jour ou de nuit), soins ambulatoires (au centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), soins à domicile, et dans certains cas, le traitement médicamenteux. Les programmes de soins étendent ainsi les principes de la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques aux soins sans consentement.

C

Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge



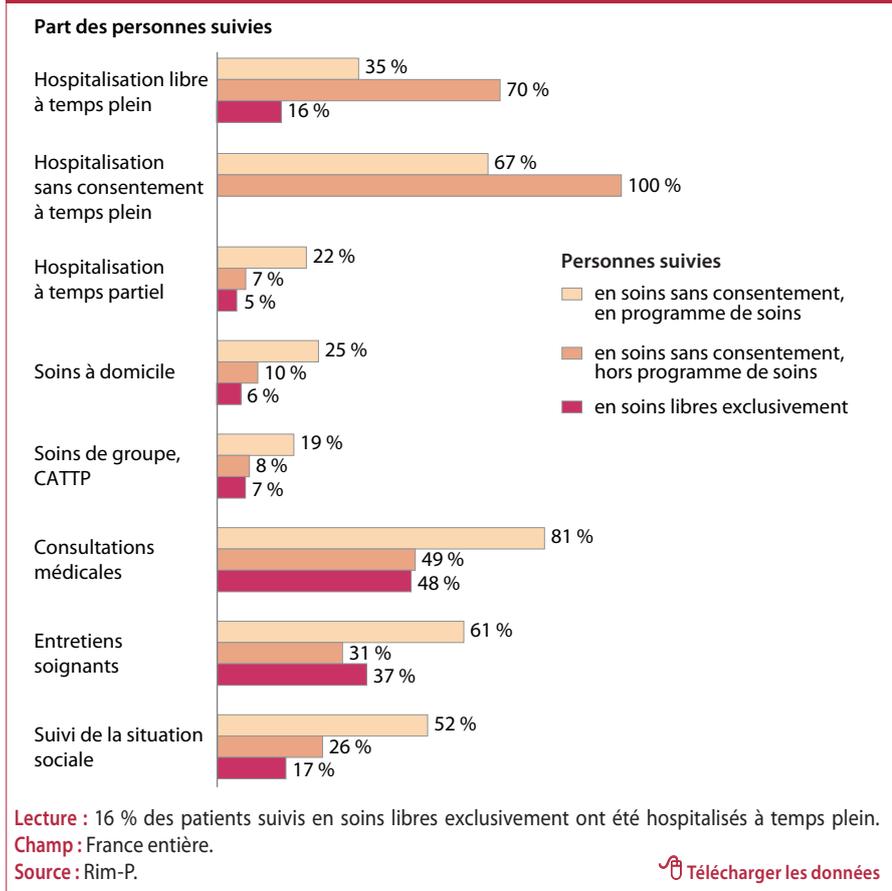
Champ : France entière.

Sources : Rim-P, Insee.

Télécharger les données

G4

Accès aux modalités de soins des personnes suivies sans leur consentement



En 2015, près de 37 000 personnes ont eu des soins ambulatoires ou à temps partiel sans consentement⁵, soit 40 % des personnes ayant reçu des soins sans consentement. Leur nombre a progressé mais moins fortement que celui des personnes hospitalisées sans consentement. Cette progression limitée s'explique en partie par les difficultés de mise en place sur le terrain. Les programmes de soins sont plus fréquemment utilisés dans le cadre des SDRE (53 % des patients en SDRE en 2015) pour lesquels il est possible de mobiliser les forces de l'ordre si la personne rompt son programme. Pour les patients en SDT, pour lesquels le respect du protocole de soins en dehors de l'hôpital est plus difficile à appliquer, les programmes de soins sont en légère baisse depuis 2014 (40 %).

Les soins ambulatoires et à temps partiel sans consentement sont majoritairement destinés aux personnes présentant

⁵ Le Rim-P ne permet pas d'identifier directement les programmes de soins. Ils sont indirectement repérés via la présence d'au moins deux actes ambulatoires ou séquences de soins à temps partiel avec un mode légal sans consentement.

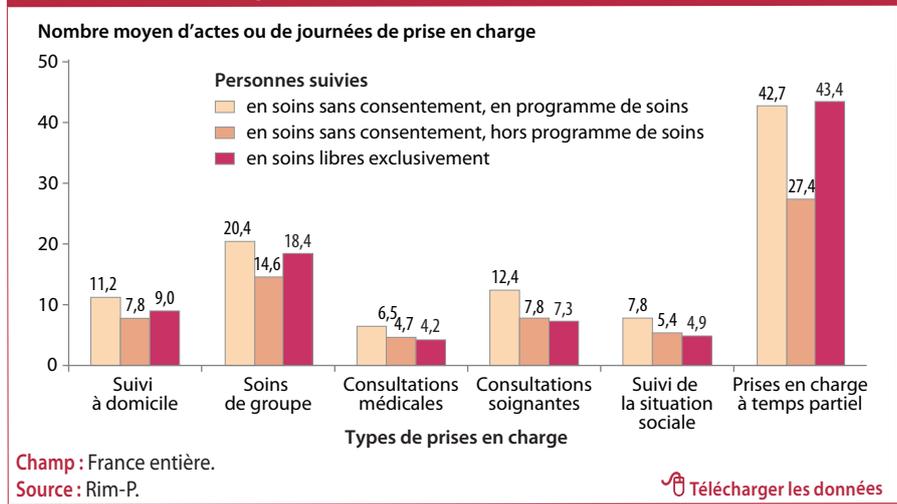
des troubles psychotiques (59 % des personnes en programmes de soins), et ce quel que soit le mode légal de prise en charge. L'ouverture des soins ambulatoires aux personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère nécessitant des soins sans consentement leur permet d'accéder à l'ensemble des modalités de soins adap-

tées aux différentes phases de la pathologie mises en place par la politique de secteur. Ainsi, 81 % des personnes en programmes de soins ont eu des consultations médicales, 61 % des entretiens soignants (graphique 4). Plus de la moitié a également eu un suivi social, 25 % des soins à domicile. Ces taux sont près de deux fois supérieurs à ceux observés pour les personnes hospitalisées sans consentement mais hors programme de soins. Ils sont également très supérieurs à ceux observés auprès des personnes suivies librement qui regroupent une grande variété de pathologies et de niveaux de sévérité.

Cet accès plus important à l'ensemble des modalités de soins s'accompagne d'une plus grande intensité de ces soins mesurée en nombre moyen d'actes ou de journées de prise en charge dans l'année (graphique 5). Les programmes de soins constituent ainsi une forme de soins intensifs à destination des personnes souffrant de troubles psychiques sévères nécessitant des soins sans consentement. Cette intensité des soins s'observe aussi pour les prises en charge hospitalières à temps complet, qu'elle s'exprime en durée d'hospitalisation ou en fréquence des séjours hospitaliers dans l'année. Si un tiers des patients en programmes de soins n'a jamais été hospitalisé à temps plein dans l'année (leur programme ayant commencé l'année précédente), pour les deux tiers, ces hospitalisations sont plus longues et plus fréquentes que pour les autres personnes suivies en psychiatrie, prises en charge librement ou sans leur consentement.

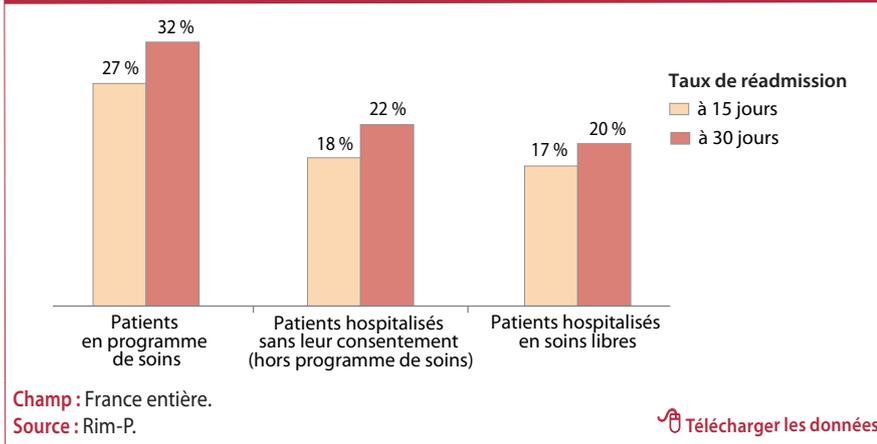
G5

Intensité des prises en charge ambulatoires et à temps partiel des personnes suivies en psychiatrie en 2015



G6

Taux de réhospitalisation à 15 et 30 jours des personnes en programmes de soins, par rapport aux autres personnes hospitalisées en psychiatrie en 2015



Les personnes en programmes de soins ayant nécessité une hospitalisation à temps plein (soit en début de programme, soit en cours sous forme séquentielle, ou à l'occasion d'une réintégration suite à une rupture du programme de soins), l'ont été en moyenne 75 jours dans l'année (dont 61 jours sans consentement) contre 68 jours (dont 45 jours sans consentement) pour les personnes prises en charge sans leur consentement hors programme de soins. Cette durée est très supérieure à celle observée pour les personnes hospitalisées exclusivement librement dans l'année (49 jours en moyenne). Par ailleurs, le temps d'hospitalisation « contraint » est supérieur à celui des personnes hors programmes de soins.

En améliorant le suivi ambulatoire en dehors de l'hôpital, les programmes de soins auraient pu limiter le recours à l'hospitalisation. Pour autant, les taux de réhospitalisation à 15 et 30 jours sont plus élevés pour les personnes en programmes de soins (graphique 6). Les données utilisées ne permettent cependant pas de savoir si ces réhospitalisations constituent une composante du programme (hospitalisations séquentielles) justifiée par le niveau de sévérité des troubles, ou si elles correspondent à des rechutes ou réintégrations en hospitalisation suite à son non-respect.

Mis en place dans de nombreux pays, depuis parfois assez longtemps (dès les années 1980 aux Etats-Unis et en Australie, depuis 2008 en Angleterre) [Kisely *et al.* 2014, Churchill *et al.*, 2007], les soins ambulatoires sans consentement

font l'objet de nombreuses controverses, posant des questions d'ordre éthique et médical. Les études étrangères ayant cherché à évaluer leur impact concluent, pour la plupart, à des résultats controversés ou à l'absence de résultats significatifs en termes de réduction du recours à l'hospitalisation, d'utilisation des services de santé ou plus généralement de bénéfices pour la personne (Burns *et al.*, 2016 ; Molodynski *et al.*, 2010 ; Castelles-Aulet *et al.*, 2015 ; Maughan *et al.*, 2014 ; Dawson, 2005).

Les données du Rim-P sont limitées pour analyser l'efficacité des programmes de soins. Des études complémentaires de type enquêtes longitudinales, essais contrôlés randomisés, sont nécessaires pour évaluer en France le bénéfice de ces programmes, à la fois en termes de réduction de l'hospitalisation, d'observance du traitement, mais aussi et surtout en termes d'amélioration de l'état de santé, de degré de rétablissement et de qualité de vie des personnes, ainsi qu'en termes de satisfaction. Légalement, les programmes de soins étendent les soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans les lieux de vie de la personne, et parfois pour des durées longues, contribuant ainsi à augmenter le nombre de personnes concernées par ces soins. Si la révision de la loi en 2013 précise qu'"aucune contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins", la menace de réhospitalisation en cas de non respect des programmes de soins peut être vécue comme une atteinte à la liberté pour la personne soumise à ces programmes. L'importance

des enjeux éthiques autour de la question de l'extension des soins sans consentement en dehors de l'institution hospitalière dans le cadre des programmes de soins (Guibet-Lafaye, 2014) nécessite de poursuivre les études permettant d'évaluer leur efficacité et de connaître le point de vue des personnes directement concernées. Rares sont en effet les études ayant cherché à analyser la perception de ces programmes par les personnes qui les ont expérimentés.

L'intervention du Juge des libertés et de la détention

Afin d'améliorer les droits des personnes admises en soins sans consentement, la loi de 2011 a introduit un nouvel acteur dans la prise en charge, le Juge des libertés et de la détention. Le JLD doit s'assurer que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hospitalisation psychiatrique sans consentement est nécessaire et proportionnée (Senon *et al.*, 2012). Conformément à la hausse du nombre de personnes suivies sans leur consentement, le nombre total de saisines du juge connaît une évolution régulière. Cette hausse est d'autant plus importante depuis la révision de la loi en 2013 qui a raccourci le délai d'intervention du juge pour statuer sur la nécessité du maintien en hospitalisation complète dans les 12 jours suivant l'admission de la personne (au lieu de 15 jours en 2011). Cette hausse provient très majoritairement des saisines dites « obligatoires » qui représentent 96,8 % des saisines confondues en 2015, contre 94,4 % en 2013, et qui s'accompagnent d'une diminution conjointe des saisines « facultatives » (respectivement de 5,2 % en 2013 contre 3,1 % en 2015). Cette diminution pourrait être en partie due à la réduction de la durée de présentation devant le JLD. Si la meilleure information du patient sur ses droits et l'introduction du JLD constituent des avancées majeures de la loi de 2011 dans le respect des droits des personnes nécessitant à un moment de leur parcours des soins sans consentement, la faible part de saisines facultatives peut cependant questionner l'effectivité de cet accès au droit et aux voies de recours.

Près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée de la mesure de contrainte (données du ministère de la Justice), avec des variations importantes entre départements (de 0 à 38 % en 2015 pour les contrôles obligatoires du JLD). La proportion de mainlevées est plus élevée mais reste limitée dans le cas de saisines facultatives effectuées par les personnes ou leurs proches (13,5 %). Elle est plus élevée en cas de désaccord entre psychiatres et préfet (25 % des saisines aboutissent alors à une mainlevée de la mesure, seules 72 mesures ont été recensées en 2015). Pour statuer sur la nécessité, le bien-fondé et l'adéquation de la mesure de soins avec la privation de libertés individuelles, le travail du juge s'effectue sur la base de documents limités (décision d'admission du directeur de l'établissement, certificats médicaux circonstanciés) et dans des délais contraints. Les principaux motifs de contestation de la mesure portent sur des vices de procédure (59 %) [non-respect de notification des droits de la personne, auteur du certificat psychiatrique, qualité du tiers, non-respect des délais prévus par la loi], des vices de forme (24 %) pour insuffisance de la motivation de la nécessité de l'admission en soins,

ou sur les compétences de l'auteur de l'acte administratif (17 %) [Legohérel, 2014].

* * *

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement en psychiatrie tend à augmenter plus rapidement que la file active suivie en psychiatrie. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette augmentation. Le premier est lié au développement des programmes de soins, qui étendent les soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital et du seul temps de l'hospitalisation. La proportion de patients suivis plusieurs années sans leur consentement augmente ainsi depuis 2012, les programmes de soins pouvant s'étendre sur un temps long. Ce faisant, le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement se trouve mécaniquement augmenté chaque année. Le deuxième facteur explicatif est la montée en charge du dispositif de soins en cas de péril imminent, mis en place par la loi afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées pour lesquelles la demande de tiers était dif-

ficile à obtenir. Ce dispositif déployé de façon hétérogène sur le territoire semble être utilisé à la fois pour faciliter le circuit d'admission dans un contexte d'urgence et pour protéger le tiers de la difficile démarche de demander des soins pour un proche contre sa volonté.

Ces résultats, issus de l'exploitation des données du Rim-P, appellent des études complémentaires et une amélioration des systèmes d'information pour permettre une réelle évaluation des dispositions mises en place par la loi du 5 juillet 2011. Une évaluation s'avèrerait d'autant plus nécessaire que ces nouvelles dispositions touchent aux libertés individuelles des personnes. L'extension d'une forme diffuse de contrainte aux soins au sein du lieu de vie de la personne peut constituer une atteinte aux libertés individuelles et aux droits de la personne à laquelle il faut veiller. Ces mesures au caractère exceptionnel doivent être proportionnelles au bénéfice attendu pour la personne, d'autant plus dans un contexte d'évolution préconisée des relations entre médecins et patients vers une plus grande participation des personnes aux choix de leurs traitements. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Burns T., Rugkåsa J., Yeeles K., Catty J. (2016). "Coercion in Mental Health: A Trial of the Effectiveness of Community Treatment Orders and an Investigation of Informal Coercion in Community Mental Health Care". *Programme Grants Appl Res*, 4(21).
- Castells-Aulet L., Hernandez-Vialet M., Jimenez-Maros J.U., Canete-Nicolas C., Bellido-Rodriguez C., Calabuig-Cresp R., Asensio-Pascual P., Lera-Catalayud G. (2015). "Impact of Involuntary Out-patient Commitment on Reducing Hospital Services: 2-year Follow-up". *Psychiatric Bulletin*, 39, 196-199, doi: 10.1192/pb.bp.114.047464.
- Churchill C., Owen G., Singh S., Hotopf M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*, 222 p.
- Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 205, janvier.
- Dawson J., (2005). *Community Treatment Orders: International Comparisons*. The New-Zealand Foundation, 188 p.
- Gobillot C., Claudel H. (2015). « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI): une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier ». *L'information psychiatrique*, 91 (4), 339-347.
- Guibet-Lafaye C. (2014). « Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire ». *L'information psychiatrique*, 90 (7), 575-582.
- Kisely S., Campbell L.A., Preston N. (2014). "Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):44 p.
- Klifa M. (2014). *L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soin sans consentement*. [Thèse de Doctorat en médecine en ligne]. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1, Faculté de médecine Lyon est. [Consulté le 20/08/2016] p. 136. Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr>
- Legohérel D. (2014). *Étude sur les soins psychiatriques sans consentement*. Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de Cassation, 132 p.
- Maughan D., Molodynski A., Rugkåsa J., Burns T. (2014). "A Systematic Review of the Effect of Community Treatment Orders on Service Use". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4):651-63.
- Molodynski A., Rugkasa J., Burns T. (2010). "Coercion and Compulsion in Community Mental Health Care". *British Medical Bulletin*, (95), 105-119.
- Senon J.L., Jonas C., Voyer M. (2012). « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales médico-psychologiques*, 170 : 211-215
- Vidon G., Hardy-Baylé M.C., Younès N. (2015). « Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins ». *L'information psychiatrique*, 91(7), 602-607.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relectrices : Véronique Lucas-Gabrielli, Zeynep Or, Nadia Younès • Infographiste : Franck-Séverin Clérémbault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •

Dépôt légal : février 2017 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).