

**Circulaire DGS/6C n° 2002-324 du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour les années 2000 et 2001. Transmission du rapport d'activité pour l'année 1999**

31/05/2002

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES  
Direction générale de la santé  
Sous-direction de la santé et de la société  
Bureau de la santé mentale

**Circulaire DGS/6C n° 2002-324 du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour les années 2000 et 2001. Transmission du rapport d'activité pour l'année 1999**

**SP 4 431  
2300**

NOR : SANP0230314C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ;

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

Décret n° 91-981 du 25 septembre 1991 pris pour l'application des articles L. 3222-5, L. 3223-2 et L. 3223-1 du code de la santé publique ;

Arrêté du 22 novembre 1991 relatif au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames, Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour information) La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, prévoit en son article codifié L. 3223-1 que les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) dressent chaque année le rapport de leur activité au préfet et au procureur de la République et le présentent au conseil départemental de santé mentale.

Ce rapport d'activité permet l'évaluation des dispositions prévues par la présente loi. Il dresse notamment le constat des principales difficultés rencontrées par les CDHP, dont les conditions d'hospitalisation des personnes relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, les modalités d'organisation de ces mesures, les profils des personnes concernées et le fonctionnement même des CDHP.

\*  
\*\*

A l'occasion de la circulaire du 21 novembre 2000 relative au rapport d'activité 1999, je vous indiquais les travaux menés au niveau national dans le domaine de la santé mentale qui pouvaient orienter vos démarches tendant, par une implication des différents partenaires, à l'amélioration de la situation liée à l'application des dispositions relatives aux <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs6c-n-2002-324-du-31-mai-2002-relative-au-rapport-dactivite-de-la-commission-departementale-des-hospitalisations-psychiatriques-pour-les-annees-2000-et-2001-transmission-du-rapp/>

hospitalisations sans consentement.

Depuis cette date, un plan national de santé mentale rendu public le 14 novembre 2001 a réaffirmé le nécessaire renforcement des droits des personnes souffrant de troubles mentaux. En outre, la loi du 4 mars 2002 précitée constitue une avancée importante dans la reconnaissance et l'affirmation des droits individuels et collectifs de l'ensemble des personnes malades, quelle que soit leur pathologie.

Cette loi modifie également les dispositions de la loi du 27 juin 1990 en prévoyant un encadrement plus strict des hospitalisations d'office et des placements judiciaires des mineurs, et un renforcement des CDHP garantes du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux, et en instituant une possibilité de sortie accompagnée des patients pour des motifs thérapeutiques ou ponctuels.

Le décret du 25 septembre 1991 susvisé est donc en cours de révision. Une circulaire viendra préciser ces nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

Dans l'attente et en réponse à vos questions, je vous signale que dans cette période transitoire les CDHP continuent de fonctionner dans leur composition actuelle. Ces commissions peuvent d'ores et déjà exercer la mission qui leur est confiée par les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-7 du code concernant l'accès d'une personne aux informations médicales recueillies dans le cadre d'une HO ou d'une HDT. En effet, il s'agit de garantir en premier lieu les droits des personnes malades.

\*  
\*\*

En outre, je vous informe que les recommandations du groupe de travail piloté par la DGS sur « L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé » et du groupe de travail piloté par la DHOS sur « Des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » sont disponibles sur intranet (rubrique santé.dgs.sd6c). Ces groupes ont été mis en place à la suite des protocoles relatifs à l'hôpital des 13 et 14 mars 2000 visant à adapter l'offre de soins, à améliorer la qualité des soins et à réduire les inégalités.

Par ailleurs, les travaux menés depuis 2000 avec le ministère de la justice sur la prise en charge des adolescents aux comportements difficiles, auxquels a été associé le ministère de l'éducation nationale, viennent de donner lieu à une circulaire DGS/DGAS/DHOS/PJJ 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des enfants et adolescents en grande difficulté. De plus, les travaux menés par deux groupes de travail avec le ministère de la justice sur les prises en charge en santé mentale des personnes détenues d'une part et des auteurs d'infraction à caractère sexuel d'autre part, ont permis l'élaboration du « Programme national pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues » rendu public le 16 avril 2002. Les recommandations émises par ces deux groupes, qui seront également disponibles prochainement sur intranet, viendront enrichir la mise en oeuvre de ce programme.

\*  
\*\*

Enfin, l'association « CDHP France », fédérant les CDHP, sera plus fortement subventionnée par la direction générale de la santé en 2002 afin de mener à bien, en sus de la journée nationale annuelle des CDHP, la création d'un annuaire national des CDHP ainsi qu'un guide méthodologique afin d'aider au travail de leurs membres. Cette association mène en outre des actions locales de formation et d'information afin d'améliorer les conditions de mise en oeuvre des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Dans ce contexte, la présente circulaire a pour objet d'une part, de vous restituer un bilan national des rapports d'activité des CDHP portant sur l'année 1999 et d'autre part, de vous transmettre les formulaires à remplir pour le rapport d'activité à élaborer pour les années 2000 et 2001.

#### I. - bilan des rapports d'activités 1999

L'analyse des rapports d'activité de l'année 1999 réalisée par mes services vous est transmise en trois parties :

1e partie : une analyse des grandes tendances d'évolution des hospitalisations sans consentement en lien avec l'activité des CDHP ;

2e partie : tableau récapitulatif des résultats de l'annexe statistique 1999 ;

3e partie : tableau récapitulatif des principales difficultés repérées par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en 1997, 1998 et 1999 dans la mise en oeuvre des mesures d'hospitalisation sans consentement ;

4e partie : tableau récapitulatif des informations relatives aux difficultés rencontrées à l'occasion de l'hospitalisation d'office des personnes détenues en application de l'article D. 398.

Les documents sont joints en annexe de la présente circulaire.

#### II. - bilan à élaborer au titre des années 2000 et 2001

Le secrétariat de la commission étant assuré par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, il revient à cette dernière de servir les rubriques du rapport d'activité des CDHP.

Je vous demande en outre de bien vouloir me transmettre, en vertu des dispositions réglementaires précitées, les rapports de l'activité de la CDHP des années 2000 et 2001 (deux rapports distincts ou un seul bilan indiquant les évolutions des deux années et les données spécifiques) ainsi composés :

1) deux annexes statistiques parues au B.O. 92-1 (la première au titre de 2000 et la seconde au titre de 2001) ;

2) une synthèse de l'activité et des conclusions de la commission concernant :

l'examen des dossiers ;

- les plaintes enregistrées ;
- le constat opéré lors des visites d'établissement.

A. - En ce qui concerne les annexes statistiques

- La partie I « Données de cadrage » permet de fournir des indicateurs généraux (nombre total d'hospitalisations sans consentement, nombre total de levées d'hospitalisation effectuées dans l'année 2000 puis dans l'année 2001) afin d'apprécier le volume global de l'activité potentielle de la commission. Ces indicateurs sont de plus nécessaires pour obtenir des données au niveau national et suivre leur évolution. Il vous est demandé d'indiquer dans cette partie le nombre de sorties d'essai effectuées entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée.

J'attire votre attention sur le fait que la rubrique consacrée aux HO prononcées en application des articles D. 398 du code de procédure pénale et L. 3213-7 du code de la santé publique comptabilisent des personnes hospitalisées entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée et non un nombre de mesures.

- La partie II « Activité de la commission » fournit des indicateurs permettant d'apprécier l'activité effective de la commission pour les années 2000 et 2001.

Pour certaines données, vous voudrez bien tenir compte des précisions suivantes :

1) Hospitalisation sans consentement : le nombre demandé est le nombre d'hospitalisations sans consentement effectuées entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée. Dans le cas de transfert dans un autre département, c'est le département de départ qui comptabilise l'hospitalisation.

2) Hospitalisations d'office prises au titre de l'article L. 3213-1 : le nombre demandé est le nombre total de mesures prises par arrêté préfectoral selon la procédure de l'article L. 3213-1 (c'est-à-dire les hospitalisations d'office prononcées directement par les préfets mais également celles prononcées par le préfet à la suite de mesures prises dans le cadre des articles L. 3212-9, L. 3213-2 et L. 3213-6 du code de la santé publique).

3) Hospitalisations d'offices prises selon l'article L. 3213-2 : le nombre demandé est le nombre de mesures provisoires confirmées par un arrêté préfectoral pris selon la procédure de l'article L. 3213-1.

4) Hospitalisations de plus de trois mois sur demande d'un tiers : il convient de comptabiliser les hospitalisations sur demande d'un tiers qui ont été renouvelées à 3,5 mois (15 jours + 1 mois + 1 mois + 1 mois) entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée, auxquelles il faut rajouter les hospitalisations sur demande d'un tiers maintenues dans l'année concernée et dont la durée de prolongation était supérieure à 3 mois à la date du 1er janvier de l'année concernée.

5) Hospitalisations d'office renouvelées au quatrième mois : il convient de comptabiliser les hospitalisations d'office qui ont été renouvelées au quatrième mois entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée à l'exclusion des hospitalisations prononcées en application de l'article L. 3213-7.

6) Levées d'hospitalisations sans consentement : le nombre demandé est le nombre de levées d'hospitalisation sans consentement entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée, quelle que soit la date initiale de l'hospitalisation (les transferts et les décès ne doivent pas être comptés comme des levées d'hospitalisation).

7) Les sorties d'essai : le nombre demandé correspond au nombre de sorties d'essai initiales effectuées entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée. Il convient de ne pas compter les renouvellements de sortie d'essai, ni les sorties accompagnées par un membre de l'équipe qui ne sont pas considérées comme des sorties d'essai.

Pour les sorties d'essai concernant les hospitalisations d'office : comptabiliser les décisions du préfet.

Pour les sorties d'essai concernant les hospitalisations sur demande d'un tiers : comptabiliser les bulletins de sortie d'essai visés par le directeur d'établissement et transmis au préfet.

8) Personnes hospitalisées d'office en application de l'article L. 3213-7 : le nombre demandé correspond au nombre de personnes qui ont été hospitalisées selon l'article L. 3213-7 entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année concernée.

En ce qui concerne la synthèse de l'activité et des conclusions de la commission :

Vous demanderez à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques d'intégrer dans la présentation de son rapport d'activité les éléments suivants :

1. Composition de la CDHP : noms et qualités des membres.
2. Réunions : nombre annuel.
3. Examen des dossiers d'hospitalisation sans consentement par la commission : bilan général au regard du respect des libertés des personnes, bilan de l'utilisation des procédures d'urgence, examen des hospitalisations sur demande d'un tiers prolongées au-delà de 3 mois.
4. Visites d'établissement : liste des établissements visités et par établissement, nombre annuel de visites et nombre annuel de malades entendus lors de ces visites.
5. Remarques générales sur la situation des personnes hospitalisées et sur le droit des patients : non-respect ou respect insuffisant des libertés individuelles, non respect ou respect insuffisant de la dignité des personnes, conditions d'hospitalisations insatisfaisantes.

6. Plaintes et requêtes auprès des malades et de leur entourage, nombre et motifs généralement évoqués :

- auprès de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques ;
- auprès des autorités préfectorales ;
- auprès de la justice (si possible).
  7. Fonctionnement de la CDHP : difficultés, critiques, suggestions.
  8. Enfin, je souhaiterais que les membres des CDHP puissent apporter en lien avec vos services les trois éléments suivants qui ont déjà fait l'objet de remarques de certaines CDHP :
    1. La qualité des médecins qui établissent les certificats médicaux initiaux de la mesure d'hospitalisation sans consentement (médecins, généralistes, médecins psychiatres, de secteur de psychiatrie, libéral, médecin d'un service d'urgence) ;
    2. La qualité des tiers demandeurs d'une HDT en distinguant entre les membres de la famille, les proches et les autres tiers ;
    3. Une estimation au 1er janvier de l'année 2000 et au 1er janvier 2001 du nombre de personnes ayant une mesure d'HO et d'HDT en cours ayant débuté l'année ou les années précédentes en distinguant celles qui sont en sortie d'essai, afin d'apprécier « le stock » au début d'une année.

\*  
\* \*

Vous voudrez bien transmettre à mes services, un exemplaire du rapport d'activité comprenant l'annexe statistique avant le 15 juillet 2002 à l'adresse suivante : ministère de l'emploi et de la solidarité, direction générale de la santé, bureau de la santé mentale (6C), 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le sous-directeur de la santé  
et de la société,  
B. Basset

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

Bilan des rapports d'activité des commissions départementales  
des hospitalisations psychiatriques en 1999

Ce bilan sommaire est composé de quatre parties :

Première partie : récapitulatifs des tendances de l'évolution des hospitalisations sans consentement en lien avec les CDHP.

Deuxième partie : tableau de la répartition départementale des hospitalisations sans consentement (nombre de départements ayant répondu : 97/100).

Troisième partie : tableau récapitulatif des principales difficultés repérées par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en 1997, 1998 et dans la mise en oeuvre des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Quatrième partie : tableau récapitulatif des informations relatives aux difficultés rencontrées à l'occasion de

l'hospitalisation d'office des personnes détenues en application de l'article D 398.

1ere PARTIE

Les grandes tendances d'évolution des hospitalisations sans consentement en lien avec l'activité des CDHP

Les hospitalisations à la demande d'un tiers :

En 1999, 57 277 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ont été réalisées sur la France entière (sur 98 départements).

	1997	1998	1999	ÉVOLUTION 1997/1999
HDT	49 112	55 033	57 277	+ 16,6 %
HDT d'urgence	14 776	15 637	18 359	+ 24,2 %
HDT supérieures à 3 mois	8 624	7 902	8 325	- 3,4 %

En 1999, 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 32 % des HDT des 93 départements ayant fourni la réponse. Les HDT d'urgence semblent donc continuer d'augmenter puisqu'en 1997, la proportion était de 30 % (pour le même nombre de départements).

Les HDT supérieures à trois mois représentaient en 1999 14,5 % des mesures d'HDT (sur 88 départements), contre 18 % en 1997, sur les 91 départements ayant répondu à cette question. La durée des HDT semble donc diminuer.

Les levées d'HDT en 1999 représentaient 80,6 % des mesures d'HDT sur 89 départements, contre 89 % des HDT en 1997, sur les 92 départements ayant fourni la réponse.

Les hospitalisations d'office :

En 1999, 8 931 mesures d'hospitalisation d'office ont été arrêtées par les préfets et le préfet de police de Paris sur la France entière.

	1997	1998	1999	ÉVOLUTION
HO	7 475	8 817	8 931	19,4 %
HO d'urgence	5 136	5 342	5 548	8,02 %
HDT supérieures à 4 mois	2 539	2 664	2 335	8,03 %

Les HO prises après une mesure provisoire du maire ou, à Paris, des commissaires de police, en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, représentaient en 1999 62,1 % des mesures d'HO pour 93 départements ayant fourni la réponse. En 1997, ces mesures représentaient 68 % des arrêtés préfectoraux pour 89 départements.

% D'HO APRÈS UNE MESURE DU MAIRE	NOMBRE DE DÉPARTEMENTS
0-19 %	5
20-49 %	10

50-79 %	36
80-99 %	27
100 %	15

Les mesures d'HO renouvelées au quatrième mois représentaient 26,1% des HO sur les 89 départements ayant fourni la réponse, contre 33 % en 1997 (sur 88 départements). La durée des HO semble elle aussi en diminution. Les levées d'HO prononcées en 1999 représentaient 81,1 % des mesures d'HO (sur 93 départements) tandis qu'en 1997 elles représentaient 87 %.

#### Les mesures de sortie d'essai

Le nombre de mesures de sortie d'essai est passé de 21 400 en 1998 à 18 661 en 1999. Elles se répartissent entre 11 186 mesures de sortie d'essai d'HDT (sur 46 départements) et 7 575 (75 départements) mesures de sortie d'essai d'HO. De nombreux départements signalent que les personnes faisant l'objet d'une mesure HDT supérieure à trois mois sont en sortie d'essai.

En 1999, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement prononcées représentait 13,6% des hospitalisations en psychiatrie. On constate donc une continuation de l'augmentation de cette proportion puisqu'en 1997, elle était évaluée à 13 %.

#### Activité des CDHP relatives à l'examen des dossiers, aux visites et aux plaintes des personnes ayant fait l'objet d'une hospitalisation sans consentement

La plupart des CDHP tiennent entre 3 et 5 réunions par an tandis que 6 CDHP n'ont pas fonctionné en 1999 et 3 n'ont fonctionné qu'un seul semestre.

##### 1. Examen des dossiers :

Les CDHP ont examiné en 1999 près de 11 200 dossiers d'HDT et d'HO (sur les 87 CDHP ayant répondu à la question). Soit plus de 8 941 dossiers d'HDT et 2 248 d'HO.

##### 2. Visites :

305 visites ont été effectuées par les membres des CDHP sur 168 centres hospitaliers au cours desquelles il a été rencontré 1 158 personnes.

##### 3. Plaintes :

Les CDHP ont instruit 662 plaintes, le nombre de plaintes pouvant atteindre 57 dans l'année.

#### Au-delà, les rapports font état des éléments qualitatifs suivants

Comme précédemment les CDHP ne signalent pas d'atteinte aux libertés dans l'application de la loi du 27 juin 1990. Elles continuent toutefois de déplorer certaines atteintes à la dignité des personnes, notamment quant à certaines conditions d'hospitalisation. Les sorties d'essai sont en outre, selon les membres des CDHP, de plus en plus utilisées comme des obligations de soins déguisées.

##### 1. Les publics :

Les personnes en HDT comme en HO sont majoritairement des hommes, les femmes représentant toutefois entre 38,4 % à 42,5 % des personnes hospitalisées sans leur consentement. Les HO concerneraient principalement des hommes (74,7 %) tandis que pour les HDT l'équilibre serait plus grand mais demeurerait majoritairement masculin (57 %).

Des départements constatent que les personnes hospitalisées sans leur consentement sont des personnes isolées sur le plan social et familial, des personnes en voie de désinsertion et en grande détresse psychologique nécessitant notamment une aide et un secours au plan social. Il est également fait remarquer que des mineurs en décompensation grave et en rupture d'insertion scolaire et/ou professionnelle sont ainsi hospitalisés ou dans le cadre d'une ordonnance du juge des enfants. Une CDHP remarque cependant que la loi de 1990 est appliquée à des mineurs présentant des troubles du comportement qui troublent l'ordre public et s'interroge sur cette application. Certaines CDHP font également remonter que la loi du 27 juin 1990 est appliquée à des personnes présentant une addiction à l'alcool.

Certains départements signalent que plusieurs mesures d'urgence (HDT ou HO) n'ont pas été confirmées à l'issue des 24 heures ou par le préfet (Ariège, Haute-Loire, Saône et Loire, etc).

Quatre CDHP ont posé la question des patients agités et perturbateurs ou de la violence dans les services de psychiatrie (Dordogne, Paris, Yvelines, Var). La question se pose dans certains départements de la création d'une unité spéciale, notamment en raison du délai d'attente d'admission dans une UMD. A Paris, il est néanmoins rapporté que la question de la violence dans les services concerne à hauteur de 35 % des violences auto-agressives et à 1 % des violences hétéro-agressives.

2. La question du tiers dans les HDT :

La CDHP de Paris a transmis l'information selon laquelle, sur une étude portant sur 210 dossiers d'HDT étudiés du 1er octobre 1999 au 31 décembre 1999, la qualité du tiers dans le prononcé de l'HDT se répartissait comme suit : 37 % des tiers étaient les parents directs de la personne, 35,8 % la famille au sens large, 7,7 % des amis, tandis que les professionnels de la psychiatrie (assistantes sociales, ...), voire des personnels administratifs représentaient 15,7 % (autres 4,3 %).

3. La durée des hospitalisations sans consentement :

De nombreux départements signalent la diminution de la durée des mesures d'HDT et d'HO, qui semblent dans la plupart des cas inférieure ou égale à un mois. Ainsi le département du Haut-Rhin, des Côtes-d'Armor et de la Savoie notent que 90 % des mesures sont levées dans le mois. La Drôme, l'Ille-et-Vilaine signalent également des durées courtes d'hospitalisation sans consentement.

Il y a souvent corrélation entre les mesures d'HDT supérieures à trois mois et des personnes qui sont en sortie d'essai. Deux départements font un lien entre la diminution de la durée des hospitalisations sans consentement et la mise en place consécutive de sorties d'essai. Un nombre conséquent de départements s'interroge sur la longueur des sorties d'essai qui sont qualifiées d'obligation de soins déguisée, notamment lorsque les certificats médicaux ne comportent plus de précisions permettant de juger de la nécessité d'un maintien de la mesure. Ainsi l'Ardèche a demandé qu'une fois par an, un bilan global et circonstancié soit mené sur les personnes en sortie d'essai, en plus des certificats qui lui sont transmis.

4. Les plaintes :

Celles-ci portaient sur la levée de l'hospitalisation, la durée de l'hospitalisation, les conditions de l'hospitalisation, l'absence d'information ou de rencontre du médecin, la réparation du préjudice subi. Il a notamment été signalé l'isolement dans lequel les personnes hospitalisées se sentent ainsi que le manque d'activité.

Il est noté un nombre important de plaintes (de 11 à 32) auprès des tribunaux judiciaires (tribunal de grande instance), celui-ci dépassant parfois le nombre de plaintes formulées auprès de la CDHP. Les départements du Calvados, de l'Oise, des Yvelines, de la Haute-Vienne et des Vosges sont particulièrement concernés. Le juge lève cependant très rarement l'hospitalisation.

5. Le rôle des CDHP :

Celles-ci effectuent un travail considérable tant dans leur rôle de garante des droits des personnes au regard du nombre de dossiers examinés, que de médiation entre les personnes soignées, la famille, les personnels soignants et des administrations hospitalières, notamment à l'occasion des visites.

Elles mènent un travail continu d'explicitation et de rappel de la loi de 1990, depuis de nombreuses années, notamment quant au contenu des certificats médicaux. Certaines CDHP notent encore cependant qu'elles ne sont pas assez connues des patients.

Enfin, certaines CDHP réunissent annuellement tous les acteurs concernés par la loi de 1990 (ex : Drôme).

ANNEXE STATISTIQUE

Rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques

Département : Année :

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	HOSPITALISATIONS sur demande d'un tiers			HOSPITALISATIONS d'office	
		Art. L. 3212-1	Art. 3212-3	Total	Art. 3213-1	Dont art. 3213-2
I. - Données de cadrage						
Art. L. 3223-1-1°	Nombre d'hospitalisations sans consentement					
Art. L. 3223-1-3°	Nombre d'hospitalisation sur demande d'un tiers de plus de 3 mois (2)					
	Nombre d'hospitalisation d'office renouvelées au quatrième mois					

Art. L. 3223-1-1°	Nombre de levées d'hospitalisation					
Art. L. 3211-11	Nombre de sorties d'essai					
Art. L. 3213-7	Nombre de malades hospitalisés d'office en application de l'article L. 3213-7					
Art. D 398 (CPP)	Nombre de malades hospitalisés d'office en application de l'article D 398 (CPP)					

RÉFÉRENCES à la loi	NATURE DES ACTES	HOSPITALISATIONS sur demande d'un tiers			HOSPITALISATIONS d'office	
		Art. L. 3212-1	Art. 3212-3	Total	Art. 3213-1	Dont art. 3213-2
II. - Activité de la commission						
Art. L. 3223-1-3°	Nombre total de dossiers examinés par la commission (1) :					
Art. L. 3223-1-3° (2)	Nombre d'hospitalisation sur demande d'un tiers plus de 3 mois examinées par la commission					
	Nombre d'hospitalisations d'office renouvelées au 4e mois examinées par la commission					
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du préfet par la commission					
Art. L. 3223-1-4°	Nombre de saisines du procureur de la République par la commission					
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de visites d'établissements effectuées					
Art. L. 3223-1-5°	Nombre de plaintes enregistrées par la commission					
Art. L. 3223-1-7°	Nombre de propositions de la commission au président du tribunal de grande instance aux fins d'ordonner la sortie immédiate					
Art. L. 3212-9-7°	Nombre de levées d'HDT proposées par la commission					



Art. L. 3213-4

Nombre de levées d'HO  
proposées par la commission au  
préfet

(1) Y compris les hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de 3 mois et les hospitalisations d'office renouvelées au 4e mois, examinées.

(2) Il faut comptabiliser ici les hospitalisations sur demande d'un tiers renouvelées à 3,5 mois en 2000 + les hospitalisations sur demande d'un tiers maintenues en 2000 et dont la durée de prolongation était supérieure à 3 mois au 1er janvier 2000 (idem en 2001).

2e PARTIE. - TABLEAU DES RÉSULTATS DE L'ANNEXE STATISTIQUE  
Nombre d'hospitalisations sans consentement mises en oeuvre en 1999

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
	Départements	Nb HDT	Nb HDT urg.	Tot HDT	Nb HDT > 3 mois	Nb HO	Nb HO urg.	Tot HO	Nb HO > 4 mois	HDT sortie d'essai	HO sortie d'essai	Levée HDT	Levée HO	Nb HO L. 3213-7	Nb HO D. 398
2	01 Ain	649	52	701	-	-	57	57	-	-	-	696	23	0	-
3	02 Aisne	145	218	363	30	0	61	61	12	-	194	359	94	2	16
4	03 Allier	177	185	362	42	3	73	76	27	141	28	323	40	2	2
5	04 Alpes-de-Haute-Provence	129	24	153	89	4	30	34	17	57	42	148	24	-	-
6	05 Hautes-Alpes	57	0	57	9	7	3	10	5	15	1	61	11	2	-
7	06 Alpes-Maritimes	171	1 010	1 181	-	12	105	117	-	-	-	-	-	7	49
8	07 Ardèche	323	1	324	129	8	26	34	12	-	-	312	29	0	7
9	08 Ardennes	279	64	343	27	1	14	15	3	-	8	333	15	-	-
10	09 Ariège	67	40	107	7	0	19	19	3	58	6	105	29	0	0
11	10 Aube	123	40	163	17	18	12	30	7	32	17	167	20	0	12
12	11 Aude	217	103	320	78	16	84	100	26	-	-	230	60	0	3
13	12 Aveyron	157	165	322	28	2	9	11	3	-	32	304	11	-	2
14	13 Bouches-du-Rhône	1 028	868	1 896	456	94	108	202	211	-	732	1 827	151	16	54
15	14 Calvados	261	218	479	46	3	142	145	32	-	612	473	121	1	0
16	15 Cantal	-	-	169	-	0	8	8	-	-	-	-	6	-	0
17	16 Charente	106	4	110	18	2	86	88	4	-	186	118	82	1	1
18	17 Charente-Maritimes	302	169	471	81	14	46	60	11	-	207	467	60	3	7
19	18 Cher	219	49	268	39	0	31	31	6	-	52	248	30	0	0
20	19 Corrèze	94	62	156	31	0	7	7	5	52	3	125	12	1	9
21	20A Corse-du-Sud	45	90	135	33	5	13	18	5	-	-	124	26	-	1
22	20B Haute-Corse	87	3	90	18	44	5	49	1	31	20	108	45	0	11
23	21 Côte-d'Or	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
24	22 Côtes-d'Armor	535	107	642	64	8	63	71	6	-	-	616	66	1	1
25	23 Creuse	72	47	119	36	1	22	23	4	-	-	117	18	0	0
26	24 Dordogne	239	24	263	75	32	71	103	24	-	55	230	102	-	-
27	25 Doubs	85	355	440	122	9	55	64	54	56	42	403	67	5	8
28	26 Drôme	312	158	470	107	8	25	33	21	228	44	455	39	0	7

29	27 Eure	212	268	480	20	9	30	39	7	-	11	496	58	2	20
30	28 Eure-et-Loir	221	109	330	19	8	22	30	6	-	-	325	41	2	9
31	29 Finistère	794	350	1 144	52	2	161	163	37	-	200	1 012	142	1	30
32	30 Gard	240	199	439	81	10	42	52	36	78	33	340	65	1	11
33	31 Haute-Garonne	464	251	715	66	21	64	85	12	-	128	711	97	8	8
34	32 Gers	100	27	127	15	4	27	31	13	21	23	120	33	0	0
35	33 Gironde	1 105	3	1 108	399	41	305	346	121	-	-	989	352	3	17
36	34 Hérault	242	560	802	571	167	-	167	-	-	-	716	62	3	9
37	35 Ille-et-Vilaine	701	409	1 110	81	51	61	112	6	39	17	1 076	98	6	16
38	36 Indre	105	14	119	39	8	23	31	11	35	10	122	27	4	6
39	37 Indre-et-Loire	78	251	329	86	1	37	38	12	-	-	301	34	0	3
40	38 Isère	738	322	1 060	97	173	5	178	61	-	-	872	148	3	2
41	39 Jura	431	77	508	5	15	0	15	1	90	3	433	15	0	0
42	40 Landes	189	33	222	27	0	27	27	-	15	5	203	20	-	-
43	41 Loir-et-Cher	106	40	146	26	43	0	43	51	-	313	116	33	-	-
44	42 Loire	354	178	532	85	33	66	99	33	88	49	538	99	1	1
45	43 Haute-Loire	183	0	183	44	0	30	30	18	100	10	165	30	1	0
46	44 Loire-Atlantique	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
47	45 Loiret	504	71	575	46	10	54	64	15	-	-	545	52	2	3
48	46 Lot	167	37	204	15	4	13	17	7	12	5	199	13	-	1
49	47 Lot-et-Garonne	353	69	422	39	65	30	95	24	-	-	423	126	-	17
50	48 Lozère	0	48	48	6	0	19	19	0	9	1	43	18	-	-
51	49 Maine-et-Loire	396	60	456	65	25	55	80	19	50	13	473	70	2	18
52	50 Manche	252	62	314	76	0	69	69	20	-	390	301	67	1	2
53	51 Marne	462	26	488	65	28	24	52	15	85	104	523	67	1	7
54	52 Haute-Marne	207	25	232	-	4	10	14	0	-	-	244	4	0	0
55	53 Mayenne	347	0	347	13	0	18	18	1	6	1	303	21	2	2
56	54 Meurthe-et-Moselle	574	9	583	293	6	66	72	0	85	16	706	45	0	6
57	55 Meuse	106	57	163	103	10	11	21	1	-	-	147	23	0	7
58	56 Morbihan	510	388	898	76	7	150	157	2	-	-	797	144	4	3
59	57 Moselle	1 020	57	1 077	126	98	86	184	147	384	13	804	93	43	16
60	58 Nièvre	46	187	233	52	6	41	47	6	67	8	148	52	0	0
61	59 Nord	1 562	1 881	3 443	474	60	70	130	67	359	196	3 169	160	2	44
62	60 Oise	-	-	916	215	26	94	120	36	-	356	523	69	2	12
63	61 Orne	257	56	313	15	7	26	33	3	4	4	286	17	1	2
64	62 Pas-de-Calais	559	640	1 199	106	4	127	131	19	247	96	1 121	130	4	30
65	63 Puy-de-Dôme	582	14	596	87	20	32	52	11	-	-	579	56	3	4
66	64 Pyrénées-Atlantiques	770	353	1 123	86	20	27	47	34	2 242	39	960	56	2	7
67	65 Hautes-Pyrénées	317	76	393	59	12	23	35	9	574	132	26	19	3	5
68	66 Pyrénées-Orientales	-	-	426	6	-	-	161	5	-	-	-	-	2	27
69	67 Bas-Rhin	657	246	903	48	31	20	51	8	-	-	794	79	1	17
70	68 Haut-Rhin	538	7	545	34	33	67	100	10	-	25	559	108	5	25
71	69 Rhône	1 795	453	2 248	626	140	238	378	157	-	-	2 238	341	0	-

72	70 Haute-Saône	96	93	189	9	0	55	55	10	5	40	182	51	1	0
73	71 Saône-et-Loire	370	98	468	171	16	27	43	19	-	-	578	41	4	0
74	72 Sarthe	313	20	333	20	42	10	52	4	10	2	312	58	1	6
75	73 Savoie	375	120	495	163	20	25	45	6	2 906	62	361	40	0	11
76	74 Haute-Savoie	312	189	501	113	14	25	39	14	-	-	516	53	1	10
77	75 Paris	599	468	1 067	241	210	-	210	133	140	75	1 035	208	3	2
78	76 Seine-Maritime	278	753	1 021	128	27	110	137	47	-	64	-	121	2	22
79	77 Seine-et-Marne	223	393	616	39	32	76	108	11	-	251	618	120	1	14
80	78 Yvelines	464	604	1 068	-	7	115	122	-	-	-	-	-	2	11
81	79 Deux-Sèvres	61	245	268	95	29	1	30	-	-	-	286	29	1	2
82	80 Somme	428	544	972	59	31	76	107	20	62	29	924	110	2	31
83	81 Tarn	189	62	251	-	0	61	61	11	-	43	-	64	1	3
84	82 Tarn-et-Garonne	85	67	152	6	17	24	41	7	81	-	129	35	2	4
85	83 Var* (2e semestre)	240	142	382	74	18	79	97	38	1 047	605	406	118	1	12
86	84 Vaucluse	605	4	609	210	38	41	79	23	558	372	696	68	1	32
87	85 Vendée	937	76	1 013	194	6	30	36	13	-	-	975	47	4	3
88	86 Vienne	599	175	774	35	3	34	37	15	-	-	750	43	1	3
89	87 Haute-Vienne	386	69	455	26	27	76	103	7	-	-	431	102	1	19
90	88 Vosges	264	35	299	21	41	12	53	4	36	24	275	41	0	2
91	89 Yonne	44	235	279	-	25	63	87	9	-	-	269	83	1	-
92	90 Territoire-de-Belfort	22	23	45	2	0	11	11	2	2	1	49	9	-	1
93	91 Essonne	-	-	1 494	84	336	412	412	-	-	-	-	-	-	-
94	92 Hauts-de-Seine	1 215	373	1 588	-	92	133	225	-	-	-	-	-	7	11
95	93 Seine-Saint-Denis	1 583	544	2 127	310	302	245	547	218	-	-	1 919	570	14	2
96	94 Val-de-Marne	1 210	619	1 820	182	567	113	680	125	930	1 470	1 695	406	11	55
97	95 Val-d'Oise	121	189	310	-	18	33	51	6	-	-	-	77	-	-
98	971 Guadeloupe	215	133	348	87	9	145	154	22	115	27	329	152	1	8
99	972 Martinique	203	-	203	6	86	-	86	5	-	-	153	104	1	23
100	973 Guyane	98	7	105	-	36	4	40	19	34	28	99	32	-	-
101	974 Réunion	312	110	422	24	17	67	84	7	-	-	419	89	1	7
102	Total	35 961	18 359	57 277	8 325	3 559	5 548	8 931	2 335	11 186	7 575	46 201	7 236	221	871

### 3e PARTIE

Principales difficultés repérées par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en 1997, 1998 et 1999 dans la mise en oeuvre des mesures d'hospitalisation sans consentement

PRINCIPALES DIFFICULTÉS RELEVÉES PAR LES CDHP	CDHP CONCERNÉES EN 1997, 1998 ET 1999
1. Conditions d'hospitalisation des personnes relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement	

<p>Vétusté des locaux et mauvaises conditions matérielles (manque d'hygiène des sanitaires ; promiscuité...). Afin de garantir la dignité des personnes hospitalisées, il est nécessaire d'humaniser et de rénover certains pavillons ou services visités par la CDHP.</p>	<p>En 1997 : Ardennes (08) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Charente-Maritime (17) ; Cher (18) ; Corrèze (19) ; Finistère (29) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Indre-et-Loire (37) ; Mayenne (53) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Oise (60) ; Seine-Maritime (76) ; Yvelines (78) ; Essonne (91) ; Guadeloupe (971) ; En 1998 : Alpes-de-Haute-Provence (04) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Charente-Maritime (17) ; Corrèze (19) ; Dordogne (24) ; Gard (30) ; Gironde (33) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Indre-et-Loire (37) ; Maine-et-Loire (49) ; Mayenne (53) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Pas-de-Calais (62) ; Saône-et-Loire (71) ; Somme (80) ; Essonne (91) ; Seine-St-Denis (93) ; Val-d'Oise (95) ; Guadeloupe (971) ; En 1999 : Allier (03) ; Alpes-de-Haute-Provence (04) ; Ariège (09) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Calvados (14) ; Charente-Maritime (17) ; Cher (18) ; Dordogne (24) ; Gironde (33) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Savoie (74) ; Seine-Maritime (76) ; Vienne (86) ; Essonne (91).</p>
<p>Problématique des services en permanence fermés où sont également hospitalisées des personnes atteintes de troubles mentaux en hospitalisation libre.</p>	<p>En 1997 : Aisne (02) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Dordogne (24) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Essonne (91) ; Guadeloupe (971) ; En 1998 : Bouches-du-Rhône (13) ; Dordogne (24) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Rhône (69) ; Essonne (91) ; Val-de-Marne (94) ; En 1999 : Allier (03) ; Gironde (33) ; Dordogne (24) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Essonne (91).</p>
<p>Chambre d'isolement : nécessité de se référer aux recommandations de l'ANAES/ cf. problème quant à la conception de l'architecture. cf. problème de la mise en chambre d'isolement des personnes en hospitalisation libre, notamment lorsque la mise en isolement est trop prolongée.</p>	<p>En 1997 : Bouche-du-Rhône (13) ; Isère (38) ; Essonne (91) ; En 1998 : Meurthe-et-Moselle (54) ; Bas-Rhin (67) ; Paris (75) ; Var (83) ; En 1999 : Calvados (14) ; Charente-Maritime (17) ; Seine-Maritime (76).</p>
<p>La plupart des patients rencontrés lors des visites de la CDHP déplorent le manque d'activités.</p>	<p>En 1997 : Bouches-du-Rhône (13) ; Charente (16) ; Cher (18) ; Dordogne (24) ; Manche (50) ; En 1998 : Cher (18) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Oise (60) ; Orne (61) ; En 1999 : Calvados (14) ; Cher (18) ; Gers (32) ; Isère (38) ; Vienne (86).</p>
<p>La plupart des patients vus lors des visites de la CDHP se plaignent des rencontres peu fréquentes avec le médecin psychiatre-référent, du manque d'information et du manque de dialogue.</p>	<p>En 1997 : Ardèche (07) ; Manche (50) ; Seine-Maritime (76) ; En 1998 : Oise (60) ; En 1999 : Gers (32).</p>
<p>2. Modalité d'organisation de la mesure d'hospitalisation sans consentement</p>	
<p>Difficulté d'obtenir un second certificat médical pour les hdt, entraînant une augmentation du nombre des HDT d'urgence.</p>	<p>En 1997 : Corse-du-Sud (20A) ; En 1998 : Loir-et-Cher (41) ; Pas-de-Calais (62) ; Seine-et-Marne (77) ; Haute-Vienne (87) ; En 1999 : Gard (30) ; Cher (18) ; Ile-et-Vilaine (35) ; Loiret (45) ; Manche (50) ; Morbihan (56) ; Haute-Marne (52) ; Pyrénées-Atlantiques (64) ; Saône-et-Loire (71).</p>
<p>Les difficultés à trouver un tiers pour pratiquer une hdt pour une personne entraîne souvent le prononcé d'une mesure d'HO. Ce qui est préjudiciable.</p>	<p>En 1998 : Paris (75) ; En 1999 : Gironde (33).</p>

<p>Problème des certificats médicaux trop peu motivés servant de base pour la mesure d'HO ou d'hdt en particulier lors des mesures d'urgence.</p>	<p>En 1997 : Bouches-du-Rhône (13) ; Charente-Maritime (17) ; Gers (32) ; Hérault (34) ; Manche (50) ; Rhône (69) ; Haute-Saône (70) ; Paris (75) ; En 1998 : Aube (10) ; Côte-d'Armor (22) ; Jura (39) ; Loir-et-Cher (41) ; Mayenne (53) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Haute-Vienne (87) ; Hauts-de-Seine (92) ; En 1999 : Ardèche (07) ; Drôme (26) ; Haute-Marne (52).</p>
<p>Problème des certificats médicaux de renouvellement des hospitalisations sans consentement qui sont trop répétitifs ou peu explicites ou peu motivés concernant l'évolution de l'état du patient et les perspectives envisagées pour la prise en charge.</p>	<p>En 1997 : Ardèche (07) ; Hérault (34) ; Jura (39) ; Loir-et-Cher (41) ; Loiret (45) ; Maine-et-Loire (49) ; Bas-Rhin (67) ; Seine-Maritime (76) ; Var (83) ; Essonne (91) ; En 1998 : Bouches-du-Rhône (13) ; Charente-Maritime (17) ; Côte-d'Armor (22) ; Finistère (29) ; Maine-et-Loire (49) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Essonne (91) ; Hauts-de-Seine (92) ; Seine-St-Denis (93) ; En 1999 : Allier (03) ; Ardèche (07) ; Ardennes (08) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Charente (16) ; Finistère (29) ; Gard (30) ; Gers (32) ; Gironde (33) ; Jura (39) ; Loir-et-Cher (41) ; Loire (42) ; Manche (50) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Morbihan (56) ; Nord (59) ; Pas-de-Calais (62) ; Pyrénées-Atlantiques (65) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Bas-Rhin (67) ; Saône-et-Loire (71) ; Seine-Maritime (76) ; Vienne (87) ; Essonne (91).</p>
<p>Augmentation du nombre d'HDT d'urgence alors que cette mesure devrait rester exceptionnelle. Plusieurs raisons sont invoquées, toutefois pour les CDHP, il s'agit d'une banalisation abusive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meilleure appréhension des problèmes de santé mentale par les médecins généralistes et les familles ainsi qu'une meilleure connaissance du dispositif de soins en psychiatrie ;</li> <li>- difficulté pour les familles d'obtenir un second certificat médical ;</li> <li>- modification du profil des personnes concernées : personnes suicidantes ou dépendantes aux produits toxiques ; troubles de comportement violent ;</li> <li>- augmentation des HDT d'urgence initiées par les services d'urgence des CHG.</li> </ul>	<p>En 1997 : Aisne (02) ; Aveyron (12) ; Finistère (29) ; Haute-Garonne (31) ; Hérault (34) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Indre-et-Loire (37) ; Loire-et-Cher (41) ; Loire (42) ; Maine-et-Loire (49) ; Manche (50) ; Haute-Marne (52) ; Nièvre (58) ; Orne (61) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Rhône (69) ; Saône-et-Loire (71) ; Paris (75) ; Val-de-Marne (94) ; Guadeloupe (971) ; En 1998 : Indre-et-Loire (37) ; Loir-et-Cher (41) ; Loire (42) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Morbihan (56) ; Moselle (57) ; Nièvre (58) ; Orne (61) ; Pas-de-Calais (62) ; Saône-et-Loire (71) ; Savoie (73) ; Seine-et-Marne (77) ; Deux-Sèvres (79) ; Hauts-de-Seine (92) ; En 1999 : Alpes-Maritimes (06) ; Ariège (09) ; Aveyron (12) ; Dordogne (24) ; Gironde (33) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Loiret (45) ; Bas-Rhin (67) ; Haut-Rhin (68) ; Deux-Sèvres (79) ; Seine-Maritime (76).</p>
<p>La quasi-totalité des HO sont issues de mesures provisoires du maire.</p>	<p>En 1998 : Cantal (15) ; Seine-et-Marne (77) ; Var (83) ; En 1999 : Ariège (09) ; Cantal (15) ; Cher (18) ; Gard (30) ; Deux-Sèvres (79) ; Meurthe-et-Moselle (54).</p>
<p>Hospitalisation d'office de personnes sous alcoolisation ou médicalisation de troubles à l'ordre public qui ne relèvent pas de troubles mentaux</p>	<p>En 1999 : Aveyron (12) ; Seine-Maritime (76) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Dordogne (24) ; Drôme (26) ; Essonne (91).</p>

<p>Problème des sorties d'essais de longue durée (parfois plusieurs mois, voire des années) utilisées comme obligation de soins. Les CDHP s'interrogent : quelle est dans ce cas la légitimité du maintien des HO fondées sur la dangerosité ? Quel est le statut des personnes concernées surtout pour les HDT ? Nécessité d'une réglementation pour les sorties d'essai prolongées, notamment au regard du respect des libertés individuelles.</p>	<p>En 1997 : Ardèche (07) ; Cher (18) ; Indre-et-Loire (37) ; Loire (42) ; Maine-et-Loire (49) ; Manche (50) ; Paris (75) ; Seine-Maritime (76) ; Seine-et-Marne (77) ; Somme (80) ; Haute-Vienne (87) ; Val-de-Marne (94) ; En 1998 : Aude (11) ; Bouches-du-Rhône (13) ; Cher (18) ; Haute-Corse (20B) ; Finistère (29) ; Gard (30) ; Indre-et-Loire (37) ; Loire (42) ; Puy-de-Dôme (63) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Haute-Saône (70) ; Haute-Vienne (87) ; Guyane (973) ; En 1999 : Alpes-Maritimes (06) ; Ardèche (07) ; Aude (11) ; Haute-Corse (20B) ; Côte-d'Or (21) ; Drôme (26) ; Finistère (29) ; Gard (30) ; Gers (32) ; Indre-et-Loire (37) ; Loire (42) ; Maine-et-Loire (49) ; Manche (50) ; Oise (60) ; Pas-de-Calais (62) ; Seine-Maritime (76) ; Haute-Vienne (87) ; Hauts-de-Seine (92).</p>
<p>Problématique de la prise en charge des transports des malades hospitalisés sous contrainte et en particulier l'HO. Critique des conditions parfois carcérales de ces transports.</p>	<p>En 1997 : Hérault (34) ; En 1998 : Dordogne (24) ; Gironde (33) ; En 1999 : Gironde (33) ; Loiret (45) ; Morbihan (56).</p>
<p>3. Profil des personnes pour lesquelles une mesure d'hospitalisation sans consentement a été décidée</p>	
<p>Le problème des mineurs ou adolescents en HO : carence du dispositif en matière de prise en charge des adolescents à la charnière de la pédo-psychiatrie et de la psychiatrie adulte.</p>	<p>En 1997 : Cantal (15) ; Charente-Maritime (17) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Seine-et-Marne (77).</p>
<p>Les hospitalisations psychiatriques des jeunes de 16-18 ans se font presque toujours dans des locaux pour adultes. Cette mixité des âges est souvent néfaste.</p>	<p>En 1998 : Cantal (18) ; Gironde (33) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Savoie (73) ; En 1999 : Gironde (33) ; Nièvre (58) ; Yvelines (78) ; Savoie (73) ; Deux-Sèvres (79) ; Tarn (81).</p>
<p>Les difficultés comportementales et sociales des mineurs sont trop souvent transformées en hospitalisation sous contrainte alors que d'autres solutions devraient exister</p>	<p>En 1998 : Gironde (33) ; Seine-et-Marne (77) ; En 1999 : Gironde (33) ; Haute-Marne (52) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Seine-Maritime (76) ; Yvelines (78).</p>
<p>Problème des « malades perturbateurs » et/ou violents : nécessité d'une réflexion au niveau régional pour les mineurs ou de création d'unités intersectorielles.</p>	<p>En 1997 : Calvados (14) ; En 1999 : Dordogne (24) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Paris (75) ; Yvelines (78) ; Var (83).</p>
<p>Unités pour malades difficiles : délais d'attente trop longs (plusieurs mois) avant d'y être admis. Par conséquent, souvent, utilisation inadéquate des chambres d'isolement de longue durée.</p>	<p>En 1997 : Saône-et-Loire (71) ; Paris (75) ; Seine-et-Marne (77) ; En 1998 : Meurthe-et-Moselle (54) ; Seine-et-Marne (77) ; Haute-Vienne (87) ; En 1999 : Dordogne (24) ; Meurthe-et-Moselle (54).</p>
<p>Unités pour malades difficiles : constat d'une diminution de la durée d'hospitalisation sauf pour les détenus en raison des difficultés d'organisation du retour en détention. Ces détenus sont ainsi maintenus en UMD de manière injustifiée</p>	<p>En 1997 : Pyrénées-Orientales (66) ; En 1998 : Gironde (33).</p>
<p>Problème d'application de l'article D 398 : conflit entre l'établissement de santé et le SMPR et problème de la prise en charge des personnes en centre de détention par manque de personnel psychiatrique, tant dans le secteur public que libéral.</p>	<p>En 1997 : Yvelines (78) ; En 1998 : Dordogne (24) ; En 1998 : voir tableau joint.</p>

Problème du statut des malades fugueurs.	En 1997 : Charente-Maritime (17) ; Cher (18) ; Paris (75) ; Essonne (91) ; En 1999 : Essonne (91) ; Réunion.
Problème des SDF et du vagabondage : difficulté quant aux liens interhôpitaux et à la continuité des soins psychiatriques.	En 1997 : Paris (75).
4. Remarques diverses	
Particularité du CH de Sainte-Anne à Paris qui bénéficie d'un service somatique spécifique : problème du recueil du consentement éclairé du malade par rapport à la nécessité des soins médicaux proposés et notamment les interventions chirurgicales.	En 1997 et 199 : Paris (75).
Le problème des ordonnances de placement du juge des enfants qui s'imposent à l'établissement de santé sans concertation avec les équipes médicales sur la situation du jeune.	En 1997 : Cantal (15) ; En 199 : Cantal (15) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; En 1999 : Allier (03) ; Drôme (26).
5. Fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques	
Difficulté de fonctionnement des CDHP liée à l'insuffisance du nombre de membres : ainsi, par exemple, tous les établissements des grands départements ne sont pas visités.	En 1997 : Aisne (02) ; Allier (03) ; Ardèche (07) ; Haute-Corse (20B) ; Finistère (29) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Indre-et-Loire (37) ; Landes (40) ; Loiret (45) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Nièvre (5) ; Pyrénées-Orientales ; Seine-Maritime (76) ; Yvelines (78) ; Réunion (974) ; En 1998 : Bouches-du-Rhône (13) ; Gironde (33) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Loiret (45) ; Maine-et-Loire (49) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Morbihan (56) ; Pas-de-Calais (62) ; Somme (80) ; Tarn-et-Garonne (82) ; Essonne (91) ; Val-de-Marne (94) ; En 1999 : Alpes-de-Haute-Provence (04) ; Ardèche (07) ; Calvados (14) ; Haute-Corse (20B) ; Gard (30) ; Indre-et-Loire (37) ; Oise (60) ; Pyrénées-Atlantiques (64) ; Savoie (73) ; Vaucluse (84).
Demande d'autonomie de la CDHP par rapport à la DDASS.	En 1997 : Indre (36) ; Bas-Rhin (67) ; Yvelines (78) ; Val-de-Marne (94) ; En 1998 : Tarn-et-Garonne (82) ; Val-de-Marne (94) ; En 1999 : Gard (30) ; Gironde (33) ; Yvelines (78).
Constat de l'insuffisance de la connaissance de l'existence de la CDHP tant dans le milieu hospitalier (personnel infirmier), que pour les personnes malades.	En 1998 : Bouches-du-Rhône (13) ; Haute-Garonne (31) ; Indre (36) ; Meurthe-et-Moselle (54) ; Paris (75) ; Réunion (974) ; En 1999 : Gers (32) ; Pyrénées-Orientales (66) ; Bas-Rhin (67) ; Vaucluse (84) ; Vienne (86).

#### 4e PARTIE

Hospitalisation d'office des personnes détenues  
Application de l'article D 938 du code de procédure pénale  
à l'occasion des rapports d'activité des CDHP de 1999

DÉPARTEMENT	NOMBRE DE D 938 année 1998/1999	OBSERVATIONS
Dordogne	1998 : 0 1999 : NC	HO après la levée de l'écrou : la nature psychiatrique de la dangerosité est sujette à controverses. La continuité de la prise en charge de certains délinquants sexuels très dangereux à l'issue de leur incarcération rencontre de grandes difficultés. En outre, le mode de l'HO est mal adaptée à ces situations. La CDHP a saisi le préfet d'une réflexion sur la prise en charge des ces personnes.
Drôme	1998 : 5 1999 : 7	Les HO de détenus représentent 20 % des HO. Nombreux problèmes : - transports, - escorte, - recours systématique aux chambres d'isolement, - nécessité de recours à des infirmiers masculins, Les motivations médicales de l'HO ne sont pas toujours nettes d'où des séjours de courte durée. Les services de pédopsychiatrie manquent de lits pour accueillir les mineurs sous décision judiciaire.
Haute-Corse	1998 : 9 1999 : 11	L'absence de SMPR dans le département pose le problème de l'admission et du transfert au SMPR de Marseille ou en UMD, les deux services invoquant un manque de places pour recevoir des détenus de Corse. En Haute-Corse, la clinique privée San Ornello participant au service hospitalier est le seul service habilité à recevoir des hospitalisations sans consentement. Les HO des détenus ne posent pas de problèmes particuliers : la clinique se déplace pour chercher le détenu et l'établissement pénitentiaire vient le rechercher. L'HO reste exceptionnelle pour les détenus du centre pénitentiaire de Casabianda qui accueille principalement des personnes condamnées à de lourdes peines en raison d'infraction à caractère sexuel. Lorsqu'il y a besoin d'une HO, elle est souvent de longue durée. L'équipe souhaiterait que lorsque l'état de santé mentale d'un détenu justifie une hospitalisation, celle-ci puisse être faite en secteur libre au CH de Bastia.
Gard	1998 : 7 1999 : 11	Constate une agumentation des D 938 Difficultés évoquées : - indication de l'HO : distinction troubles du comportement/troubles psychiatriques, - transports des détenus : retour à la maison d'arrêt après une HO (le plus souvent les services pénitentiaires assurent le retour en détention).
Gironde	1998 : 2 1999 : 17	UMD de Cadillac accueille des détenus qui présentent des bouffées psychotiques délirantes. Difficultés rencontrées tiennent aux transports des détenus après une hospitalisation en UMD vers leur établissement pénitentiaire d'origine. Aucune administration ne veut s'en charger : le délai prévu est dépassé parfois de plusieurs mois. La CDHP a saisi le préfet et le directeur régional des services pénitentiaires.



Loiret	1998 : 1 1999 : 3	Difficultés rencontrées au CH de Fleury-les-Abrais avec la fugue d'un détenu en septembre 2000 ont donné lieu à une rencontre avec le procureur la République. Il en ressort que : - en l'état actuel des textes, il incombe aux psychiatres d'assurer la surveillance des détenus hospitalisés, - l'hospitalisation d'un détenu ne doit pas être réalisée sous la forme classique mais sous un régime contraignant en respectant les injonctions du juge d'instruction concernant les visites, les communications téléphoniques... Il a donc été conseillé aux CH de prendre contact avec la direction des établissements pénitentiaires. Le SMPR de Châteauroux se met en place actuellement et n'est pas encore en mesure de recevoir des hospitalisations, ce qui ne laisse d'autre choix que les HO.
Maine-et-Loire	1998 : 23 1999 : 18	Difficultés : - recours à l'escorte des forces de l'ordre ; - l'ouverture des services rend difficile la surveillance des détenus, qui ne relève pas du travail des infirmiers. Suite à de nombreux suicides et tentatives de suicide à la maison d'arrêt d'Angers en 1999, la CDHP a été amenée à visiter les locaux qui étaient vétustes et a constaté une surpopulation carcérale et une forte promiscuité. En 1999, un travail a été mené sur la pris en charge psychologique des détenus et sur l'amélioration des locaux.
Meurthe-et-Moselle	1998 : 3 1999 : 6	Paradoxe de devoir accueillir en milieu hospitalier des détenus particulièrement dangereux alors que les hôpitaux « présentent des conditions de sécurité moindres que les centres de détention (garde, locaux) ». En 2000 et 2001 certains détenus ont dû être placés directement en UMD. Autre problème : les détenus en fin de peine qui ne peuvent retourner à la vie civile en raison de leurs troubles mentaux persistants (psychotiques et psychopathes non préparés à la sortie). Il n'y a pas de préparation de la sortie de ces détenus en lien avec les secteurs en raison notamment de la méconnaissance de la date de sortie prévisionnelle.
Morbihan	1998 : 2 1999 : 3	Le transport des détenus hospitalisés rencontre des difficultés.
Orne	1998 : 2 1999 : 2	Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire est le psychiatre du CHS d'accueil des détenus. Il est fait appel à un médecin généraliste de l'UCSA de la maison d'arrêt d'Alençon pour toute demande d'HO.
Pas-de-Calais	1998 : 18 1999 : 30	Evasion d'un détenu en raison de l'ouverture des services du Enin-sur-Baumont. Le CHG d'Arras est submergé par les détenus : réunion régionale le 7 mars 2000 sur les soins aux détenus. Le CHS Saint-Venan regroupe les détenus dans une même unité intersectorielle. Augmentation des HO en D 398 : 2000 : 40 (+ une trentaine de personnes en HO en application de l'article L. 122-1 du CP).
Puy-de-Dôme	1998 : 1 1999 : 4	Augmentation des HO des détenus et notamment des HO successives pour un même détenu : - rechutes dues à la non-observance du traitement dès le retour en détention, - manque de coordination entre les services médicaux pénitentiaires et la direction de ces établissements.
Pyrénées-Atlantiques	1998 : NC 1999 : 7	Constata une augmentation des D 398.

Pyrénées-Orientales	1998 : 12 1999 : 27	Constate une augmentation des D 398.
Haute-Savoie	1998 : 6 1999 : 10	Le CHS qui est habilité à recevoir des HO a des difficultés à recevoir des détenus au motif qu'il n'a pas de chambre d'isolement : en l'an 2000, il y a eu 3 fugues de détenus.
Tarn	1998 : 4 1999 : 3	En raison de l'intervention des médecins du CHS à la maison d'arrêt, il est fait appel au SAMU pour établir le certificat médical d'HO. Le médecin du SAMU « sédate » le patient et attend l'arrêté d'HO pour quitter la personne : l'arrêté doit donc être rédigé très rapidement, ce qui pose problème à la préfecture. Le transport, rendu possible par la sédation, est effectué par le SMUR. En raison de plusieurs évasions, le corps préfectoral exige une surveillance continue du détenu hospitalisé au CHS par le personnel hospitalier. Le détenu est placé en chambre d'isolement qui n'est pas un lieu adapté à un séjour prolongé. La cohabitation entre détenu et autres patients est problématique, notamment si le juge interdit, en raison de l'instruction en cours, tout contact avec une autre personne.
Deux-Sèvres	1998 : 3 1999 : 2	Constate une augmentation des D 398.
Essonne	1998 : 14 1999 : NC	Difficultés rencontrées pour les transports de détenus : le retour en détention pose problème car les services se renvoient la responsabilité du transport. L'UMD de Villejuif ne pose pas de difficulté pour accueillir des détenus.
Yvelines	1998 : NC 1999 : 11	Un secteur de psychiatrie refuse d'accueillir les détenus en D 398 dans son service en raison du manque de sécurité. Inadaptation des établissements hospitaliers pour les malades détenus qui demeurent sous un régime pénitentiaire. La solution réside dans l'ouverture d'une UMAP à l'hôpital Charcot, intégrée au projet de reconstruction de l'hôpital. Attente également de l'ouverture de lits au SMPR de Bois-d'Arcy.
Deux-Sèvres	1998 : 3 1999 : 2	Les détenus en D 398 en provenance de la maison d'arrêt de Niort sont en augmentation.
Val-d'Oise	1998 : NC 1999 : NC	Difficultés au niveau de l'admission des détenus car les secteurs de psychiatrie sont implantés dans des CHG et fonctionnent en services ouverts. Mise en place d'un circuit de communication santé-justice afin de permettre aux détenus de la maison d'arrêt d'Osny d'être hospitalisés dans des délais brefs respectant la procédure de l'HO et dans de bonnes conditions.
Var	1998 : 14 1999 : 12	Les équipes soignantes s'estiment incompétentes et en nombre insuffisant pour prendre en charge les détenus sous HO lorsqu'ils sont perturbateurs.

!fintab>!debtap>           !fintab>!debtap>           !fintab>!debtap>           !fintab>!debtap>!fintab>!debtap>  
!fintab>!debtap>!fintab>!debtap>!fintab>!d>!dsig>!fsig>!debtap>