

Note d'information DGS/SP 3 n° 10 du 8 février 1995 relative à l'évaluation de 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.

08/02/1995

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, prévoit en son article 4 qu'une évaluation des dispositions de ce texte doit être réalisée dans les cinq années qui suivent sa promulgation. Il est précisé que l'évaluation doit être établie sur la base des rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

En raison de la parution tardive des textes d'application de la loi, les commissions se sont mises progressivement en place au cours des années 1992, 1993 et 1994.

L'annexe statistique sur l'activité des commissions transmise par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, en application de la note de service n° 94-11 du 16 février 1994, était accompagnée dans 70 p. 100 des réponses de commentaires rédigés par le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. L'étude de ces remarques a fait l'objet d'une synthèse qui est jointe en annexe de la présente circulaire.

Afin de recueillir le plus grand nombre d'avis sur l'application de la loi du 27 juin 1990, je souhaiterais que soit désignée une personne référente au niveau régional pour coordonner les observations de tous les acteurs intervenant dans l'application de cette loi:

- cette personne, impliquée en raison de sa compétence et de son intérêt particulier pour le sujet, sera choisie par le comité technique régional et interdépartemental des directeurs de préférence parmi les personnels des directions départementales des affaires sanitaires et sociales;
- elle sera chargée d'animer et de coordonner un groupe de travail regroupant les différents départements de la région sur les problèmes posés par les hospitalisations libres et sans consentement des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux dans les établissements de santé publics et privés. Elle devra dans ce cadre développer la plus large concertation auprès de tous les acteurs locaux, notamment personnels des hôpitaux, praticiens hospitaliers, associations de malades, médecins libéraux, services de préfecture, procureurs de la République, tribunaux, maires, personnel de police, commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

L'objectif de cette démarche est de centraliser les réflexions et les suggestions sur le texte à évaluer ; celles-ci pourront être regroupées selon le modèle joint en annexe, comprenant trois chapitres : problèmes de procédure, de fond et ceux non abordés par la loi mais soulevés par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Les observations régionales, ainsi que les commentaires accompagnant le bilan chiffré 1994 de l'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, qui vous seront demandés durant le premier trimestre de l'année 1995, seront examinés par un groupe de travail, constitué au niveau national et présidé par l'inspection générale des affaires sociales, qui sera chargé de proposer des améliorations législatives et réglementaires.

Afin de respecter les délais prévus par la loi, vous voudrez bien transmettre à mes services la synthèse des observations régionales pour le 30 septembre 1995, dernier délai, à l'adresse suivante:

Ministère des affaires sociales et de la ville, direction générale de la santé, bureau SP 3, 1, place Fontenoy, 75350 Paris 07 SP.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire :
Mme Martine Clément, tél. : (16-1) 46-62-45-28;
M. Jean-Claude Chastanet, tél. : (16-1) 46-62-46-54.

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.

ANNEXE

Analyse des commentaires des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (art L. 332-3 et L. 332-4 du code de la santé publique)

L'annexe chiffrée réclamée par la note de service DGS/SP 3 n° 94-11 du 16 février 1994, relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1993, est accompagnée ou non de commentaires : 69 départements y ont joint des commentaires rédigés par le président de la commission, soit pour 1993 près de 70 p. 100 des réponses.

1. Problèmes de procédure

Mise en place. - Compétences géographiques. - Problèmes pratiques

a) Mise en place, relations C.D.H.P./D.D.A.S.S., fonctionnement.

Les commentaires mettent l'accent sur les difficultés rencontrées pour mettre en place l'institution en raison de la difficulté de trouver des psychiatres disponibles, des représentants des malades, d'élire un président et de la mutation rapide des magistrats. Il est demandé que soient prévus des suppléants en cas d'empêchement d'un des membres de la commission.

L'accent est mis sur la clarification à établir dans les rapports D.D.A.S.S./C.D.H.P. : le secrétariat des commissions est assuré par la D.D.A.S.S. et le budget de la commission est inscrit dans les dépenses de fonctionnement des services déconcentrés, c'est-à-dire qu'il n'est pas individualisé, d'où la revendication de certaines commissions d'obtenir des moyens budgétaires supplémentaires pour développer leurs investigations, par exemple demander des expertises complémentaires.

On constate des fonctionnements différents suivant les départements : soit les commissions se considèrent comme une instance d'articulation entre les différentes autorités concernées, judiciaire, préfectorale, hospitalière, avec réunions d'information et d'échanges, soit elles fonctionnent en autarcie sans relation avec les services déconcentrés pour préserver leur indépendance.

b) Limites géographiques des compétences de la C.D.H.P.

Un certain nombre de commissions s'interrogent sur l'étendue de leur contrôle des conditions d'hospitalisation concernant les malades atteints de troubles mentaux en hospitalisation libre.

Par ailleurs, elles examinent la situation des malades hospitalisés sans leur consentement dans les établissements hospitaliers du département, ce qui pose le problème spécifique de la région Ile-de-France et l'opportunité d'élargir la compétence territoriale du préfet aux établissements psychiatriques situés en dehors des limites du département.

Du fait de l'organisation de la psychiatrie en Ile-de-France, les secteurs sont rattachés à des établissements hospitaliers, où sont hospitalisés les malades, situés hors du département. La charge de travail est donc mal répartie entre les C.D.H.P. de cette région (par exemple, la C.D.H.P. de Paris n'examine la situation que des malades de Sainte-Anne, la plupart des secteurs de Paris hospitalisant leurs malades hors du département).

c) Problèmes pratiques.
- Visites d'établissements.

Des commissions s'interrogent:

- sur les conditions dans lesquelles doivent se dérouler les visites prévues par les textes (art. L. 332-4 [5°]) dans les établissements mentionnés à l'article L. 331, c'est-à-dire habilités à recevoir des malades hospitalisés sans leur consentement : sans information préalable ou après annonce auprès des malades;
- sur l'opportunité de visiter les cliniques privées et autres établissements recevant des personnes atteintes de troubles mentaux (long séjour).
- Uniformisation de la périodicité des certificats médicaux.

La périodicité des certificats médicaux obligatoires devrait être uniformisée pour les hospitalisations sur demande d'un tiers et les hospitalisations d'office. Actuellement, le certificat du premier mois se situe un mois et quinze jours après l'admission pour les hospitalisations sur demande d'un tiers et un mois après l'admission pour les hospitalisations d'office.
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgssp-3-n-10-du-8-fevrier-1995-relative-a-levaluation-de-la-loi-n-90-527-du-27-juin-1990-relative-aux-droits-et-a-la-protection-des-personnes-hospitalisees-en-raison/>

2. Problèmes de fond

Conditions d'hospitalisation. - Information des patients. Difficultés d'application de la loi

a) Conditions d'hospitalisation.

On note un grand nombre d'observations des commissions sur:

- les conditions d'hospitalisation qui ne leur semblent pas respecter la dignité des patients, notamment le manque d'entretien des locaux, la vétusté, la promiscuité des patients, l'insuffisance d'activités des malades;
- la fermeture des services où cohabitent des malades en hospitalisation libre et en hospitalisation sans consentement, avec les problèmes de la liberté d'aller et venir des patients en hospitalisation libre ou si l'unité est ouverte le problème de la surveillance des malades pouvant être dangereux;
- le problème de l'accueil des malades perturbateurs dans les services du fait de la difficulté de leur transfert dans les U.M.D. ; est évoquée la possibilité de créer des structures intermédiaires.

Les commissions relèvent l'insuffisance du dispositif d'insertion et d'alternatives à l'hospitalisation qui maintient en hospitalisation des personnes relevant de structures d'hébergement médico-sociales.

Une commission pose le problème de l'évaluation des soins, en notant que 50 à 60 p. 100 des hospitalisations complètes correspondent à des rechutes et s'étonne de l'absence d'analyse du phénomène.

b) Information des patients et de leur famille (art. L. 326-3).

De nombreuses commissions insistent sur l'insuffisante information des patients et de leur famille sur leurs droits, les visites des commissions dans les établissements.

Il est également souhaité qu'une information soit donnée aux patients sur les traitements et les risques liés aux neuroleptiques pour limiter les accidents.

D'une façon générale, il est demandé que soit engagée une action d'information en direction des médecins généralistes et des autorités administratives pour faire connaître l'existence de la C.D.H.P. et ses missions.

Plusieurs commissions posent le problème de l'information des malades sur les voies de recours à l'encontre des mesures d'hospitalisation sans consentement, c'est-à-dire sur la forme que doit prendre la notification des décisions.

En ce qui concerne l'hospitalisation sur demande d'un tiers, pour laquelle il n'y a pas de document émanant d'une autorité administrative notifiant l'admission, la commission de Charente-Maritime a fait mettre en place par les établissements un bulletin d'admission informant le malade de sa situation.

En ce qui concerne l'hospitalisation d'office, il est à noter qu'une jurisprudence récente des tribunaux administratifs estime illégal un arrêté d'hospitalisation non notifié en se référant à l'article 5 (2°) de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui assimile arrestation et hospitalisation sous contrainte.

c) Difficultés d'application de la loi.

1. Transfert des malades d'un département à l'autre et libre choix (art. L. 326-1, 2e alinéa).

Certains services refusent d'accueillir des patients en cas de changements de résidence des familles, ce qui rejoint les observations faites par certaines commissions sur le fait que le libre choix, s'il est inscrit dans la loi, reste un vœu pieu ou d'application délicate pour les hospitalisés sous contrainte. Les commissions insistent sur l'insuffisante prise en compte du lien familial. En cas de litige, il est proposé la mise en place d'une instance contentieuse nationale.

2. Mesures d'urgence.

Un grand nombre de commissions dénoncent l'emploi trop systématique des mesures d'urgence en cas d'hospitalisation

sur demande d'un tiers qui semble venir compenser la difficulté de trouver un deuxième médecin certificateur. Il est demandé que soit mieux précisée la notion de 'péril imminent' dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers et souligné que le certificat médical initial n'est pas toujours suffisamment motivé et circonstancié.

3. Le deuxième certificat en hospitalisation sur demande d'un tiers.

Le formalisme excessif de la loi est dénoncé à propos de l'exigence de deux certificats médicaux, ce qui induit des pratiques de recours à S.O.S. Médecins avec des certificats quelquefois rédigés identiquement. Cette pièce ne semble pas être une garantie supplémentaire pour le malade dans les commentaires des commissions.

4. Les sorties d'essai de longue durée (art. L. 350).

Un grand nombre de commissions insistent sur la pratique courante d'utiliser les sorties d'essai prolongées comme traitement thérapeutique en l'absence d'obligation de soins permettant de continuer à suivre un malade à l'extérieur de l'établissement. Une commission suggère une solution intermédiaire entre hospitalisation sous contrainte et hospitalisation libre, qui équivaudrait à une situation de liberté assortie d'injonction thérapeutique au cours de laquelle l'autorité désignée par la loi pourrait ordonner des retours en milieu hospitalier en cas de non-suivi des soins ambulatoires. Ceci pourrait constituer un troisième statut d'hospitalisation sous contrainte.

5. Règlement intérieur.

L'absence de parution du décret sur le règlement intérieur, en application de l'article L. 332-1 de la [loi du 27 juin 1990](#), est regrettée par de nombreuses commissions.

6. Tenue des registres et secret médical, nature des certificats médicaux.

La tenue du ou des registres médicaux (la loi en exige deux, article L. 342, 3e paragraphe) est vécue comme une formalité administrative très lourde sans qu'elle représente une garantie supplémentaire pour le malade. Certaines commissions demandent qu'une réflexion sur la simplification de ces formalités soit engagée à l'occasion de l'évaluation de la loi. Par ailleurs, le registre où sont recopiés ou photocopiés les certificats médicaux pose le problème de la nature de ces certificats, document administratif ou médical, ainsi que leur confidentialité.

7. Rédaction des certificats et vérification du lien de parenté.

Un certificat médical à l'appui d'une hospitalisation d'office doit caractériser le trouble à l'ordre public ou le danger imminent pour la sûreté des personnes. De nombreuses commissions soulignent que le certificat médical n'est pas suffisamment circonstancié, les faits n'étant pas précisés. Les certificats de maintien sont peu détaillés et ressemblent à des certificats de 'routine'. De même pour les certificats à l'appui de la demande d'hospitalisation sur demande d'un tiers, qui ne sont pas explicites.

Dans tous les cas, la rédaction stéréotypée des certificats, sans description clinique justifiant l'hospitalisation sous contrainte, est soulignée (ces remarques sont importantes concernant des pièces qui limitent la liberté des personnes en dehors de tout jugement).

Est souvent dénoncée l'absence de vérification concernant le lien de parenté.

3. Problèmes non abordés par la loi mais soulevés par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

a) Situation des malades en cas de fugue.

Plusieurs commissions se posent la question du statut juridique du malade hospitalisé sous contrainte en fugue.

b) Situation des malades devant être hospitalisés sous contrainte dans des services somatiques.

Il n'existe pas de disposition prévoyant le cas des malades hospitalisés sous contrainte qui sont affectés d'une pathologie intercurrente imposant leur traitement dans un autre établissement hospitalier. Il semblerait que, dans ces situations, les médecins du secteur les placent en sortie d'essai ou en sorties accompagnées, faute de disposer d'un cadre particulier prévu par les textes.

c) Transport des malades.

Sont soulignées les difficultés d'acheminement du malade et de son transport à l'hôpital avec notamment le cas plus spécifique du transport des détenus.

d) Expertises.

Les délais sont à préciser entre deux expertises ainsi que le recours à des experts différents en cas d'expertises répétées.

e) Cas des détenus (art. D. 398 du code de procédure pénale).

Il est demandé de clarifier dans la loi la situation des détenus hospitalisés d'office en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Le problème de la garde des détenus est aussi évoqué avec le fait que le personnel médical se trouve en position de soignant mais aussi de gardien, ce qui crée des ambiguïtés dans la relation thérapeutique qui s'établit avec ces malades. Il est souhaité que soient envisagés, d'une part, de plus fréquents transferts en services médicaux pénitentiaires et, d'autre part, des levées d'écrou pour ces malades.

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE, LE MINISTRE DELEGUE A LA SANTE, Direction générale de la santé, Sous-direction de la santé des populations.

Le ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Texte non paru au Journal officiel.

755.