



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-071P

Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter

RAPPORT
TOME1

Établi par

Dr Françoise LALANDE

Carole LEPINE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

L'IGAS a enquêté à de multiples reprises ces cinq dernières années sur des événements graves survenus au cours d'hospitalisations psychiatriques ou juste après. Elle a constaté que, derrière les drames individuels, se répétaient des dysfonctionnements systémiques. Elle a enrichi ses constats des informations dont disposaient l'ATIH et les ARS, à la suite des contrôles que ces agences avaient effectués, et a recueilli une importante documentation afin de proposer des solutions opérationnelles pour éviter la reproduction des accidents.

1- AGRESSIONS GRAVES ET FUGUES TMOIGNENT DES DIFFICULTES DE L'HOPITAL A REpondre AUX BESOINS DE SECURITE

A l'heure actuelle, 86 % des malades mentaux sont suivis en ambulatoire, et cette évolution a constitué un progrès par rapport au passé asilaire. Mais l'hôpital –qui a perdu 60 % de ses lits en 30 ans- accueille un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement (80 000 aujourd'hui¹) et en priorité la population des malades en crise.

1.1 – Les hôpitaux sont confrontés à des violences qu'ils savent mal prévenir ou gérer.

Ces cinq dernières années, l'IGAS et les services ont enquêté sur **près d'une vingtaine d'homicides ou de tentatives** (trois meurtres au cours de fugues, sept à l'intérieur d'un établissement hospitalier, cinq en sortie d'essai, quatre immédiatement après la sortie). Le meurtrier était toujours un malade mental de sexe masculin. Il était souvent jeune, hospitalisé sans consentement et avait plusieurs antécédents de violence. La victime, souvent une femme, parfois fragile (handicapée, malade), faisait partie de ses proches (famille, personnel soignant ou enseignant, voisin) ou était dans une chambre voisine (malade en hospitalisation libre). Elle n'était totalement étrangère à l'agresseur que dans deux cas. Le meurtre était exécuté de façon brutale à l'arme blanche ou à mains nues. Ce premier constat factuel prouve l'existence d'actes violents particulièrement graves, sans qu'il soit toutefois possible d'en tirer des enseignements statistiques.

Les inspections ont également eu à connaître une **dizaine d'agressions sexuelles** à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. Dans les cas présentés, les victimes en étaient des femmes d'âge mûr ou des mineurs, qui n'auraient jamais du se retrouver seules avec leurs agresseurs. L'attitude des personnels à leur égard a été marquée par un déni dont la mission donne plusieurs exemples. Les procédures médico-légales ont été trop tardives. La parole de la personne qui se déclarait victime a été mise en doute. Au bout du compte, c'est sa situation qui s'est dégradée.

¹ Comprenant hospitalisations d'office ou HO et hospitalisations sur demande d'un tiers ou HDT).

Si ces drames restent relativement rares, les **agressions à l'intérieur de l'hôpital** contre le personnel et les malades paraissent en revanche plus **nombreuses** que ne le laissent percevoir les

1 870 signalements recensés par l'ONVH en psychiatrie en 2009². Dans quatre établissements de santé mentale de taille moyenne, l'IGAS a recensé entre 20 et 70 agressions physiques de professionnels par an³, ayant entraîné un arrêt maladie. Le visage est particulièrement visé. Dans certains établissements, on a dénombré récemment plusieurs tentatives d'étranglement heureusement sans conséquences.

Les analyses faites par l'IGAS dans certains hôpitaux montrent que les agressions entre malades sont également fréquentes, mais mal recensées. Cette omission est d'autant plus regrettable que la littérature scientifique indique que **les malades mentaux subissent plus de violence et d'agressions sexuelles que la population générale**⁴ et qu'il existe un lien complexe entre les violences subies, l'état de santé physique ou mental et le statut d'auteur d'agressions. Mais peu d'hôpitaux réagissent en mettant en place des programmes de formation et d'équipement adéquats. Ceux qui le font enregistrent des résultats positifs.

1.2 - Malgré les efforts accomplis, la maltraitance physique des malades par les personnels reste un phénomène caché.

Les exemples rencontrés présentent des points communs : une présence médicale lointaine, un encadrement défaillant, des locaux et des équipements vétustes, un enfermement des malades. Confrontées à une réalité quotidienne dénuée de perspectives, les personnes maltraitantes sont des agents peu formés, souvent livrés à eux-mêmes. Une solidarité mal comprise ou d'anciennes traditions conduisent les collègues à fermer longtemps les yeux sur leurs agissements, jusqu'à l'arrivée d'un personnel « neuf ».

1.3 - Les détenus et les malades hospitalisés sans leur consentement fuient facilement des établissements de santé mentale.

Du fait des risques pour l'ordre et la sécurité publique, la fugue d'un malade ayant des antécédents homicides ou l'évasion d'un détenu dangereux motivent fréquemment une enquête. A partir de plusieurs sources nationales et de recoupements approfondis effectués dans sept établissements de santé, la mission a évalué **entre 8 000 et 14 000 le nombre annuel de fugues de patients hospitalisés d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT)** à partir d'un établissement hospitalier censé les soigner et les surveiller. Quant aux **détenus**, ils sont une **quarantaine par an** à s'évader d'un hôpital psychiatrique et ce mode d'évasion est le plus facile à mettre en œuvre.

² Le rapport de l'Observatoire national des violences hospitalières (ONVH) constitue une base précieuse. Mais seule une petite fraction des 500 hôpitaux qui accueillent des malades mentaux participent au signalement.

³ Moyenne calculée à partir des trois dernières années où les données sont disponibles

⁴ « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de littérature et des notions connexes ». Revue d'épidémiologie et de santé publique 56(2008) 197-207 ; A.M. LOVELL, J. COOK et L. VELPRY

Dans la grande majorité des cas, les malades fuguent **à pied, en plein jour, par le portail central** de l'établissement. Ils sortent de l'unité de soins qui les héberge par la porte de celle-ci ou en enjambant le grillage de la cour, (éventuellement après avoir placé un fauteuil sur une table pour y arriver), plus rarement par la fenêtre. Dans certains cas, et notamment pour les détenus, l'évasion peut se faire par effraction ou prise d'otages (le malade ceinture l'infirmière ou l'agent de service pour lui voler ses clefs), voire, de façon exceptionnelle, par une sorte de mutinerie collective.

Dans la quasi-totalité des cas, le retour est rapide et les fugues n'ont pas de conséquences graves. Mais elles induisent des **ruptures thérapeutiques** et un risque de rechute des addictions lorsque le patient n'est pas ramené par son entourage, la police ou la gendarmerie ou ne revient pas de lui-même. De surcroît, **plusieurs décès se produisent chaque année au cours de ces fugues** : outre trois exemples récents de meurtres, on déplore une quinzaine de suicides par an, ainsi que des accidents et des agressions graves de malades, dont le rapport donne des exemples. Enfin ces fugues peuvent avoir des conséquences judiciaires, pour les détenus qui s'évadent ou les professionnels concernés.

1.4 - Les données récentes de la littérature montrent que certains malades présentent un risque accru de commettre un meurtre, même si la majorité n'est pas dangereuse.

Il existe depuis les années 80 et 90, des études nord-américaines menées dans la population générale, des études scandinaves de suivi de cohorte à partir de la naissance, des données anglo-saxonnes provenant du suivi des malades mentaux traités et des données judiciaires croisées avec des données médicales (ex : rapport anglais 2006⁵ portant sur 2 670 homicides et 235 morts subites et inexplicables survenues en 5 ans, qui montre qu'entre 9 et 18 % des homicides sont le fait de personnes souffrant de troubles mentaux graves) qui apportent des éclairages sur la dangerosité psychiatrique.

Malheureusement cette question n'a jusqu'à présent pas fait l'objet en France d'études épidémiologiques de grande ampleur. Comme le souligne un des rares spécialistes français de la question, « *le problème de la violence des malades mentaux a toujours oscillé entre une stigmatisation sans nuance et une affirmation non moins militante de l'absence de dangerosité du malade mental* »⁶.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a organisé en décembre 2010 une audition publique sur la dangerosité psychiatrique s'appuyant sur les travaux des experts et des documentalistes qui ont lu et synthétisé près d'un millier d'articles scientifiques internationaux. Ces travaux sont désormais publics. Ils montrent clairement qu'une **fraction** des malades **schizophrènes** et une fraction des porteurs de **troubles bipolaires** présentent un **risque accru de violence** et d'homicide et que les addictions à **l'alcool et au cannabis** majorent ce risque. C'est le facteur multiplicateur qui varie d'une étude à l'autre, pas le constat général.

⁵ « *Avoidable deaths. Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness* » dec 2006. University of Manchester

⁶ « *Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?* ». J.L.SENON, M.HUMEAU
Info psy 2006 ; 82 :645-52

2- UNE PARTIE DES STRATEGIES SECURITAIRES REPOSE SUR L'IDEE D'AMELIORER LA DETECTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DANGEROUSITE PAR LE SYSTEME DE SANTE MENTALE. MAIS LES CONDITIONS DE SUCCES NE SONT PAS REUNIES

Pour apprécier réellement la dangerosité, il faudrait s'accorder sur le concept, disposer d'un outil diagnostique fiable et d'une situation stable. Or rien de tel n'existe : les facteurs individuels sont rarement connus dans leur intégralité et ils ne sont pas pris en compte suivant une échelle de valeur rôdée. Quant à l'environnement, loin d'être neutre, certains défauts d'organisation du système de santé mentale jouent un rôle favorisant dans les passages à l'acte.

2.1 - L'évaluation des critères de dangerosité individuelle doit encore progresser, mais elle aura de toute façon ses limites.

Les informations permettant d'apprécier la dangerosité (et notamment les antécédents de violence) sont éparpillées et personne ne les réunit en une seule main. Le psychiatre ne fonde son avis que sur des éléments cliniques fournis par le malade. L'entourage n'est pas forcément associé en amont ou en aval au suivi du malade. Les services de police et de gendarmerie ne disposent que d'informations fragmentaires. Les maires ne sont pas avertis des sorties des personnes qu'ils ont fait hospitaliser d'office. Le logiciel de suivi des décisions d'hospitalisation sans consentement « HOPSY » est peu performant. Le préfet ne reçoit le plus souvent que des informations qui lui remontent de l'hôpital, via les délégations territoriales de l'ARS (ex DDASS) mais sans véritable filtre de celles-ci, et n'a aucun moyen propre d'appréciation. Dans ce contexte, ceux qui prennent la responsabilité d'une décision de sortie (psychiatres ou/et préfets, juges, etc.) sont soumis à une inévitable part d'aléa.

Les psychiatres peuvent réduire cette part d'imprévu en utilisant des grilles d'évaluation internationales qui existent pour affiner ou objectiver un bilan clinique. De tels outils pourraient compléter la réflexion pour étayer, au moins en partie, une décision de sortie ou un maintien de l'hospitalisation, mais ces outils ne sont pas encore utilisés en France, et des expérimentations seraient indispensables pour les adapter en pratique courante.

2.2 - Certains mauvais usages hospitaliers, qui ne respectent pas les droits des malades, créent des conditions favorables au passage à l'acte.

Trois facteurs au moins augmentent le risque de fugue ou de violences au cours d'un séjour dans une unité d'hospitalisation. Tout d'abord, le **confinement** dans des espaces étroits de personnes de tous âges présentant des pathologies et des origines diverses, certaines délirantes et en crise aiguë et d'autres proches de la sortie, crée d'inévitables tensions. Par la suite, la **négation de la vie privée** qui se traduit par des chambres communes, parfois le port obligatoire du pyjama en journée, le repas systématiquement pris en commun, la chaîne de télévision imposée, et l'absence quasi totale de distractions les aggravent encore. Enfin, l'**utilisation abusive des chambres d'isolement** (accentuée parfois par l'emploi de méthodes de contention) éloignée parfois de toute bonne pratique et presque systématique pour les détenus et les malades difficiles, peut rendre la tentative de fugue ou d'agression hautement prévisible.

2.3 - La conduite des hôpitaux vis-à-vis des addictions n'est pas cohérente, alors que les drogues jouent un rôle aggravant

L'**alcool** est partout prohibé, sans que cela ne fasse problème, les entorses à cette règle restant marginales. Le **tabac** est en revanche consommé par une grande majorité des malades (entre 60 et 80 %), généralement à l'extérieur des locaux couverts, pour respecter la législation. Le personnel - fortement fumeur - revendique l'usage du tabac comme le seul plaisir qui reste aux malades et s'en sert parfois comme monnaie d'échange. Les répercussions financières du tabac ne sont pas négligeables pour un patient fumeur puisque entre 25 et 100 % de l'allocation adultes handicapé (AAH) qu'il reçoit de la solidarité nationale sert à financer ce type d'achat. Quant aux trafics de **cannabis**, rencontrés dans tous les hôpitaux visités, les directions d'établissement se disent impuissantes à les empêcher, alors que ce produit est un des facteurs contribuant à la survenue ou à la décompensation de certaines psychoses, comme le prouvent notamment des études canadiennes ou suédoises.

3- LA CONCEPTION MEME DU DISPOSITIF HOSPITALIER JOUE UN ROLE ESSENTIEL DANS CES DEFAILLANCES

3.1 – Les installations ne tiennent pas suffisamment compte des besoins

Les **accès sont mal aménagés et peu surveillés**. A une époque où, dans tout établissement public ou hôtel, un visiteur est accueilli et guidé et dispose d'un badge pour accéder ou non à certains sites, l'hôpital laisse entrer⁷ et sortir⁸ n'importe qui, alors qu'il a l'obligation de surveiller et de protéger ses malades fragiles.

Quant aux unités de soins, leur conception pose parfois problème : fermées, elles peuvent retenir illégalement des malades en hospitalisation libre, et ne pas avoir été conçues avec des cours ou des jardins suffisants pour permettre la déambulation de ceux qui y sont placés sans leur consentement ; ouvertes, elles réclament une attention accrue du personnel, sans laquelle les fugues sont particulièrement faciles. Dans les deux cas, les unités peuvent avoir des couloirs et des espaces impossibles à surveiller, d'autant que les dispositifs d'alerte portables et les systèmes de télésurveillance sont inégalement employés.

3.2 - L'organisation interne des hôpitaux n'a pas évolué

Depuis les années 60 et la création des secteurs psychiatriques, un malade est en principe soigné par le secteur psychiatrique du lieu de sa résidence et hospitalisé dans les lits dont le secteur a la charge. Comme le nombre de lits psychiatriques est passé de 133 000 en 1975 à environ 56 000 en 2010, le nombre moyen de lits par secteur est passé de 150 à 40 environ, sans que l'organisation interne de l'hôpital ne varie. La plupart des unités comptent une vingtaine de lits, et on compte en moyenne deux unités par secteur. Au sein de ces petites structures, on assiste au mélange de sujets fragiles, parfois âgés, apaisés ou proches de la sortie avec des jeunes entrants en crise souvent

⁷ Y compris un dealer ou un curieux indésirable.

⁸ Y compris un malade hospitalisé d'office, un détenu article D 398 CPP, qui passe sans problème par l'entrée principale, une fois qu'il est sorti de l'unité de soins.

violents ; de malades hospitalisés sans consentement avec des malades en hospitalisation libre ; de schizophrènes et de psychotiques avec des malades ayant des troubles du comportement (y compris alimentaire) ou de l'humeur. De tels regroupements facilitent les agressions et les homicides cités plus haut. En outre, les taux d'occupation avoisinent souvent les 100 %, parfois en raison d'une utilisation peu dynamique des lits. Dès lors, une personne admise en urgence en état de crise prend le lit disponible, et peut y rester même s'il ne correspond pas à celui de son secteur pendant son séjour. On cumule ainsi les inconvénients (mélanges inappropriés et non-suivi par les personnels qui connaissent le malade) qui nuisent à la continuité et à la qualité des soins.

3.3 - Le suivi des malades mentaux est déterminant pour éviter les ruptures thérapeutiques et limiter les complications somatiques

Les traitements donnés aux malades mentaux sont nécessaires pour atténuer les symptômes et pour leur permettre d'être suivi en ambulatoire, mais ils comportent de nombreux effets secondaires somatiques (obésité, troubles neurologiques, métaboliques, digestifs et cardio-vasculaires notamment). Les chutes provoquées par une hypotension orthostatique sont d'autant plus fréquentes que les posologies sont lourdes et les interactions nombreuses. Dans un établissement inspecté, leur nombre atteignait 545 en trois ans, heureusement le plus souvent sans gravité.

La plupart des accidents survenus en sortie d'essai ou au décours d'une hospitalisation psychiatrique se produisent lors d'une **rupture thérapeutique totale ou partielle**, avec reprise des addictions. Or la sortie de l'hôpital est souvent l'occasion de passer d'une forme injectable à une forme orale, la compliance et l'absence de toxiques ne font pas toujours l'objet de contrôles biologiques, le suivi somatique est rarement organisé de façon coordonnée, les rendez vous avec le CMP sont parfois trop espacés, dans les premiers temps du moins.

La coordination avec les services d'aval et les autres administrations n'est pas toujours bien établie sauf dans les endroits où un protocole a été signé, qui précise, en cas de crise, qui va chercher le malade chez lui, qui ouvre sa porte, qui fait la saisie de corps, et qui paie.

3.4 - La gestion des ressources humaines dans les établissements de santé mentale est à l'origine de bien des difficultés

Contrairement à une idée répandue, ce ne sont pas les effectifs de personnels qui font défaut, sauf exception localisée : le nombre de médecins employés dans les CHS a régulièrement augmenté au plan national depuis 1989 et si le nombre d'infirmiers a diminué, il l'a fait dans des proportions moindres que la baisse du nombre de lits, ce qui a permis une croissance régulière du nombre de soignants par lit.

En revanche la charge de travail des infirmiers en hospitalisation complète s'est alourdie et surtout le **temps de présence des personnels a été réduit**. L'IGAS a constaté à plusieurs reprises une présence médicale manifestement insuffisante dans certains établissements. L'absentéisme des personnels soignants atteint parfois des niveaux inquiétants, les accords de réduction du temps de travail ont été négociés dans certains établissements de façon anormalement libérale et réduisent un temps de travail que viennent grignoter les trop nombreuses pauses des fumeurs. Enfin, dans quelques régions, le cumul d'emploi touche certaines catégories du personnel qui travaille de nuit et affaiblit leur vigilance.

Par ailleurs, la **formation initiale** des infirmiers à la prise en charge des malades mentaux est mise en cause, car elle ne prévoit pas de module spécifique à la prévention et à la gestion des situations d'agressivité en psychiatrie. Ce constat est également valable pour les personnels plus expérimentés, qui n'ont pas toujours acquis les bons réflexes pour faire face à une situation difficile ou appris à contrôler leurs émotions envers les patients.

3.5 - Les autorités de tutelles se sont peu investies

La sécurisation et l'amélioration de la qualité des soins dans les services hospitaliers de santé mentale ne font pas partie des priorités stratégiques déjà nombreuses des autorités de tutelle (DGOS, DGS, ARS). **Aucune incitation financière** ne vient saluer les efforts vertueux d'un directeur d'établissement ou d'un chef de pôle et les projets d'investissements sont rarement aidés. Enfin le bilan des locaux à rénover reste à faire.

4- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

4.1 - Un changement d'état d'esprit

D'ores et déjà, des améliorations simples du dispositif, pas forcément coûteuses, pourraient apporter rapidement des gains de sécurité, tout en assurant une meilleure prise en charge des malades mentaux. D'autres mesures en revanche demanderont des expérimentations, des formations et l'instauration d'un véritable débat pour élaborer des réformes permettant d'adapter le système de santé mentale aux évolutions constatées.

Jusqu'ici en effet, l'**apparente rareté des conséquences graves a tenu lieu d'excuse face aux dysfonctionnements** qui s'accumulaient et les propositions d'amélioration ont été critiquées comme abusivement sécuritaire. Or cette opinion repose sur des données inexactes : d'une part, certains dysfonctionnements sont quotidiens. Avec plus de 10 000 fugues et des centaines d'agressions, on est loin de l'application irréfléchie d'un principe de précaution maximaliste face à des risques imaginaires. D'autre part, si l'on croit à l'utilité du traitement et du suivi psychiatrique, comment admettre comme sans importance la rupture thérapeutique qu'entraîne inévitablement la fugue prolongée ?

Lorsqu'une fugue ou un meurtre a lieu, l'antienne est que l'hôpital est un lieu de soins et non une prison. Bien sûr. Est ce une raison pour que le dispositif de soins surveille les malades avec désinvolture, alors qu'ils ont été placés là pour les protéger et les empêcher de nuire ou de se nuire ? Il faut **changer d'état d'esprit** : non seulement **la sécurité et la qualité des soins ne sont pas des notions opposées**, mais la sécurité fait partie de la qualité des soins. Quant au **respect des malades**, il contribue - avec l'amélioration du confort et du bien être - à une baisse des tensions et à la **prévention de la violence**. Mais dans le même temps, il ne faut **pas demander à l'hôpital, son directeur et ses médecins plus qu'ils ne peuvent donner**. Il ne faut pas exiger de médecins des diagnostics ou des pronostics sûrs à 100 % ou des guérisons garanties, quand aucun système de santé ne le permet et qu'aucune technique de prise en charge n'est fiabilisée. Les médecins ont des obligations de moyens, pas de résultats, et les directeurs ne peuvent avoir des responsabilités qui outrepassent leurs possibilités.

4.2 - Les propositions découlent de ces principes

Parmi les priorités :

- d'une part créer des véritables **sas d'entrée** et employer des badges électroniques, pour laisser entrer et sortir les personnels, informer et orienter les visiteurs, filtrer les sortants en **laissant librement passer les malades en hospitalisation libre**, retenir les personnes en HDT et HO, les détenus et les mineurs, et éviter les indésirables. Le contrôle des accès n'est pas incompatible avec une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur ;
- équiper les personnels des dispositifs de protection du travailleur isolé (y compris en ambulatoire),
- mettre en place des **moyens de distraction** des malades hospitalisés ;
- remplacer les chambres collectives par des **chambres individuelles**, créer les infrastructures de pédo-psychiatrie qui manquent dans certains territoires, et reconstruire les locaux dégradés avec des principes architecturaux qui concilient les besoins en matière de thérapie et de sécurité.

Une réflexion devrait être engagée au niveau national pour édicter un cahier des charges architectural, créer des unités d'hébergement de longue durée pour accueillir dans des conditions humaines des personnes aux antécédents d'homicides estimées très dangereuses, mais ne relevant pas à l'heure actuelle du système pénal (type médico-social et soins sous contrainte ou HO de longue durée), et estimer le coût de ces mesures.

Par ailleurs il convient que les établissements qui ne l'ont pas encore fait engagent une réflexion en matière de **réorganisation des unités hospitalières**, de manière à accueillir des populations de malades homogènes, sans cohabitation forcée de sujets fragiles avec des sujets dangereux, et répondant à un projet médical cohérent et novateur. Parmi ces unités, certaines seront fermées et devront disposer de jardins et de cours permettant une déambulation suffisante, avec une enceinte réellement sécurisée, des distractions suffisantes. Chaque fois que leur état clinique le permet, le choix personnel des malades hospitalisés sans consentement devrait être pris en compte (repas individuel, habillement, télévision...). L'usage des chambres d'isolement devrait respecter rigoureusement le référentiel établi par l'ANAES⁹ et être strictement limité aux crises, avec des systèmes de pénalisation financière pour l'établissement, évitant tout abus.

► **En deuxième lieu, de nombreuses bonnes pratiques restent à élaborer et à mettre en œuvre** : qu'il s'agisse de l'abord des victimes d'agressions sexuelles, de l'usage des méthodes de contention, des procédures à la sortie de l'hôpital pour assurer un suivi thérapeutique effectif. L'usage du retour d'expérience devrait être généralisé en interne à tout évènement indésirable grave. Il revient en outre aux ARS de vérifier si toutes les agressions sont déclarées conformément à l'article L. 1413-14 du CSP.

► **Enfin, la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux psychiatriques mérite un chantier d'envergure** pour limiter les dérives. L'inspection a rencontré de nombreux personnels motivés et attachés à leur travail en psychiatrie mais il convient de les sécuriser dans leur pratique pour garantir leur sécurité et celle des patients. Les établissements devraient mettre en œuvre des

⁹ « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* », ANAES, juin 1998

formations spécifiques à destination des nouvelles recrues, toutes catégories professionnelles confondues, pour apprendre à prévenir et à gérer les situations d'agressivité ; et développer, dans le cadre de la formation continue, des stages sur les procédures de sécurité, sur la prévention des incidents, et proposer des entraînements physiques réguliers au contrôle des agressions à l'ensemble des personnels.

De nombreuses **études** manquent en France pour apprécier valablement les besoins de santé mentale et évaluer l'efficacité des politiques. Il convient donc de réparer ce déficit. A l'heure actuelle, la prise en charge de la maladie mentale -souvent laissée aux seules mains des médecins et des soignants, pour qui la tâche est lourde – peut paraître confisquée par ces professionnels, faute de **communication** suffisante. Une meilleure communication est nécessaire en direction de trois catégories d'interlocuteurs :

- les malades eux mêmes,
- les proches qui les hébergent et les soignent (parents et conjoints notamment),
- d'autres professionnels appelés à intervenir, comme les maires, la police ou la gendarmerie, les pompiers...

Il convient non seulement de **mieux informer chaque patient** de ses droits et obligations, des risques de sa conduite, en essayant de tenir compte de ses choix lorsque c'est possible (vêtements, repas, distractions), mais aussi de **recueillir les avis** des proches avant, pendant et après l'hospitalisation et d'en tenir compte.

Il faut enfin informer les professionnels des bonnes pratiques et communiquer plus largement sur la maladie mentale.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	17
AVERTISSEMENT METHODOLOGIQUE	21
1. LES ACCIDENTS EN PSYCHIATRIE QUI METTENT EN JEU LA SECURITE DES PERSONNES REVELENT DES DEFAILLANCES REPETEES DU DISPOSITIF HOSPITALIER DE SANTE MENTALE	23
<i>1.1. Le système de santé mentale est confronté à des violences qu’il sait mal prévenir ou gérer.</i>	<i>23</i>
1.1.1. L’IGAS et les services (ARS, ONVH) ont enquêté sur près d’une vingtaine d’homicides ou de tentatives d’homicide en cinq ans.	23
1.1.2. Les agressions de malades envers d’autres malades mentaux ou envers les personnels soignants sont fréquentes et pèsent sur le climat général	27
1.1.3. Les viols et les agressions sexuelles à l’intérieur des établissements ne sont pas des phénomènes exceptionnels	30
1.1.4. La maltraitance physique, dans des unités isolées, reste souvent cachée pendant plusieurs années.	36
<i>1.2. Les fugues et les évasions de malades hospitalisés sans consentement qui entraînent une rupture thérapeutique, sont faciles et fréquentes.</i>	<i>37</i>
1.2.1. La fréquence et le taux réel de fugues sont sous-évalués à tous les niveaux.....	37
1.2.2. Les modes opératoires ne demandent le plus souvent aucun effort particulier	42
1.2.3. L’évasion des détenus s’avère parfois plus difficile, mais l’hôpital psychiatrique reste pour un détenu le moyen le plus simple de s’échapper, en l’absence de garde pénitentiaire.	44
1.2.4. La fugue d’un patient potentiellement dangereux n’est pas toujours signalée à temps aux forces de sécurité.	46
1.2.5. Dans la majorité des cas, les fugues n’ont pour conséquence qu’une rupture thérapeutique, mais plusieurs décès se produisent chaque année au cours de ces fugues ...	48
<i>1.3. Ces accidents engagent la responsabilité juridique des établissements pour défaut de surveillance ou d’organisation du service.....</i>	<i>51</i>
2. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DANGEROUSITE DES MALADES SE REVELENT MULTIPLES ET COMPLEXES.....	52
<i>2.1. La violence subie ou provoquée par les malades mentaux est revue à la hausse dans la littérature scientifique internationale.....</i>	<i>52</i>
2.1.1. Les données récentes de la littérature montrent que certaines catégories de malades ont un risque accru de commettre un homicide, même si la majorité n’est pas dangereuse	52
2.1.2. La faiblesse des données nationales n’est pas un argument pour penser que, dans notre pays, les choses puissent être différentes.....	56

2.2. <i>Le confinement, la promiscuité et le désœuvrement des malades créent les conditions favorables au passage à l'acte</i>	57
2.2.1. Le non-respect des droits des malades suscite des frustrations inutiles et dangereuses.....	57
2.2.2. L'utilisation abusive des chambres d'isolement contribue à accroître la tension dans les services.....	61
2.2.3. Le désœuvrement des malades suscite un ennui néfaste.	65
2.3. <i>La conduite des hôpitaux vis-à-vis des addictions de leurs patients est marquée par l'incohérence</i>	67
2.3.1. L'alcool est partout prohibé.....	67
2.3.2. Fortement consommé par les malades, le tabac est revendiqué à leur égard par les personnels, souvent eux même fumeurs, comme « <i>le seul plaisir qu'il leur reste</i> » et les dommages qu'il cause sont ignorés.	68
2.3.3. Les hôpitaux psychiatriques assistent impuissants aux trafics quotidiens de cannabis, alors que le cannabis est un facteur de psychose	72
2.3.4. Les autres drogues sont plus marginales	73
2.4. <i>L'évaluation des critères de dangerosité individuelle pourrait progresser, mais a de toute façon des limites</i>	74
2.4.1. Les outils d'évaluation clinique ne sont pas expérimentés en France.	74
2.4.2. Les médecins ne peuvent pas à coup sûr pronostiquer la dangerosité d'un malade. .	76
2.5. <i>L'éparpillement des informations entre les acteurs rend difficile l'appréciation de la dangerosité d'un patient</i>	78
2.5.1. Le médecin dispose uniquement des éléments cliniques et des informations que le patient a bien voulu lui communiquer.	78
2.5.2. La communication avec les proches du patient n'est pas toujours suffisante.	81
2.5.3. Les maires ne sont pas systématiquement associés au suivi ambulatoire des patients.....	81
2.5.4. Dans certains territoires, le préfet ne disposait pas, jusqu'à récemment, des éléments nécessaires pour éclairer ses décisions.	82
3. LES FACTEURS SYSTEMIQUES ONT ETE JUSQU'ICI PEU DECRITS DANS L'ORIGINE DES DEFAILLANCES, ALORS QU'ILS JOUENT UN ROLE PRIMORDIAL	84
3.1. <i>Les installations ne tiennent pas toujours assez compte des besoins</i>	84
3.1.1. Les accès sont généralement mal aménagés et peu surveillés.....	84
3.1.2. Les allées et venues dans les unités de soins sont souvent mal gérées.....	86
3.1.3. La conception des unités pose souvent problème.....	87

3.2. <i>L'organisation interne des établissements n'a pas suffisamment évolué pour prendre en compte les changements intervenus</i>	90
3.2.1. Les réductions capacitaires hospitalières publiques sont parfois insuffisamment compensées par le développement des alternatives.	90
3.2.2. L'organisation médicale intra hospitalière favorise souvent le contact entre des sujets fragiles et des sujets dangereux et n'aide pas à l'élaboration de projets d'ensemble novateurs.....	92
3.3. <i>Le suivi des malades mentaux est déterminant pour éviter les ruptures thérapeutiques et limiter les complications somatiques</i>	93
3.3.1. Les traitements comportent de nombreux effets secondaires qu'il convient de surveiller attentivement.....	93
3.3.2. Les modalités d'organisation de la continuité des soins ne permettent pas toujours d'éviter la rupture thérapeutique ou la reprise d'addictions.	97
3.3.3. La coopération avec les forces de sécurité a globalement progressé.....	100
3.4. <i>La gestion des ressources humaines joue un rôle décisif dans la politique de prévention des accidents</i>	102
3.4.1. Malgré une croissance régulière des effectifs rapportés aux lits, certains établissements peuvent connaître des déficits localisés.....	102
3.4.2. En revanche le temps de présence des personnels est presque partout réduit	106
3.4.3. L'expérience et la formation du personnel sont déterminantes pour garantir la sécurité des patients.	109
3.5. <i>Les autorités de tutelle ne contribuent pas suffisamment à l'évolution du dispositif hospitalier de santé mentale</i>	112
3.5.1. La sécurisation des hôpitaux ne fait pas partie des priorités stratégiques des établissements et des autorités de tutelle.	112
3.5.2. Des efforts d'investissement sont nécessaires pour restructurer et construire des bâtiments adaptés aux évolutions thérapeutiques	114
4. LES PROPOSITIONS	115
4.1. <i>Un état d'esprit à changer de part et d'autre pour arriver à un équilibre</i>	115
4.2. <i>Rappel des recommandations</i>	116
4.2.1. Equiper, bâtir, rénover, adapter	116
4.2.2. Organiser, restructurer, formaliser, gérer, former.....	117
4.2.3. Recenser, mesurer, évaluer, rechercher, expérimenter, valider, diffuser.....	118
4.2.4. Informer, communiquer, coordonner.....	119
4.2.5. Légiférer, régler.....	119
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	121
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	129

INTRODUCTION

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été mandatée à plusieurs reprises ces dernières années, pour enquêter sur les circonstances de fugues de personnes hospitalisées sans leur consentement ou sur des agressions graves effectuées ou/et subies par des malades mentaux pris en charge par le dispositif hospitalier de santé mentale (hôpitaux publics et privés à but non lucratif). Sur la vingtaine de rapports effectués sur ce thème depuis 2005, l'année 2010 en a compté neuf et l'année 2009 deux. Dans plusieurs sites, les enquêteurs ont étendu leur enquête à l'ensemble des événements indésirables du même type comptabilisés depuis plusieurs années et effectué des contrôles des établissements. Lors de ces diverses occasions, les membres de l'IGAS ont remarqué que plusieurs facteurs identiques tenant à la conception ou à l'organisation du système de soins aux malades mentaux, à la gestion ou à la mauvaise application de bonnes pratiques avaient facilité l'émergence des drames.

L'inspection a souhaité tirer les enseignements de l'ensemble des missions d'enquêtes et des contrôles effectués dans les établissements de santé mentale au cours des cinq dernières années. Elle a également demandé aux agences régionales de santé (ARS) de communiquer les enquêtes réalisées sur ce sujet depuis cinq ans et quinze d'entre elles ont répondu¹⁰.

L'objet de la mission est multiple :

- 1 - il s'agit, en premier lieu, au vu des éclairages apportés, d'examiner les méthodes et les moyens permettant de remédier aux dysfonctionnements, de proposer aux ministres et aux directions concernées des mesures visant à améliorer la sécurité du dispositif de santé mentale et la prévention des accidents impliquant des malades mentaux à partir des travaux élaborés et de la bibliographie accumulée ;
- 2 – il s'agit également de mieux comprendre quelles sont les personnes soumises à ces risques (aussi bien comme auteurs que comme victimes), de puiser des informations dans la littérature nationale et internationale pour mesurer l'ampleur des phénomènes, connaître les mesures envisagées dans d'autres pays et voir comment les enseignements sont transférables ;
- 3 – il s'agit enfin, de façon plus accessoire, de doter l'inspection générale et les inspections des ARS de fiches méthodologiques en cas d'accident afin d'améliorer les pratiques d'inspection, de faciliter le bon dimensionnement du contrôle, de rendre plus sûre et plus efficace sa réalisation dans des délais satisfaisants¹¹.

On trouvera en annexe 1 la liste des personnes rencontrées.

La mission a choisi la démarche suivante :

- 1° rassembler tous les rapports effectués par l'IGAS et par les ARS sur ces thèmes.

¹⁰ Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Haute Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de Loire, PACA, Picardie. Qu'ils en soient remerciés.

¹¹ Ce point fera l'objet d'une note interne à diffusion restreinte.

2° réunir une abondante littérature nationale et internationale sur le sujet. La mission a été grandement aidée en cela par le colloque que la haute autorité de santé (HAS) a organisé le 10 décembre 2010 sur la dangerosité psychiatrique et l'important travail de bibliographie et d'expertise mené à cette occasion. On trouvera à la fin du rapport la liste des références bibliographiques de la mission ;

3° rencontrer différents experts nationaux de ces sujets, les fédérations de parents de malades mentaux ou de malades mentaux eux-mêmes, les fédérations hospitalières et les représentants des directeurs ou des CME ainsi que la mission nationale d'appui en santé mentale ;

4° interroger, tant au ministère de la santé (DGS, DGOS, ONVH), qu'au ministère de l'intérieur (secrétariat général) et à la Chancellerie (DAP, DACG), les différents services de l'Etat qui ont en charge des questions tenant à la maladie mentale, à la sécurité et à la violence, recueillir leurs analyses, les documents qu'ils détiennent ainsi que le résultat d'éventuelles enquêtes ;

5° demander à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) les renseignements anonymes dont elle dispose sur la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement. On trouvera en annexe 2 l'intéressante étude de l'ATIH faite à cette occasion ;

6° questionner les services du Médiateur de la République, du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), de la Défenseure des enfants, tous services qui recueillent directement auprès du public des informations et des plaintes sur le sujet ;

7° visiter des établissements ayant accompli des efforts particuliers pour respecter tout à la fois la dignité et le confort des personnes, la liberté des malades hospitalisés avec leur consentement et la sécurité de tous, afin de s'inspirer de leurs expériences (CH Henri Laborit, CH Sainte Anne, EPSM Lille métropole).

Le rapport comprend quatre chapitres :

- le premier retrace les situations mettant en cause la sécurité des personnes au sein du dispositif de santé mentale telles qu'elles ont pu être constatées par l'IGAS, les ARS ou l'Observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH) ;
- le deuxième chapitre s'attache aux aspects individuels et collectifs qui peuvent faciliter ou provoquer les drames ;
- le troisième chapitre s'intéresse aux facteurs systémiques (architecture, organisation des services, fonctionnement, moyens, procédures) retrouvés dans la plupart des affaires, qui – lorsqu'ils ne sont pas adéquats - favorisent la survenue des accidents ;
- le quatrième chapitre formule des propositions.

Une liste des sigles et abréviations utilisés dans ce rapport est présentée en annexe 3.

Les données ont été rendues anonymes et même si certains évènements ont été révélés par la presse, la mission a accordé une attention particulière à ce qu'aucune donnée médicale ne puisse être rattachée à une personne identifiable. Le nom de l'établissement n'est pas cité lorsqu'il s'agit d'une affaire individuelle.

L'encadré ci-dessous synthétise un certain nombre des données contextuelles mais des renseignements plus étoffés sont fournis en annexe 4.

Rappel du contexte

Pour bien comprendre la situation, il convient de rappeler que – grâce à la création de la sectorisation psychiatrique à partir des années 1960 - **86 % des malades mentaux¹² sont maintenant suivis en ambulatoire, c'est-à-dire sans qu'il soit besoin d'hospitaliser le patient**, et 68 % bénéficient dans l'année uniquement de soins en ambulatoire, sans qu'il soit besoin de recourir à une hospitalisation à temps complet ou à temps partiel, ce qui constitue un indéniable progrès. Le malade ambulatoire peut être pris en charge par le centre médico-psychologique ou l'unité de consultation du secteur (plus de 9 millions d'actes), à son domicile ou en institution substitutive (1,5 millions d'actes), en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et dans des ateliers thérapeutiques (1,8 million de venues à temps partiel), en hôpital de jour ou de nuit (respectivement 3,4 millions et 210 000 venues), accueilli dans une famille, en post-cure ou dans appartement thérapeutique (respectivement 830 000, 490 000 et 320 000 journées)¹³.

En revanche **l'hôpital** – qui a perdu énormément de lits (60 % en 30 ans) et ne reçoit plus qu'une proportion minoritaire de malades - **a eu du mal à évoluer**. C'est en effet à l'hôpital que la durée moyenne de séjour a fortement chuté (de 206 jours en 1974 à 30 jours en 2008) et que se concentre une population de malades en crise ou résistants au traitement, parmi lesquels les malades hospitalisés sans leur consentement.

L'évolution des modes d'hospitalisation

Les différents modes d'hospitalisation des malades mentaux adultes sont régis par les articles L.3211-1 et suivants du code de la santé publique (CSP). **L'hospitalisation libre (HL)** se fait avec le consentement du malade. Cependant, les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être hospitalisées sans leur consentement, dès lors que ces troubles altèrent la conscience du besoin de soins, et sous réserve que les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles soient limitées à celles nécessitées par l'état de santé de la personne et la mise en œuvre de son traitement. Les modes d'hospitalisation qui se font **sans son consentement (HSC)** à savoir **l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)** définie aux articles L.3212-1 et suivants et **l'hospitalisation d'office (HO)** définie aux articles L.3213-1 et suivants, qui comporte diverses modalités, selon l'autorité qui en est à l'origine (préfet, maire ou autorité judiciaire). Parmi les hospitalisations d'office, on distingue l'hospitalisation d'office d'un détenu en état d'aliénation mentale (article D.398 du code de procédure pénale), celle des personnes ayant bénéficié d'un classement sans suite, d'un non lieu, ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale (article L.122-1 du code de procédure pénale et article L.3213-7 du code de la santé publique).

En 2009, les patients hospitalisés avec leur consentement représentent 80 % du total des patients hospitalisés (soit 341 000 patients). D'après la DREES, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement a augmenté entre 1998 et 2007 (+ 14 %), mais a diminué entre 2003 et 2007¹⁴. La base de données SAE en ligne enregistre **une forte augmentation du nombre de patients hospitalisés sans consentement au cours des quatre dernières années** (80 235 patients en 2009, soit une hausse de 44 % par rapport à 2006), plus rapidement que la hausse du nombre de patients hospitalisés avec leur consentement (+ 16 % sur la période). Cette évolution

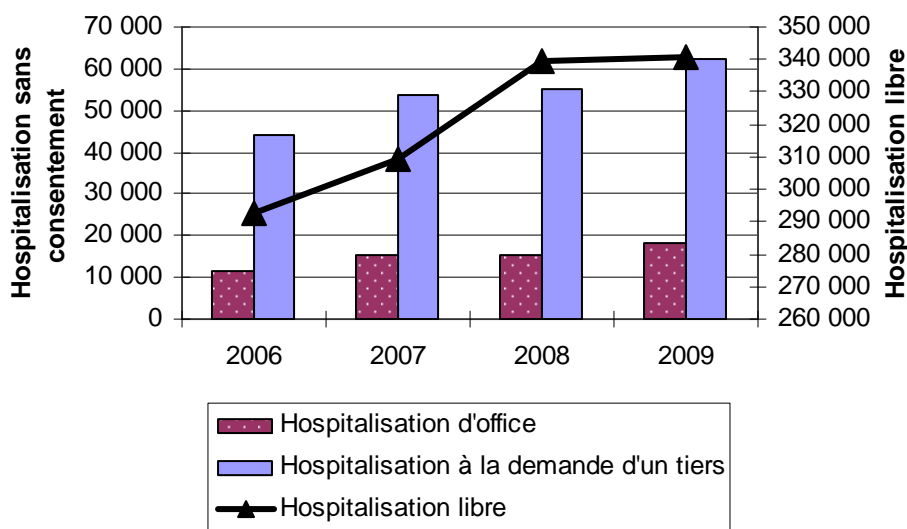
¹² « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », M. COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007

¹³ Source : SAE en ligne, tous établissements de santé mentale, psychiatrie générale, année 2009

¹⁴ « Les établissements de santé, un panorama pour 2007 », DREES, collection Etudes et statistiques, p.134

globale ne doit pas masquer l'existence de fortes disparités départementales (cf. données détaillées en annexe 4). Parmi les hospitalisations sans consentement, on note également la **très forte progression des patients HO pour irresponsabilité pénale**, dont les effectifs sont peu nombreux, mais qui ont doublé sur la période (de 221 patients en 2006 à 589 en 2009), ainsi que celle des **patients HO détenus** (830 patients en 2006, 1 883 en 2009)¹⁵. **Toutes choses égales par ailleurs, il en résulte une plus forte proportion de patients potentiellement difficiles dans les unités de soins.**

Schéma 1 : Evolution du nombre de patients hospitalisés, par mode d'hospitalisation, en nombre (établissements publics et privés, toutes catégories d'établissement)



Source : Mission à partir des données en ligne SAE – Sont comptabilisées le nombre de patients, d'entrées totales et de journées d'hospitalisation selon le mode légal de séjour. Un patient peut être comptabilisé plusieurs fois (mais une seule fois dans chaque mode d'hospitalisation) s'il a fait l'objet de plusieurs modes d'hospitalisation dans l'année. - les données détaillées de ce tableau figurent en annexe 4

¹⁵ A noter que les données de l'ATIH en ligne, plus robustes, qui figurent en annexe, recensent 392 patients HO pénalement irresponsables en 2009 et 1 143 patients HO détenus (établissements publics et PSPH), mais il n'est pas possible de mesurer leur évolution sur une courte période. On n'a pas trouvé d'explication aux écarts constatés entre les données du SAE et celles de l'ATIH, et dans les deux cas, les données en ligne ne sont pas corrigées.

AVERTISSEMENT METHODOLOGIQUE

Ce rapport présente une analyse des accidents en psychiatrie. Les inspectrices invitent le lecteur à tenir compte de plusieurs précautions méthodologiques, avant d'entamer la lecture :

1. La mission est consciente que la psychiatrie ne peut pas être regardée uniquement au travers des accidents, de la violence, de l'insécurité. Inversement, il n'est pas possible d'ignorer l'existence de ces accidents. Agir comme s'ils n'existaient pas, expose à les voir sans cesse se répéter et empirer.
2. De part leurs fonctions, les services d'inspection en général, et l'IGAS en particulier, voient plus souvent des services qui fonctionnent mal que ceux qui fonctionnent bien. La proportion de chacune de ces catégories n'est pas connue.
3. L'ensemble des accidents présentés en première partie ne forment pas un échantillon représentatif. Il n'est donc pas possible, à partir de quelques cas, de tirer des statistiques permettant de généraliser ces constats à l'ensemble des accidents en psychiatrie.
4. L'ensemble des établissements qui ont fait l'objet d'une enquête à la suite d'un accident ne représentent pas non plus un échantillon représentatif. Par ailleurs, ces enquêtes ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, les mauvaises pratiques ou les dysfonctionnements qui ont été relevés dans ces établissements à la date de l'enquête ont pu être corrigés depuis, ou être en passe de l'être.
5. En contrepoint des défaillances relevées dans plusieurs établissements, et pour bien montrer que tous les établissements de santé mentale ne dysfonctionnent pas, la mission cite pour exemple les bonnes pratiques et les données qu'elle a relevé dans trois établissements à l'occasion d'un déplacement (CH Henri Laborit, CH Sainte Anne, EPSM Lille métropole). Ces trois établissements ne représentent également pas un échantillon représentatif de l'ensemble des établissements en psychiatrie.
6. Dans la seconde et la troisième partie, la mission a enrichi son analyse des facteurs de risque par des données nationales et les résultats de plusieurs études nationales et internationales. Les ressources bibliographiques sont citées en bas de page et sont reprises à la fin du rapport.

1. LES ACCIDENTS EN PSYCHIATRIE QUI METTENT EN JEU LA SECURITE DES PERSONNES REVELENT DES DEFAILLANCES REPETEES DU DISPOSITIF HOSPITALIER DE SANTE MENTALE

L'IGAS et les ARS ont été appelées à enquêter à de nombreuses reprises sur les situations dans lesquelles la sécurité des personnes a été compromise par une personne souffrant de troubles psychiques, à l'intérieur de l'enceinte hospitalière, à l'occasion d'une sortie d'essai ou dans les suites immédiates d'une hospitalisation. Qu'il s'agisse de fugues de personnes hospitalisées sans consentement, d'évasions de détenus, d'agressions et d'homicides, d'accidents ou de complications iatrogènes, la question posée étant celle du bon fonctionnement du dispositif sanitaire.

Les situations décrites ci-dessous se limitent aux accidents qui se sont produits dans le champ hospitalier (à l'intérieur de l'établissement ou en sortie immédiate) et ayant eu des conséquences physiques (les traumatismes psychologiques et les complications à très long terme n'ont pas été étudiées).

Malgré l'importance du problème, la **question du suicide** de la personne ayant des troubles mentaux n'a **pas été traitée**. En effet, l'IGAS n'a jamais enquêté récemment sur un cas semblable et ne dispose pas de données récentes sur le sujet. La mission est toutefois consciente que ce phénomène mériterait une enquête spécifique.

1.1. Le système de santé mentale est confronté à des violences qu'il sait mal prévenir ou gérer.

1.1.1. L'IGAS et les services (ARS, ONVH) ont enquêté sur près d'une vingtaine d'homicides ou de tentatives d'homicide en cinq ans.

Ces cinq dernières années, l'IGAS et les services du ministère de la santé (ARH, ONVH) ont été chargés d'enquêter sur les circonstances ou le contexte de plusieurs homicides ou tentatives d'homicides :

- trois homicides lors d'évasions ou de fugues de malades hospitalisés sans leur consentement (cf. chapitre 1.2) ;
- sept homicides ou tentatives d'homicides à l'intérieur d'un établissement hospitalier,
- cinq meurtres ou tentatives de meurtre en sortie d'essai de HO,
- quatre meurtres ou tentatives en ambulatoire, immédiatement après la sortie définitive de l'hôpital, soit au total dix neuf meurtres ou tentatives.

L'IGAS a été appelée dans quelques cas particulièrement dramatiques. Ces quelques affaires ne permettent **en aucun cas de tirer des statistiques**. Les chiffres suivants sont donnés à titre factuel. Les agresseurs étaient tous des hommes, relativement jeunes (un seul avait plus de 45 ans, huit moins de 45 ans et dans neuf cas, l'âge n'était pas précisé), au physique parfois impressionnant, aux antécédents de violence nombreux (six d'entre eux avaient des antécédents connus d'homicides ou de tentatives d'homicides). La plupart d'entre eux étaient schizophrènes, et un sujet était paranoïaque. Aucun agresseur n'était signalé comme étant sous l'influence de l'alcool au moment des faits. Sept étaient hospitalisés d'office, cinq hospitalisés sous demande d'un tiers, et le statut

d'hospitalisation n'était pas connu dans les autres cas (mais ils avaient presque tous été hospitalisés sans leur consentement à un moment ou un autre).

Dans huit cas, les victimes sont des femmes, souvent plus âgées (parmi elles trois victimes sont la mère ou la personne ayant élevé l'auteur du crime). Dans deux meurtres, la victime est une personne handicapée mentale, hospitalisée avec l'auteur des faits. Dans un cas, la victime est un enfant. Dans huit cas, la victime est un proche parent ou l'épouse et dans trois cas un professionnel en charge du malade (deux fois un personnel soignant, une fois un professeur). La victime n'est inconnue de l'auteur que dans deux circonstances.

Les homicides surviennent souvent le soir ou la nuit (six). Le meurtre n'est indiqué comme s'étant passé dans la journée dans trois cas, et l'heure n'est pas précisée dans les autres cas.

L'arme utilisée est une arme blanche dans douze cas. Les autres fois, le meurtre se fait à coups de pieds et de poings, en poussant la personne ou par étranglement. Dans plusieurs circonstances, les meurtriers semblent vouloir obtenir, par leur violence un anéantissement de la victime, la multiplication des coups (de couteau, de hache, de pieds ou de poings, la défénéstration ou la poussée sous un train) conduisant à la disparition de l'autre (considéré comme un démon, un monstre, un ennemi irréductible).

Les homicides survenus à l'intérieur de l'hôpital sont inconnus des médias, à l'exception des meurtres ayant concerné des personnels soignants. C'est peut être une des raisons pour lesquelles ils sont considérés comme exceptionnels.

Exemples de tentatives d'homicide ou d'homicides ou à l'intérieur de l'hôpital

En 2005, le meurtre d'une infirmière et d'une aide soignante – trouvée respectivement décapitée et égorgée pendant la nuit au centre hospitalier (CH) des Pyrénées à Pau – a entraîné une émotion considérable dans la France entière. L'enquête et le jugement avaient montré qu'un malade suivi en ambulatoire, mais en rupture thérapeutique au moment des faits et sous l'emprise du cannabis-avait pénétré dans l'établissement, puis s'était introduit pendant la nuit dans l'unité de gérontopsychiatrie. Depuis cette date, de nombreux personnels ont été munis de moyens d'alerte d'urgence (PTI).

En 2008 en Ile de France, un homme -détenu après une tentative de meurtre sur sa mère et hospitalisé en HO D. 398- a étranglé vers 21 heures, dans sa chambre, une femme de 59 ans, handicapée mentale (HL sous tutelle) présente au sein de l'unité depuis 37 ans.

En 2009 en Alsace, un homme en HDT a agressé au couteau son épouse en plein jour dans le patio de l'unité où elle est venue lui rendre visite.

En 2010, dans le Nord - Pas de Calais, vers 18h00 devant la télévision, un jeune malade de 23 ans en HDT s'est jeté sur un malade de 53 ans, également en HDT, l'a fait tomber puis l'a frappé à coups de pied. La victime (inconsciente) a été emmenée par le SAMU vers le service de réanimation du CH général le plus proche.

En 2010, en Ile de France, un jeune malade de 23 ans grand et fort en HDT était autorisé à sortir durant la journée de la chambre d'isolement où il avait été placé à son arrivée. Juste après le déjeuner, il a massacré à coups de poings une femme handicapée mentale de petite taille en hospitalisation libre (mais sous tutelle) dans les toilettes de son unité. La victime est morte quelques jours après dans le service de neurochirurgie où elle avait été transférée.

En 2010 en Ile de France un homme en HO, ayant des antécédents homicides, a étranglé la patiente hospitalisée dans la chambre voisine.

Plus connus sont les **homicides ou tentatives d'homicides en sortie d'essai**. Ils sont souvent marqués par une rupture thérapeutique partielle ou totale. A cet égard une étude prospective de la fondation Mac Arthur réalisée à Pittsburgh en 1998 a montré que 25 % des patients suivis ne prenaient pas la médication prescrite au moment du geste de violence¹⁶. Ce sont les meurtres concernant les inconnus qui sont largement répercutés dans les médias. Les meurtres touchant les proches sont moins souvent reportés et, s'ils le sont, ils ne le sont que brièvement.

Exemples de meurtres en sortie d'essai

En 2010 dans les Alpes Maritimes un retraité est mort poignardé dans sa résidence par un malade en sortie d'essai qui avait également tenté de tuer deux autres personnes. Le jeune homme, qui avait déjà des antécédents homicides dans la même résidence, venait régulièrement à ses rendez vous thérapeutiques, même s'il existe un doute sur la prise du traitement le jour des faits.

En 2009 en Essonne, un patient en sortie d'essai de HO a tué une autre personne sous l'emprise du cannabis.

En 2010 dans le Val de Marne, un malade mental en HO en sortie d'essai a égorgé sa femme elle-même malade mentale pendant la nuit qui suivait la dernière entrevue avec son psychiatre. L'auteur des faits avait 55 ans et plusieurs antécédents d'homicides et de tentatives d'homicide. Il était en rupture thérapeutique partielle au moment des faits, mais se rendait régulièrement à ses consultations psychiatriques.

En 2010, à Pau, un malade en sortie d'essai de HDT a poignardé le conjoint de sa mère et sa mère (seule à survivre). Il était en rupture thérapeutique au moment des faits.

Mais les plus fréquents semblent être les **meurtres commis par un malade dont l'hospitalisation vient de se terminer** et qui est suivi en ambulatoire par le centre médico-psychologique (CMP)¹⁷. Le malade peut ne plus suivre son traitement, avoir renoué avec ses intoxications externes (alcool notamment) et seul son entourage immédiat a ressenti les signes précurseurs d'une dégradation.

¹⁶ Cité par J.L.DUBREUCQ (institut Pinel Montréal) dans « *Risk of violence and serious mental disorders* », J.L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILLAUD Annales Médico-psychologiques 163(2005) 852-865

¹⁷ Ce ne sont pas en revanche les enquêtes les plus fréquemment demandées à l'IGAS.

Pour ne prendre que quelques exemples récents :

Exemples de meurtre ou d'agressions graves commis en ambulatoire

En 2009, dans la région des Pays de Loire, un jeune homme de 18 ans, suivi en CMP après plusieurs hospitalisations, a agressé son professeur de terminale âgé de 30 ans de plusieurs coups de couteau dans le dos, pendant les cours.

En 2010, en Ile de France, un patient de 40 ans suivi en ambulatoire a défénestré son fils de 5 ans, qui a été ensuite hospitalisé pendant plusieurs mois en chirurgie.

En 2010, toujours en Ile de France, un patient de 41 ans a décapité la femme de son père qui l'élevait et qui l'hébergeait pendant la nuit.

En 2010, un malade en ambulatoire a poussé un voyageur inconnu dans une station du RER. La RATP a recensé quatre autres accidents de ce type dans la même année.

Lorsque ces meurtres concernent des personnes de l'entourage du patient, ils ne sont que peu ou pas ébruités. Seules les agressions d'inconnus ou de professionnels sont diffusées dans la presse.

Pour quelles raisons les meurtres touchant les proches rencontrent-ils moins d'échos : est ce parce que le public se met moins facilement à la place de la victime, quand il n'a pas dans sa propre famille un malade mental ? Est-ce parce que les homicides les plus nombreux dans les pays européens se commettent justement entre proches, et que cette situation ne déroge pas à la règle commune ? Ou est-ce malheureusement parce que certains considèrent que les proches jouent un rôle dans les agressions qui les frappent¹⁸ ? Il est difficile de répondre.

Or toutes les études convergent pour remarquer que **le malade mental tue un proche dans plus des ¾ des cas**. Selon une revue de la littérature faite par un auteur canadien¹⁹, « *les victimes des agressions sont très généralement connues du patient : famille (51 %) conjoint, connaissance ou ami (35 %), inconnu (14 %)* ». Le président de l'UNAFAM rappelait ainsi le cas d'une mère ayant subi une agression grave de la part de son fils malade et placée devant le fait accompli de devoir l'accueillir en sortie d'essai.

Recommandation n°1 : Avant de renvoyer chez lui un malade en sortie d'essai, il est nécessaire de recueillir préalablement l'avis des personnes qui vivent avec lui ou qui vont l'héberger (parents, conjoint) et non de les informer simplement de la décision de sortie. D'une façon générale, l'avis de ces personnes devrait faire partie des éléments sur lesquels se fonde le médecin psychiatre pour apprécier les possibilités de sortie.

¹⁸ Un psychiatre relate le cas récent d'un patient ayant tué ses parents, après que son médecin lui ait dit que sa maladie était partiellement héréditaire, pour supprimer la cause de son mal.

¹⁹ « *Risk of violence and serious mental disorders* », J.L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILLAUD *Annales Médico-psychologiques* 163(2005) 852-865.

1.1.2. Les agressions de malades envers d'autres malades mentaux ou envers les personnels soignants sont fréquentes et pèsent sur le climat général

A côté des homicides heureusement rares, les malades mentaux sont à l'origine d'agressions beaucoup plus fréquentes, mais de moindre incidence, et de nombreuses dégradations de bien ou de bris divers. Les victimes de ces agressions sont à la fois le personnel et les autres malades.

1.1.2.1. Les agressions contre le personnel

Selon les données recueillies par l'ONVH (observatoire national des violences hospitalières) en 2009, 1 870 signalements dont 1 773 pour « atteintes aux personnes » ont été signalés par les services de psychiatrie²⁰. Les services de psychiatrie sont d'ailleurs les premiers à subir ces phénomènes de violence, devant les services d'urgences hospitalières, pourtant mis à rude épreuve. La même année, 13 « faits qualifiés de crimes » (meurtres ou violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente) se sont produits dont 4 en centre hospitalier spécialisé (CHS). Mais seulement 35 CHS ont signalé un événement, alors que plus de 500 entités juridiques accueillent des malades mentaux. Les signalements portent avant tout sur les atteintes au personnel (77 % des victimes signalées). Dans la grande majorité des cas, l'agresseur est un malade.

Compte tenu de la sous déclaration constatée à l'occasion de plusieurs missions ponctuelles, la mission a voulu connaître l'importance des violences sur le personnel qui ont entraîné un arrêt de travail et a demandé à plusieurs établissements le décompte des agressions : le CH Sainte Marie à Nice, le CH Sainte Anne à Paris, le CH Henri Laborit à Poitiers, l'EPSM Lille Métropole à Armentières. On y recense entre 20 et 70 agressions physiques de professionnels par an (moyenne sur les trois dernières années disponibles). Cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des établissements de santé mentale, et ces données doivent être rapprochées des effectifs de personnels en cause (plusieurs centaines dans chaque cas).

Tableau 1 : Nombre d'agressions contre le personnel ayant entraîné un accident du travail (déclarées en interne)

Violences sur le personnel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
au CH Henri Laborit	47	39	54	57	69	44	48	91	65	n.d.
au CH Sainte Anne								70	48	60
à l'EPSM Lille Métropole (*)	20 (118)	20 (92)	29 (122)	31 (127)	39 (104)	24 (81)	35 (101)	19 (73)	13 (94)	16 (68)

Source : Direction des soins et direction qualité – n.d. non déterminé - (*) l'agression est ici entendue au sens large (*) nombre de déclarations ayant entraîné un accident de travail - entre parenthèses le nombre de déclarations d'agressions entendues au sens large « patients en agitation psychomotrice ou en agitation agression »

²⁰ « Bilan national des remontées de signalement de violence en milieu hospitalier », ONVH, avril 2010, page 22

A Poitiers au CH Henri Laborit, la direction des soins a dressé un relevé statistique des agressions physiques sur le personnel, soit 317 agressions ces cinq dernières années. Sur ce total, les agresseurs sont très majoritairement des malades, rarement des accompagnants. Les victimes sont dans 51 % des cas des infirmiers (cadres non compris), dans 31 % des cas des aides soignants, dans 5 % des cas des agents de service hospitalier (ASH), dans 4 % des cas des médecins (internes ou urgentistes), le reste du personnel ne comptant que pour 9 % des cas. Le pourcentage de femmes accidentées s'élève à 62 % (ce qui est au dessous de leur proportion à l'intérieur de l'établissement). Au CH Sainte Anne, on retrouve la prédominance des agressions d'infirmiers (98/178 soit 55 %). Dès lors la **formation des infirmiers et infirmières à la gestion de la violence physique** (méthodes de défense, techniques de parade, gestion des conflits...) devrait être une priorité.

A Armentières, le nombre d'agressions déclarées à l'EPSM Lille Métropole est de 16 en 2010, soit **un taux d'agression de 1 % rapporté aux ETP soignants et socio-éducatifs**²¹ (5 % pour toutes les agressions, y compris celles n'ayant pas entraîné un arrêt de travail). Il s'agit d'un bon résultat puisque c'est le plus bas niveau obtenu depuis 1999, dans cet établissement certifié ISO 9001, qui figure au premier rang des établissements certifiés « V2010 » par la HAS, et qui suit depuis plusieurs années, de manière attentive et rigoureuse, les déclarations d'agression. **L'inversion de la tendance date de 2007, date à laquelle tous les personnels ont été formés au contrôle des agressions.**

A Nice, l'état récapitulatif des accidents de travail survenus en 3 mois en 2009 met en évidence 10 agressions de salariés par des patients ou un visiteur, se concluant principalement par diverses contusions à la tête et aux bras ainsi que 6 chutes. Si on extrapole à l'année entière, on retrouve un ordre de grandeur d'une **quarantaine d'agressions** par an, proche de celui de Poitiers ou de Paris

Ces agressions provoquent chez certains personnels une peur que certains avouent et d'autres cachent. La dégradation de leurs biens (pneus crevés, rétroviseur ou essuie glace cassé) les atteint également.

Le rapport IGA/IGAS/IGSJ de février 2006 avait noté que face aux comportements de violence, l'attitude des professionnels changeait et que certaines directions d'établissement incitaient leurs agents à porter plainte²². Cependant la réponse de l'hôpital psychiatrique ou de ses agents se situe parfois plus dans la minimisation des faits ou la revendication syndicale de dédommagement que dans l'anticipation et la prévention. Il est intéressant de constater que dans les services des unités pour malades difficiles (UMD) où la question de la dangerosité est clairement posée, la situation est paradoxalement mieux vécue par les agents, car la violence est non pas subie, mais prévue et anticipée et -de ce fait- gérée.

²¹ Le nombre d'ETP soignants et socio-éducatifs est de 1353,5 en 2010, pour un total de 1712,55 ETP, tous professionnels confondus (gestion, secrétariats, soignants et socio-éducatifs...).

²² « La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux », R. RIERA, S. BABRE, IGA, J. BOURQUARD, F. THOMAS, IGSJ, G. LAURAND, A. LOPEZ, IGAS, page 25, février 2006

Exemples d'agressions récentes contre le personnel

A l'EPSM de Lille il y a quelques années (2003), une infirmière appartenant à l'équipe d'intervention urgente avait échappé de peu à une tentative d'étranglement mortelle. Une réflexion a eu lieu pour former les personnels et anticiper désormais les problèmes.

A l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille, la tension est montée en revanche et une grève a eu lieu en mars 2010 à la suite de quatre agressions graves commises dans le mois précédent contre le personnel : un aide soignant a été poignardé à la jambe par un patient qui a été placé en HO, une infirmière a eu la jambe cassée après avoir été bousculé par un patient autiste, un aide soignant a été blessé au visage et un médecin a subi une tentative d'étranglement

Recommandation n°2 : Former régulièrement tous les personnels en contact avec les malades mentaux (mais en priorité les infirmiers) à la gestion physique et mentale des agressions. Faire un retour d'expérience pour toute agression ou évènement indésirable grave. Examiner tout ce qui aurait permis de prévenir le geste ou de le minorer.

Recommandation n°3 : Equiper les personnels soignants qui ne le sont pas encore du système de protection du travailleur isolé (PTI). Parallèlement, procéder à des exercices d'intervention et réexaminer annuellement les procédures d'alerte afin de les améliorer.

1.1.2.2. Les agressions envers les malades

Dans une étude réalisée par l'IGAS dans un établissement de la région PACA pour connaître le nombre d'agressions (188 recensées en 5 ans), les enquêteurs ont été frappés par la proportion d'altercations entre malades se concluant par des plaies de l'arcade sourcilière ou de l'orbite, des hématomes du crâne ou du visage, des égratignures, des ecchymoses multiples notamment sur le nez. Ils ont noté également un nombre élevé de morsures, notamment des oreilles, dont un lambeau ou une partie était parfois arrachée²³. Comme pour les personnels, **c'est le visage qui était visé**. Les autres traumatismes concernaient des coups ou des morsures à la main et des coups de pieds, mais ils étaient plus rares. Les inspecteurs constataient également que, presque chaque année, quelques malades étaient retrouvés (à une heure qui n'était pas indiquée mais qui semblait être le matin) dans leur lit ou couchés par terre, présentant des hématomes ou des plaies du visage sans que l'on sache dans quelles circonstances ils les avaient obtenus (agression ou automutilation). Les phénomènes avaient lieu souvent au département des autistes, mais également dans les unités de psychiatrie générale.

Au CH Henri Laborit et au CH Sainte Anne, la fréquence des agressions de malades paraît moindre (17 cas signalés en 3 ans à Sainte Anne et 16 au CH Henri Laborit durant la même période) ce qui peut témoigner de l'influence favorable d'une bonne prise en charge. Mais l'absence d'un département de psychoses infantiles et d'autistes (où les agressions internes sont les plus fréquentes), le recueil plus ou moins complet des agressions entre malades et un moindre intérêt porté au recensement de ces données peuvent également expliquer ces différences.

²³ Il s'agit soit de patients autistes soit de personnes portant des boucles ou des piercings.

Faisant une revue de la littérature, plusieurs auteurs rappellent que la violence subie par les malades mentaux s'avère plus grande que celle de la population générale²⁴. **Les agressions subies par les malades mentaux sont nombreuses, notamment les abus sexuels** (entre 9 % et 40 % des malades mentaux en auraient été victimes). Les malades mentaux en sont plus souvent victimes, qu'il s'agisse d'agressions effectuées par d'autres malades ou de celles commises par des petits trafiquants et des voyous qui profitent de leur faiblesse.

Une enquête sur « *événements de vie et santé* » réalisée par la DREES de novembre 2005 à février 2006 auprès de 10 000 personnes d'âge compris entre 18 et 75 ans, a montré qu'il existait des corrélations entre violences subies et état de santé physique et mental et combien était complexe le lien entre le statut de victime et celui d'auteur²⁵.

Recommandation n°4 : Recenser de manière homogène et exhaustive dans tous les établissements toutes les agressions subies par le personnel et par les malades, décrire leurs circonstances, et organiser chaque semestre une réunion avec les services pour examiner les mesures à prendre pour éviter qu'elles se reproduisent.

Recommandation n°5 : Associer le référent police ou gendarmerie (cf. infra) de l'hôpital à ce dispositif.

1.1.3. Les viols et les agressions sexuelles à l'intérieur des établissements ne sont pas des phénomènes exceptionnels

Généralement, la sexualité reste du domaine du non-dit au sein des établissements accueillant des malades mentaux. Le règlement intérieur aborde parfois ce sujet, pour interdire la sexualité par exemple pour les adolescents (CHS Sainte Marie à Nice) ou pour tous les malades (CH Henri Laborit à Poitiers), mais en réalité pour imposer la discrétion, car les personnels évitent officiellement²⁶ de se mêler de cette question. Mais les cadres se rendent bien compte que -si l'interdiction se défend pour des séjours courts, privilégiant le soin en période de crise- les séjours prolongés posent des questions non résolues.

L'ARH d'Ile de France avait effectué une enquête sur les risques liés aux pratiques sexuelles auprès de tous les établissements de la région en 2006, à l'initiative du Dr CHARMASSON, qui avait déjà menée en 2001 une recherche sur le sujet dans 5 établissements. A cette époque ce médecin notait déjà que les « *relations sexuelles ne sont pas toujours entre personnes consentantes ou que le consentement de l'une est soumis parfois à de pressantes demandes matérielles* »²⁷.

²⁴ « *La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes* », Revue d'Epidémiologie et de santé publique 56 (2008) 197-207 A.M. LOVELL, J. COOK et L.VELPRY

²⁵ « *Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête événements de vie et santé.* » C. CAVALIN. Etudes et résultats N° 705 Octobre 2009

²⁶ L'officieux est autre chose. Les médecins ou les infirmiers évoquent des rencontres brèves entre malades dans le parc de l'hôpital ou dans des endroits abrités, certains pensionnaires étant parfois décrits de façon extrême comme des « *objets sexuels* ». Quelques cas de prostitution sont évoqués, mais ils sont plutôt décrits comme appartenant au passé, sans que l'on sache s'il s'agit d'un vœu ou d'une réalité.

²⁷ « *La psychiatrie face à la sexualité des patients et au VIH* ». C.CHARMASSON. juin 2001

Dans l'enquête de 2006 de l'ARH, seuls 21 % des établissements avaient mis en œuvre un groupe de parole sur le thème « *institution et sexualité* », mais la conduite à tenir en cas de situation de violence et/ou d'abus sexuel était édictée dans 50 % des secteurs, les modalités de prise en charge des plaintes pour violence et abus sexuels dans 35 % des cas et l'accès à une unité médico-judiciaire prévu dans 32 % des cas. Ces pourcentages en disent long sur l'existence pratique du problème, même si l'attitude générale du personnel se caractérise par la méfiance vis-à-vis des victimes et de leurs plaintes et une forme de déni (cf.infra).

Recommandation n°6 : L'abord de la sexualité en établissement de santé mentale devrait faire l'objet de réflexions, s'agissant par exemple de la question du consentement, de la contraception ou de la prévention des maladies sexuellement transmissibles : un référentiel de bonnes pratiques devraient être élaborées au niveau national sur le sujet et au niveau local, le sujet devrait être systématiquement abordé dans les règlements intérieurs.

1.1.3.1. Les viols et les agressions sexuelles ont lieu au sein d'unités fermées et visent des enfants, des adolescents et des femmes.

En 2006, l'ONVH avait recensé 14 agressions sexuelles et 2 viols dans les établissements de santé et en 2009, 23 agressions sexuelles et 4 viols, sans garantir l'exhaustivité de ces données. En fait, ce chiffre n'est qu'un plancher car il s'avère illusoire de quantifier la fréquence et la gravité des agressions sexuelles au sein des établissements accueillant des malades mentaux, notamment quand il s'agit de victimes fortement perturbées ou déficientes. Les exhibitions, effeuillages ou masturbations en public sont par ailleurs plus fréquentes que dans un hôpital général, du fait de la pathologie des patients.

L'IGAS, les ARS ont eu à connaître ces dernières années d'une dizaine d'agressions sexuelles, éventuellement par l'intermédiaire de la Défenseure des enfants pour le cas des plus jeunes victimes. Le tableau ci-dessous présente uniquement les cas d'agressions sexuelles pour lesquels l'IGAS dispose des informations concernant le statut des victimes et des agresseurs.

Tableau 2 : Caractéristiques (âge, sexe, statut hospitalier) de victimes et d'agresseurs

Année	Victime de l'agression sexuelle	Auteur présumé
2010	Adolescente de 16 ans en protection judiciaire	Homme de 35 ans en HO, ayant plusieurs antécédents de meurtre ou de tentative de meurtre
2009	Jeune adolescent de 16 ans sous tutelle (tentative d'agression sexuelle, suivie de la fugue du jeune homme)	Homme en garde à vue pour présomption d'agression sexuelle sur ses enfants, placé en HO pour dépression
2007	Violences et agression sexuelle sur un enfant de 11 ans sous tutelle de l'ASE placé dans une unité fermée de psychiatrie adultes pour troubles du comportement	Plusieurs auteurs de violence dans service de psychiatrie adultes. Un auteur d'agression sexuelle hospitalisé sans son consentement (âge non connu)
2008	Plainte pour viol de la famille d'un enfant de 12 ans dans une unité de pédo-psychiatrie	L'auteur présumé est un autre enfant de 12 ans hospitalisé avec lui
2010	Femme de 51 ans en HL dépressive et anxieuse	Homme psychotique alcoolique violent de 44 ans en HDT.
2008	Femme de 61 ans dépressive sous tutelle en HL	Homme de 46 ans en HL mais dans une unité fermée
2008	Femme de 47 ans en HDT	Même homme de 46 ans en HL
2009	Jeune homme mineur placé par le juge des enfants	Jeune patient majeur en HSC

Source : rapports IGAS, rapports ARS, document Défenseur des enfants

L'ARS d'Aquitaine signale également, dans un seul établissement de Gironde des « *phénomènes de répétition, aux dires du médecin, les trois adolescents accueillis dans le service ayant tous été abusés pendant leur hospitalisation* ». Une de ses délégations territoriales rapporte par ailleurs, sans plus de détails, six affaires d'attouchements ou d'agressions sexuelles entre patients en 2007, 2008 et 2009, dont 4 sur mineurs.

Les attouchements sont facilités par la mixité au sein d'unités fermées, surtout quand l'accès aux toilettes ou salles de douche est commun. Les circonstances de l'agression sexuelle ne sont pas toujours décrites ; mais quand elles le sont, on observe un défaut de surveillance ou d'organisation du service : le viol s'était parfois passé la nuit ou avait eu lieu dans la journée en profitant d'un moment où le personnel s'était isolé dans une pièce, pour passer les consignes, écrire les constats nécessaires ou discuter.

Dans la moitié des cas, les victimes étaient des mineurs ou des adultes jeunes. L'autre moitié des victimes était constituée de femmes d'un certain âge en hospitalisation libre.

Exemples de viols ou de tentatives de viols sur des femmes d'âge mûr

Dans un centre hospitalier général de la grande périphérie parisienne accueillant des malades mentaux en 2010 : une patiente de 51 ans en HL s'est plainte auprès d'une aide soignante d'avoir été violée pendant la nuit par le malade de la chambre voisine, un homme alcoolique en HDT de 44 ans ayant des antécédents de violence. La malade s'était déjà plainte d'attouchements huit jours avant. Le médecin de garde l'avait autorisée à fermer sa chambre à clef, mais –faute d'avoir été prescrite - la mesure n'avait pas été poursuivie. L'homme avait reconnu le rapport sexuel, mais affirmé qu'il était consenti. La porte de la chambre n'était pas visible du poste des infirmiers. Dans la suite, l'état de la malade s'était considérablement dégradé.

Dans un grand centre hospitalier général de l'Est de la France en 2008, une patiente dépressive sous tutelle de 61 ans ayant fait une tentative de suicide, est hospitalisée en HL dans une unité fermée. Elle est retrouvée par les soignants en train d'être étranglée par un homme psychotique de 46 ans, le pantalon baissé sur les talons²⁸. Renseignements pris, le même homme avait **agressé dans les mêmes circonstances** une autre patiente de 47 ans un mois avant, mais celle-ci l'avait fait fuir avec une canne.

S'agissant des femmes plus jeunes, un médecin a confié à la mission que quand une jeune femme se présentait, on l'enfermait la nuit pour la protéger ou on prenait plus de précaution, ce qui explique peut être pourquoi il n'y a pas de femmes entre 20 et 40 ans dans ce tableau.

Les agresseurs sont d'autres patients, de sexe masculin, souvent hospitalisés sans consentement ou/et maintenus en unité fermée car en crise, et d'âge compris entre 20 et 50 ans, exception faite d'un garçon de douze ans, présentant un comportement sexuel pathologique.

Recommandation n°7 : Eviter la mixité forcée, éviter que les hommes et les femmes n'aient à utiliser des locaux de toilettes communs. Permettre aux femmes et aux adolescents de fermer leurs chambres aux autres malades, sans interdire pour autant l'accès aux personnels soignants. Il suffit pour cela de s'inspirer des solutions en cours dans le moindre hôtel en mettant en place des systèmes de badge qui permettent un accès différencié aux différents locaux.

Recommandation n°8 : Eviter à tout prix d'accueillir des enfants et des jeunes adolescents dans des services où sont hospitalisés des adultes.

²⁸ Les psychiatres qui la soignent affirment qu'il ne s'agit pas d'une agression sexuelle, au motif que l'homme la frappait. La mission n'arrive pas à les suivre sur ce terrain. Il n'y a pas eu de constatation médico-légale mais un signalement a été fait au procureur.

1.1.3.2. *Dans les cas observés, l'attitude des personnels a été marquée par le déni, quand ce n'est pas la maltraitance*

Certaines plaintes pour viol sont infondées. Mais pour affirmer cela, encore faut-il avoir mené une enquête sérieuse et procédé aux démarches nécessaires. A cet égard l'hôpital Sainte Anne à Paris se plaint qu'il faille que la victime ait d'abord déposé plainte auprès du commissariat pour qu'elle soit reçue dans une unité médico-judiciaire (UMJ) afin d'y effectuer un examen clinique et gynécologique et des prélèvements biologiques, car la patiente n'est généralement pas en état de consentir et encore moins de déposer plainte.

Souvent la victime se confie avec retard, lorsqu'elle trouve une oreille attentive. Mais même quand la confiance est immédiate ou que le personnel découvre les faits par lui-même²⁹, il est rarement fait appel au SAMU ou au SAU qui sont pourtant formés pour répondre à ces situations, et les signalements sont souvent tardifs. Les plaintes au procureur, pas forcément systématiques, demeurent alors sans effet.

Mais surtout, certains médecins ou soignants agissent et s'expriment comme s'ils ne croyaient pas l'agression possible. La victime a pu être qualifiée d'hystérique, d'érotomane, de sexuellement perturbée – et quand bien même l'aurait elle été, cela ne rendait pas le viol impossible. En tout cas son passé semblait plaider contre elle. Certaines périphrases ou lapsus sont révélateurs des préjugés, le personnel médical ou soignant parlant « *d'aveux* » des victimes, de « *soi-disant viols* », « *d'allégations* »³⁰, de « *passages à l'acte sexuels* », de « *rapports sans consentement* »...

Au bout du compte, c'est la victime ou la personne qui se dit telle qui se retrouve mise en cause, dénigrée, abandonnée ou enfermée. C'est sa situation qui se dégrade, tandis que celle du présumé agresseur, qui s'est contenté de nier ou de dire que l'autre « *était consentant* », ne varie pas : il demeure hospitalisé dans les mêmes circonstances.

Les directions d'hôpitaux se montrent plus attentives, quand l'agression sexuelle ou sa tentative leur est signalée, et elles informent le procureur. Mais cela se fait généralement avec retard. On ne sera donc pas étonné que la personne s'étant déclarée victime éprouve une grande angoisse, et voit son état se dégrader. Quant aux suites judiciaires, elles sont très aléatoires.

Exemples d'attitudes de déni, voire de maltraitance vis-à-vis des victimes

En 2008, dans un département de la périphérie parisienne, un enfant de 12 ans en permission de sortie a raconté à sa grand-mère qu'il avait été violé par un autre jeune patient dans l'unité de psychiatrie infanto-juvénile d'où il venait de sortir. Il allait mal et était en crise. Informé, le personnel de l'unité a interrogé les parents du présumé auteur, qui se sont récriés et ont nié cette possibilité, ce qui a suffi comme explication au personnel. Celui-ci a conseillé alors à la première famille de se rendre aux urgences d'un hôpital, où l'enfant a été vu dans une unité médico-judiciaire. La famille a porté plainte. Le lendemain elle a été reçue par l'équipe médicale qui a décidé de mettre fin à l'hospitalisation de la victime, pour « *manque de confiance* », les parents du

²⁹ Comme par exemple en Alsace, où le personnel a empêché un homme (le pantalon sur les talons) d'étrangler une femme malade voisine.

³⁰ « *allégation* » a bien le sens juridique de « *déclaration* », mais le dictionnaire des synonymes lui donne aussi celui de « *fable* », « *excuse* », « *prétexte* », « *calomnie* », « *insinuation* ».

premier enfant ayant eu le tort, selon la psychiatre, de réclamer l'exclusion de l'agresseur présumé. La victime a été privée d'hospitalisation et renvoyée sur le CMP. La Défenseure des Enfants lui a trouvé un autre service d'accueil.

En 2007, en région PACA une jeune fille de 16 ans placée par le juge des enfants dans un CHS, s'est plainte d'avoir subi des « *rapports sexuels sans consentement* » de la part d'un autre malade de l'établissement. Les faits se seraient passés vers 14 heures. Dans le dossier médical de la jeune fille, il était question « d'*allégation de viol* » et un examen gynécologique a été demandé, en même temps qu'une contraception lui est proposée. Trois jours plus tard, le médecin s'est étonné de ses « *idées de persécution* » et douze jours plus tard un autre médecin l'a placée en isolement car elle pleurait et jetait son matelas à terre. Il a écrit dans le dossier : « *si elle reste calme et coopérant, ne pas l'attacher* ». Le violeur présumé était un homme de 35 ans, qui avait agressé avec un couteau plusieurs personnes, dont un membre de sa famille, deux infirmiers, un aide soignant, un ami, un patient etc. et avait commis de nombreuses violences, pour lesquelles il avait été incarcéré ou hospitalisé en HO et en UMD. Ce qui frappe dans cette affaire c'est qu'on n'a pas traité la jeune fille en victime, que personne ne s'est demandé comment un homme dangereux en HO a pu s'approcher d'une adolescente et a fortiori l'agresser, dans un établissement censé la protéger. En outre l'IGAS a pu constater, trois ans après, qu'il n'y avait toujours pas de porte fermée à clef pour protéger les adolescents la nuit.

Dernier exemple dans un département d'outre mer en 2007 : l'IGAS a effectué une enquête à la demande de la Défenseure des Enfants, concernant le sort d'un jeune garçon autiste de 11 ans placé sous contrôle de l'ASE, hospitalisé en unité fermée dans un service de psychiatrie adulte, faute d'autres solutions. Ce garçon a été victime de violences, puis d'agressions sexuelles de la part d'autres patients. Pour le protéger, les personnels l'ont enfermé en chambre sécurisée, en réalité une cage grillagée qui a été construite au milieu de l'unité pour le protéger des autres malades. Au bout d'un an, une place a été trouvée en pédopsychiatrie dans un autre département et la cage a été détruite.

Recommandation n°9 : Former les personnels à l'écoute des victimes d'agressions sexuelles, séparer les protagonistes dans des unités différentes (sans dégrader le sort de la victime). Préciser la procédure à suivre en cas d'agression. Outre l'information de la famille pour un mineur, veiller à informer au plus tôt le procureur et le commissariat de police, pour faire effectuer tous les examens médicaux et biologiques à l'UMJ dans les plus brefs délais, et prendre toutes mesures pour que ces évènements ne puissent pas se reproduire.

Certains responsables de pôle inspection des ARH semblent conforter parfois cette passivité. Ainsi l'un d'eux signale que deux plaintes pour abus sexuels entre malades ont été déposées auprès du procureur, notamment pour l'un par les parents d'une jeune malade. L'hôpital ne leur avait rien déclaré et l'information leur est arrivée indirectement. Mais comme « *les faits ne sont pas établis, l'auteur présumé apportant une version différente de la victime* » (!) et au vu du rapport demandé au directeur, l'ARH n'a « *pas donné suite en terme d'inspection* ».

Par ailleurs, l'absence de certaines infrastructures d'accueil spécialisées pour enfants et adolescents expose ces derniers à des maltraitances. En Guyane, malgré le rapport IGAS établi sur des faits commis en 2006, la situation n'a pas évolué. Le chef de service de Cayenne et son directeur ont alerté la Défenseure des Enfants en février 2011 à l'occasion du placement d'un enfant de 10 ans perturbateur en psychiatrie adultes où il est confronté à des adultes « *délirants, agressifs,*

transgressifs et à des sollicitations sexuelles», ce qui ne peut qu'aggraver son propre état de santé mentale et le met physiquement en danger. Au cours des deux premiers mois, il a été menacé d'être frappé à deux reprises par des patients délirants, a assisté trois fois à des actes d'exhibitionnisme, et a été le témoin à deux reprises de relations sexuelles entre patients. Au total, en Guyane, ce serait près de 120 mineurs et préadolescents qui ont été accueillis dans des unités de soins psychiatriques pour adultes au cours des quatre dernières années.

Recommandation n°10 : La création de lits de pédopsychiatrie et de lits de psychiatrie infanto-juvénile en Guyane constitue une urgence.

1.1.4. La maltraitance physique, dans des unités isolées, reste souvent cachée pendant plusieurs années.

Les signalements de faits de maltraitance sont rares, sans que l'on puisse déterminer s'ils le sont en réalité ou s'ils ne sont pas déclarés. Du fait du cloisonnement des services, les actes signalés se déroulaient dans un service isolé des autres et ne contaminaient pas les autres structures qui pouvaient être excellentes.

Lors de ces signalements, les services d'inspection de la santé s'étaient mobilisés. Leurs rapports montraient que les situations de maltraitance présentaient souvent des points communs : elles concernaient presque toujours des unités d'autistes ou de malades ayant des troubles envahissants du développement. La présence médicale s'avérait lointaine ou quasi inexistante, les cadres de santé étaient malades ou absents, le directeur des soins ne s'aventurait pas dans les services. Confrontées à une réalité quotidienne vécue comme pénible et sans perspective, les personnes maltraitantes étaient généralement des aides soignantes livrées à elles-mêmes, avec une infirmière inexpérimentée ou débordée. Les collègues étaient souvent au courant, mais n'osaient pas en parler par solidarité professionnelle. C'est du dehors, par l'intermédiaire d'une jeune stagiaire ou d'un nouveau personnel, qu'est arrivé le sursaut, pour dénoncer un problème dont on découvre l'ancienneté.

Exemples de maltraitance

En 2008, en Alsace, un homme de 50 ans, handicapé mental perturbateur, entré autonome il y a dix ans, est devenu grabataire pour des raisons iatrogènes.

En 2009 dans le Nord, découverte de faits de maltraitance effectués depuis 1993 par une aide soignante sur des sujets déficitaires. Les faits avaient été constatés par au moins 17 agents. D'autres personnels étaient eux mêmes maltraitants, mais à un moindre degré. L'omerta aurait duré 16 ans

En Picardie, en 2008, une maltraitance a été signalée (mise en chambre d'isolement quotidienne, privation de goûter, gifles, insultes) sur une population mixte très hétérogène. Le cadre de santé était en longue maladie, aucun psychiatre n'était dédié à l'unité pendant 2 ans, le directeur des soins était peu présent. Les locaux – qui remontent au XVIIIème siècle - étaient vétustes et l'équipement était délabré et insuffisant. Dans les chambres communes, les aides-soignants, livrés à eux-mêmes, n'avaient aucun protocole auquel se référer. Ils ne respectaient pas la pudeur des

malades, tout se faisant en public. Le petit déjeuner était constitué d'une bouillie commune vers 9h30 alors que le lever se faisait vers 6 heures 30. Il n'y avait pour ainsi dire aucune activité.

Toujours en Picardie en 2010, mais dans un autre établissement, des faits de maltraitance sont signalés dans un des services (malade « tapé » en cas de geste agressif, non-respect de l'intimité lors de la toilette, vexations). Le bâti était vétuste, les équipements indigents, l'éclairage uniquement central actionné par le personnel. Le taux d'encadrement médical était correct, mais le médecin passait en coup de vent une fois par semaine, et ne voyait pas tous les malades.

Recommandation n°11 : Former régulièrement les professionnels contre la maltraitance. Demander aux directeurs de soins de passer dans chaque service plusieurs fois par mois, sans annoncer leur passage. Rénover les services trop dégradés ou qui ne sont pas conformes aux normes de sécurité. Organiser des échanges avec des services d'autres hôpitaux ou entre services.

1.2. Les fugues et les évasions de malades hospitalisés sans consentement qui entraînent une rupture thérapeutique, sont faciles et fréquentes.

1.2.1. La fréquence et le taux réel de fugues sont sous-évalués à tous les niveaux.

► Deux enquêtes réalisées en 2006 et 2009 ont tenté d'évaluer la fréquence des fugues :

- en 2006, le commissaire principal W.BESSE, qui dirigeait l'ONVH, avait demandé aux DDASS le nombre total de fugues signalées par les établissements accueillant des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement, leur durée, les conditions de retour et les événements survenus pendant la fugue. Cette enquête faisait suite au meurtre de sa mère par un malade hospitalisé d'office, dans la nuit qui avait suivi sa fugue³¹. Seules 68 DDASS avaient répondu à l'enquête. Le nombre total de fugues de malades en hospitalisation d'office (HO) s'élevait à 2263 en 2005 pour celles qui étaient ainsi signalées ;

- une autre enquête a été menée par la DHOS entre le 1^o avril et le 15 novembre 2009 (soit durant 7 mois et demi) auprès des DDASS, et n'a relevé que 283 fugues pour 109 établissements. Mais seules 67 DDASS / 97 ont répondu³² et leur réponse ne portent que sur les fugues de malades en hospitalisation d'office. Par ailleurs seuls 109 établissements sur les 508 qui reçoivent des malades mentaux ont déclaré un événement.

³¹ Le malade en HO était sorti de l'hôpital vers 15 heures, après avoir volé un survêtement qu'il avait passé sur son pyjama. Il était sorti par la porte de son unité puis par le portail de l'établissement. Il s'était rendu dans la région où habitait sa mère et l'avait tuée dans les 24 heures ayant suivi sa fugue. Il avait été retrouvé par la gendarmerie.

³² Manque ainsi par exemple le département du Val de Marne qui compte à lui seul 6 % des hospitalisations sous contrainte nationales.

Ces deux enquêtes apportent des informations qualitatives intéressantes, mais ne permettent pas d'obtenir une estimation fiable du nombre total de fugues: tous les départements n'ont pas répondu ; les fugues de malades en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) ou de mineurs (qui sont également des malades hospitalisés sans leur consentement) font défaut ; et surtout les hôpitaux accueillant des malades mentaux ne déclarent que partiellement leurs fugues, surtout si elles sont de courte durée.

► La deuxième enquête illustre bien le phénomène de sous déclaration des événements indésirables graves aux DDASS, alors même qu'elles étaient censées gérer pour le préfet les hospitalisations d'office. En effet, le nombre de fugues déclarés dans l'étude DGOS, via les DDASS, a pu être comparé dans sept cas précis (CHS Sainte Marie de Nice dans les Alpes maritimes, CHS Pinel dans la Somme, CHS Guillaume Régnier en Ile-et-Vilaine, CHS Henri Laborit dans la Vienne et EPSAN dans le Bas-Rhin, CH Sainte Anne à Paris) aux chiffres recueillis sur place par l'IGAS ou l'ARS :

- ainsi en Picardie, le CHS Pinel a-t-il déclaré seulement 4 fugues dans l'enquête DHOS menée entre avril et novembre 2009, alors que 28 fugues sont signalées en interne comme événements graves en 2009 (12 fugues en HO, 16 en HDT), soit un taux de fugue total (nombre total de fugues rapporté au nombre total de personnes hospitalisées sans leur consentement) de 6,6 % ;
- en région PACA, 3 fugues ont été déclarées en 2009 à la DDASS par le CHS Sainte Marie alors que 66 fugues sur 1029 hospitalisations sans consentement ont été déclarées en interne comme événement indésirable grave, en 2009, soit un taux de fugue total de 6,4 % ;
- en Bretagne, au CHS Guillaume Régnier, 20 fugues ont été déclarées aux DDASS puis à la DGOS entre avril et novembre 2009, alors que le contrôle mené sur place par la suite par les services de l'ARS a retrouvé pour l'année 2009 entière 35 fugues en HO et 128 fugues en HDT, soit un taux de fugue total (163 fugues rapportées aux 1318 personnes hospitalisées sans leur consentement) de 12,4 %.
- en Poitou-Charentes, au CH Henri Laborit qui n'avait pas déclaré de fugues, 20 fugues de patients hospitalisés d'office et 58 fugues en HDT ont été enregistrées en interne en 2009, soit un taux de fugue total de 11,9 %, alors qu'il était de 6,5 % en 2008 :
- en Alsace, dans le CHS de Brumath qui n'avait pas déclaré de fugue, l'ARS a comptabilisé 60 fugues en 2007, 101 en 2008 et 78 en 2009, mais 60 fugues sur les 5 premiers mois de l'année 2010, ce qui témoigne d'une progression notable ;
- en Ile-de-France à l'hôpital Sainte Anne, le taux de fugue atteint pratiquement 25 % pour les fugues en HO (44 fugues sur 177 admissions) et 8,5 % pour les fugues en HDT (90/1051), soit un taux moyen de 10,9 % ;
- enfin à l'EPSM de Lille métropole en 2010, on note 22 fugues pour 99 entrées en HO, 138 fugues pour 639 entrées en HDT, soit un taux de fugue général de 160 fugues/738 hospitalisations sans consentement soit 21,7 %.

On trouvera en annexe 5 un tableau détaillé des fugues déclarées en interne dans ces établissements au cours des dernières années. Le taux de fugues de malades hospitalisés sans consentement varie ainsi selon les années entre 3 % et 22 %. **Le taux moyen annuel de fugues, quel que soit leur**

durée (de quelques heures à plusieurs jours), se situe autour de 12 %. Dans certains établissements, le taux de fugue est plus important en HO qu'en HDT, mais dans d'autres c'est le contraire. Les critères selon lesquels les malades sont placés en HO ou en HDT varient d'ailleurs d'un établissement à l'autre, 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 paraissant diversement appliquée. On peut donc retrouver les mêmes malades sous un statut ou un autre, selon les différentes phases de leur maladie bien sûr, mais aussi selon le mode d'application qui est fait sur place de l'HDT et de l'HO.

Encore ce taux moyen de 12 % (calculé à partir des déclarations internes des personnels soignants aux services de qualité ou aux DIM des établissements) apparaît-il sous-estimé, quand on examine les dossiers des malades. En effet, les médecins inspecteurs ont constaté à plusieurs reprises³³ que les « événements indésirables graves » étaient signalés en interne au service qualité dans une proportion deux à trois fois moins élevée que ce qui était retrouvé dans les dossiers de malades (notamment les fugues de quelques heures). L'EPSM de Lille assure être exhaustif dans son recensement des fugues (20 %). Cette hypothèse serait cohérente avec un taux de fugue double de celui déclaré, soit environ 24 %.

La sous-déclaration est donc la règle à tous les niveaux : sous déclaration des soignants à la direction ou au service qualité interne de l'établissement ; sous déclaration de la direction de l'établissement à la délégation territoriale de l'ARS ; absence de déclaration de certaines délégations à l'administration centrale. Les professionnels ou les établissements de santé ont pourtant l'obligation de déclarer les événements indésirables graves au directeur général de l'agence régionale de santé (article L.1413-14 du code de la santé publique, récemment entré en vigueur)³⁴.

► Selon les statistiques du Ministère de l'Intérieur³⁵, les établissements de santé accueillant des malades mentaux ont signalé aux services de police et de gendarmerie aux fins de recherche **7 838 fugues de patients hospitalisés sans consentement** en 2009 (2 998 HDT et 4 840 HO) et 7 641 en 2008 (2 911 HDT et 4 730 HO). Toutes les fugues ne sont pas déclarées aux forces de sécurité : seules les fugues inquiétantes, et seulement une fraction des fugues en HDT le sont. Au CH Sainte Anne par exemple, c'est le médecin qui apprécie celles qui sont signalées ou pas. Les fugues de très courte durée ne sont généralement pas signalées. Le nombre de fugues réel est donc obligatoirement supérieur à cette valeur, comme il est évidemment supérieur aux chiffres recueillis par l'enquête ONVH.

Recommandation n°12 : Améliorer le système de déclaration des fugues afin d'avoir un indicateur fiable pour pouvoir mesurer par la suite l'impact des mesures de sécurisation. Privilégier l'exhaustivité et déterminer les services qui ne déclarent pas correctement les fugues, en faisant des sondages et en affichant les résultats des sondages, pour valoriser les services déclarant bien.

³³ Rapports IGAS Pinel, CHS Sainte Marie, rapports ARS...

³⁴ Son application avait été subordonnée par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique à une expérimentation dont le pilotage a été confié à l'INVS, et qui s'est déroulée de janvier 2009 à juin 2010.

³⁵ Chiffres communiqués à la mission en février 2011 par le secrétaire général du ministère de l'intérieur.

► *S'agissant des détenus, les évasions restent beaucoup trop fréquentes* : En 2001 déjà, le rapport IGAS/IGSJ sur l'organisation des soins aux détenus³⁶ avait noté la fréquence des évasions de détenus hospitalisés d'office en établissement de santé mentale : on en comptait 19 en 1999 et 18 en l'an 2000. Ce rapport soulignait également la facilité des évasions. Ramené au nombre total d'extractions pour hospitalisations et consultations en soins somatiques³⁷, le taux d'évasion à partir d'un hôpital psychiatrique était environ 100 fois plus élevé que dans un hôpital général. Il est vrai que la surveillance et la garde du détenu en service somatique relève de la police ou de la gendarmerie, ce qui n'est pas le cas en santé mentale³⁸. Les inspecteurs notaient aussi que les conditions d'hospitalisation psychiatrique des détenus étaient souvent plus dures que ce qu'elles étaient en prison, le détenu pouvant dans certains cas être interdit de visite et de promenade, privé d'activités, d'accès à la cantine, à la télévision et à toute amélioration quelconque de son ordinaire, relégué dans une chambre d'isolement, voire attaché...

Dix ans après, la situation ne s'est pas améliorée : **on compte plus de 40 évasions annuelles de détenus à partir des établissements de santé mentale**. Le Médiateur de la République remarque que les détenus réclament souvent de revenir en prison plutôt que de rester hospitalisé en chambre d'isolement. Le nombre de journées par patient est en moyenne de 25 jours, comparativement à 70 jours pour un patient HO et 39 jours pour un patient hospitalisé librement (cf. tableau 4 en annexe 4). Le contrôleur général des lieux de privation de liberté déplore régulièrement des situations indignes (cf. infra).

L'administration pénitentiaire constate une proportion notable d'évasions à partir des services de santé mentale. Au cours des **cinq dernières années**, on dénombre **199 évasions de détenus hospitalisés d'office** sous le régime de l'article D 398 du code de procédure pénale. Durant la même période, seules 56 évasions de détenus sont notées dans le périmètre de surveillance des personnels pénitentiaires (prison et escortes sous gardes pénitentiaires), comme le montre le tableau ci-dessous.

³⁶ « *L'organisation des soins aux détenus* », rapport IGAS/IGSJ n°2001-054 de T. FATOME, B. FROMENT, F. LALANDE, M. VALDES-BOULOUQUE, M. VERNEREY, juin 2001

³⁷ Une extraction consiste à déplacer une personne détenue de l'établissement pénitentiaire où elle se trouve pour une raison médicale (hospitalisation, consultation).

³⁸ Lors d'une HO de détenu selon l'article D 398 du Code de procédure pénale, il revient en principe aux personnels de santé de venir chercher le détenu dans l'établissement pénitentiaire. En revanche, c'est le personnel pénitentiaire qui vient le rechercher.

Tableau 3 : Nombre d'évasions de patients détenus sous garde pénitentiaire et hors garde pénitentiaire

	2006	2007	2008	2009	2010
DETENUS PLACES SOUS GARDE PENITENTIAIRE					
Nombre d'évasions de détenus sous garde pénitentiaire	11	12	5	21	7
Nombre de détenus concernés	31	45	9	37	9
DETENUS PLACES EN HO HORS GARDE PENITENTIAIRE					
Nombre d'évasions de détenus en HO	31	45	43	37	43
Nombre de détenus concernés	31	45	43	38	44

Source : direction de l'administration pénitentiaire

L'évasion des détenus à partir de l'hôpital psychiatrique, qui intéresse pourtant un nombre limité de détenus, est donc quatre fois plus importante en valeur absolue par ce canal. En valeur relative, avec 2 455 détenus transférés en établissement de santé mentale au cours de la dernière année³⁹, on obtient un taux d'évasion de 43/2455 soit 1,8 %, très supérieur au taux annuel d'évasion des détenus. Rappelons que chaque évasion de détenu met à contribution les forces de police et de gendarmerie et que tout effort accompli pour mieux garder les détenus hospitalisés allège la charge de ces services.

La **création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)**, prévue par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002, devrait permettre de couvrir les besoins d'hospitalisation des personnes détenues (soit 1 200 détenus selon l'ATIH – 1 900 selon le SAE - et 1 500 séjours en 2009 selon l'ATIH – 2 254 entrées selon le SAE⁴⁰). Le programme de construction est de 705 lits. La première tranche prévoit la construction d'ici 2012 de neuf UHSA, d'une capacité de 40 à 60 places chacune (soit une capacité totale de 440 places) : CH Paul Guiraud (Villejuif), CH E. Toulouse (Marseille), CH de Seclin (agglomération lilloise), CH de Fleury les Aubrais (Orléans), CH Marchant (Toulouse), CPN de Laxou (Nancy), CH de Cadillac (Bordeaux), CH G. Régnier (Rennes). La première UHSA a été mise en service au CH Le Vinatier à Lyon en mai 2010.

Recommandation n°13 : Il conviendra d'évaluer le degré d'avancement des UHSA, un an après leur lancement.

Au total, à partir des résultats ci-dessus, l'estimation plancher du nombre de fugues se situe au-dessus de 8 000 par an (statistiques du ministère de l'Intérieur). Si l'on extrapole le taux de 12 % trouvé en moyenne dans les 7 CHS à l'ensemble des hospitalisations sans consentement annuelles (70 705 en 2008 et 80 235 en 2009 au total, selon les données SAE), on trouve une valeur comprise entre 8 000 et 10.000 fugues, ce qui est cohérent avec l'estimation plancher.

Compte tenu de l'existence d'importantes sous-déclarations des fugues de moins de 24 heures (y compris à l'intérieur des établissements entre les services et la direction), **la branche haute de la fourchette se situe plutôt autour de 14 à 16 000 fugues par an.**

³⁹ Source : direction de l'administration pénitentiaire

⁴⁰ Tableau 8A extrait de la base nationale RIM-P en ligne (site ATIH)

On peut donc estimer qu'il y a entre 20 et 40 fugues par jour en moyenne dans la France entière. Les évasions de détenus sont d'environ 40 par an. Dans tous les cas, **la fugue, loin d'être un accident exceptionnel, est un évènement de routine journalière et l'évasion d'un patient détenu un phénomène pratiquement hebdomadaire.**

1.2.2. Les modes opératoires ne demandent le plus souvent aucun effort particulier

► *Le plus souvent, la sortie de l'établissement a lieu en plein jour par le portail central*

Les fugueurs sont le plus souvent des sujets de sexe masculin et d'âge jeune (80 % des fugueurs ont moins de 40 ans). Dans la majorité des cas, le malade fugueur s'est enfui **à pied en plein jour, par le portail ouvert de l'établissement**, l'entrée et la sortie des voitures et des piétons n'étant pas particulièrement surveillée et personne ne demandant leur qualité aux visiteurs ou aux soignants. C'est le cas pour 37 malades parmi les 41 dossiers de fugues étudiés au CHS Pinel⁴¹ en 2009 et 2008 et de la quasi-totalité des 66 fugues du CHS Sainte Marie en 2009 ou du CH Henri Laborit. C'est également le cas pour 29 des 34 fugues étudiées au CHS Guillaume Régnier en 2009. Le moment choisi se situe souvent peu après l'un des **trois repas**, ou au moment du changement d'équipe, en profitant d'un moment où les personnels soignants sont occupés. Seuls 4 patients sur 41 à Pinel sont mentionnés comme ayant choisi une autre voie de sortie que le portail central, en escaladant ou en tentant d'escalader le mur d'enceinte. C'est ainsi que trois patientes (dont l'une en hospitalisation libre) ont été retrouvées sur le haut du mur où elles avaient réussi à se hisser.

► *Le malade quitte l'établissement de plusieurs manières :*

- soit il a été autorisé par le psychiatre traitant à **sortir dans le parc** de l'établissement (parc comportant généralement plusieurs hectares) en disposant de ses vêtements de jour, sans être pour autant libre de partir. Malheureusement cette distinction –qui paraît claire aux soignants- n'est pas forcément connue ou comprise par le malade, d'autant que, par définition, le patient hospitalisé sans consentement n'adhère pas nécessairement à son traitement. Dans ces conditions, ces malades n'éprouvent aucune difficulté à franchir la porte d'entrée au moment où ils l'ont décidé (15 cas sur 34 au CHS Guillaume Régnier). Au CH de Saint Egrève en 2008, un malade avait choisi ce moyen pour s'enfuir de l'hôpital et il a ensuite poignardé un étudiant inconnu. Dans les rares cas où l'on badge à l'entrée, le fugueur emboîte le pas à un soignant ;
- soit il **quitte son unité par la porte d'entrée** du pavillon où elle se trouve au sein de l'établissement (10 cas sur 34 au CH Guillaume Régnier) en profitant notamment des pauses cigarettes, accompagnées de soignants qui peuvent être éventuellement eux-mêmes fumeurs (4 cas au CHS Guillaume Régnier, 5 au CH Pinel) ;
- s'il est hospitalisé une unité dite « *fermée* », il **enjambe le grillage** de la cour à un endroit où il est peu élevé. Il pousse alors généralement contre lui une table sur laquelle il a placé une chaise ou un autre objet volumineux, pour se faciliter la tâche. Ce fût le cas dans plusieurs fugues au CH Pinel. Ce fût également le cas de l'évasion de deux détenus au CH Sainte Marie.

⁴¹ La mission a pu constater fin 2010 que le fonctionnement du portail central n'avait pas changé au CH Pinel, malgré le rapport IGAS rendu en février 2010.

Les cas où le malade s'enfuit de son unité **par la fenêtre** (5 personnes sur 41 au CHSP) éventuellement en arrachant les barreaux, le vasistas ou par une issue qu'il a lui-même préparé, puis sort de l'établissement en enjambant le mur d'enceinte ou en s'échappant par un moyen externe (véhicule d'un tiers) restent minoritaires. Au CHS GR, les sorties par effraction ne comptent que pour 4/34 cas.

► *Les autres circonstances*

Les complicités externes sont rares : ainsi un malade en HO a-t-il bénéficié de l'aide de son épouse venue le chercher en voiture. En revanche l'aide d'autres malades n'est pas exceptionnelle, notamment pour fournir des vêtements ou détourner l'attention. Dans le cas des trois femmes retrouvées sur le mur d'enceinte, elles s'étaient fait la courte échelle pour escalader celui-ci.

Le rôle du tabac est évoqué 7 fois sur 41 fugues étudiées au CH Pinel. Toutefois les entretiens avec les soignants des unités dans lesquelles ont eu lieu des fugues montrent que son rôle est plus important encore : soit parce que le malade profite du moment où il fume (en dehors des murs de son unité, sur le perron de celle-ci ou dans la cour attenante quand il y en a une) pour s'esquiver, soit parce que le besoin d'aller acheter des cigarettes le pousse à sortir, soit parce qu'il profite du moment où les personnels gèrent l'approvisionnement en tabac des malades pour s'enfuir hors de l'hôpital, soit enfin parce que les soignants eux-mêmes prennent une pause pour fumer. Au CHS Guillaume Régner, l'ARS a mis en évidence son rôle dans 4 cas sur 33 fugues étudiées. Le malade a mis à profit une pause cigarette accompagnée par les soignants pour s'enfuir. Le rôle du tabac est également noté en Alsace.

De nombreux établissements utilisent le port du pyjama ou d'un survêtement (souvent informe et usé) comme moyen de dissuasion de la sortie. Cette modalité n'est pas respectueuse de la dignité et du confort des personnes, qui errent dans les couloirs ou dans les cours dans une tenue inadaptée. Elle s'avère de plus en plus peu efficace : c'est ainsi qu'au CHS Pinel 4 malades sur 41 sont signalés comme étant porteurs d'un pyjama au moment de leur fuite, mais il est possible que cette proportion ait été plus élevée. L'un des fugeurs a franchi en courant le portail d'entrée et a pris le bus en pyjama, un autre a été signalé par un passant alors qu'il enjambait le mur d'enceinte. Dans le cas d'un détenu ayant des antécédents d'homicide évadé du CHS Edouard Toulouse, il est signalé comme s'étant enfui en pyjama bleu. Dans d'autres cas (évadé à Pinel), le fugeur a pris la peine de cacher un vêtement, qu'il a enfilé sur son pyjama pour sortir.

Certains patients sont des fugeurs répétitifs – notamment les adolescents - et partent jusqu'à huit ou dix fois dans la même année. Plusieurs d'entre eux accomplissent des « *voyages pathologiques* » : ils montent dans un train –sans payer, ce qui provoque parfois des incidents avec les contrôleurs - deviennent SDF dans les gares et échouent aux urgences de l'hôpital dans la ville où ils sont parvenus. Ils sont alors renvoyés dans leur établissement d'origine. L'ARS Languedoc Roussillon a ainsi enquêté sur le cas d'un malade ayant fugué à quatre reprises dans la même année par des moyens variés. Celui-ci analysait finement les défauts de surveillance : à sa dernière fugue, il avait mis à profit en fin de nuit le passage du personnel d'entretien, moins vigilant, pour s'échapper avant l'arrivée des infirmières.

Recommandation n°14 : Organiser et contrôler les accès au sein des hôpitaux psychiatriques, mettre en place un filtrage par badge comme cela sera décrit au chapitre 3.

Recommandation n°15 : Organiser les circulations internes.

Recommandation n°16 : Informer par oral et par écrit les malades et leurs proches de leur situation, des lieux et des comportements permis et de ceux qui ne le sont pas.

1.2.3. L'évasion des détenus s'avère parfois plus difficile, mais l'hôpital psychiatrique reste pour un détenu le moyen le plus simple de s'échapper, en l'absence de garde pénitentiaire ou policière.

► *Souvent les fugues se déroulent sur le mode décrit plus haut, sans dégradation ni agression*

La seule variante de cette méthode correspond au cas du détenu placé systématiquement à son arrivée en chambre d'isolement, quel que soit son état. Son maintien dans ces conditions, sans possibilité de s'aérer, de s'occuper, et dans un inconfort extrême pose rapidement problème.

Exemples d'évasions d'une unité fermée par la porte ou la cour

En 2005, en Champagne Ardennes, un détenu ayant agressé à la hache un ami sous l'effet du cannabis et de l'alcool, transféré de sa maison d'arrêt et placé en HO, s'est évadé le lendemain de son arrivée dans l'hôpital où il venait d'être transféré. Après avoir été placé immédiatement en chambre d'isolement, il l'a très mal supporté et le psychiatre a accepté l'ouverture de la cellule en journée. Il s'est évadé alors par la porte sans difficultés. Il a été ramené par les pompiers cinq jours après.

En 2008, en PACA, un jeune détenu de 19 ans a profité de sa pause tabac pour s'évader de la cour où on l'avait autorisé à sortir pendant la journée, bien qu'il fût en pyjama.

En 2009, en PACA, un autre détenu, autorisé à sortir de sa chambre d'isolement dans une cour fermée, a déplacé une table de ping-pong non scellée dans le sol à l'endroit où la distance sol-toit était la plus basse. Il a placé alors un fauteuil en plastique sur cette table, est monté dessus et est parvenu à gagner le toit, d'où il s'est finalement évadé.

Dans le même ordre d'idée, une personne ayant fait l'objet d'une mesure judiciaire HO L 3213-7 dans un autre établissement de Champagne Ardennes en 2006, après le meurtre de sa mère pour lequel il avait bénéficié d'un non lieu, s'est évadé pendant la journée du pavillon en principe fermé, mais dans lequel il était hospitalisé avec des malades en HL. Il est sorti par la porte et a été ramené deux jours après par les pompiers après avoir été retrouvé par la gendarmerie dans sa région d'origine.

► Parfois les évasions comportent des modalités plus élaborées, auxquelles les personnels de santé mentale sont souvent mal préparés

En 2007, le commissaire W. BESSE (ONVH) évaluait entre 3 et 8 % le pourcentage d'évasions qui avaient lieu à partir de chambres d'isolement. Il citait ainsi le cas d'un malade ayant brisé un carreau, d'un autre ayant subtilisé le trousseau de clef d'un agent, après l'avoir terrorisé. A cet égard, il faut signaler que le fait – pour l'ensemble des personnels soignants - de disposer souvent d'un même type de passe-partout et de le garder dans la poche, constitue un risque permanent d'attaque du personnel, pour lui dérober son passe et s'enfuir en profitant de l'effet de surprise.

Exemples d'évasions par effraction, rébellion ou prise d'otages

En Limousin en 2005, un détenu en HO a réussi à s'évader de sa chambre sécurisée de la façon suivante. Il a d'abord réclamé un traitement, puis a ceinturé l'une des deux infirmières venues le lui apporter en la menaçant de l'égorger avec un objet qui n'a pas été vu. Il a ensuite dérobé les clefs puis a enfermé les deux soignantes, avant de quitter les lieux.

En Alsace en 2010, de façon comparable, une malade en HDT a une première fois dérobé sa clef à un médecin et est ensuite sortie. Rattrapée près de la gare dans la soirée, elle a recommencé le lendemain : elle a tenté d'étrangler avec le bras une ASH, alors que celle-ci était en train de nettoyer une pièce de toilette, lui a dérobé son trousseau de clefs et son portable, l'a enfermée et s'est enfuie par la porte. L'agent hospitalier démuné de PTI n'a pu finalement avertir un collègue que quinze minutes plus tard.

En Aquitaine en 2009, une dizaine de mineurs hospitalisés sous protection judiciaire ont tenté de subtiliser les clefs des soignants, qu'ils ont assailli. Ils ont brisé de nombreux objets et blessé plusieurs soignants, dont l'un est resté trois semaines en arrêt de travail. Quinze agents ont été nécessaires pour venir à bout de cette « rébellion ».

En Picardie en 2009, un détenu au comportement agressif, condamné pour trafic de drogue, s'est évadé au bout de 5 jours du CHS dans lequel il avait été hospitalisé d'office. Cette personne avait fait une première tentative d'évasion le jour de son arrivée, en s'aidant d'une cuillère pour déboîter les barreaux de la chambre d'isolement. Les personnels sur place lui avaient alors retiré la cuillère. Deux jours plus tard l'équipe soignante s'est à nouveau aperçue que la cuillère n'était plus sur le plateau de repas, lorsqu'elle a retiré le plateau après déjeuner. Mais comme le patient était en prière, l'équipe a préféré ne pas le déranger. Deux jours plus tard, le détenu s'est échappé et son évasion a été découverte après la toilette du matin. Le malade avait détruit la fenêtre et dévissé les barreaux au moyen de la cuillère volée laissée sur le toit. La police a retrouvé le détenu huit jours plus tard. Le sujet est retourné en détention.

En enquêtant sur les circonstances de l'évasion, les policiers ont découvert que l'aide soignante et l'infirmier de nuit n'avaient pas effectué de rondes régulières et avaient affirmé à l'équipe du matin que le patient était présent, alors qu'ils n'en savaient rien. Les infirmières du matin n'avaient pas fait de visite d'ensemble du service à leur arrivée. De son côté, l'établissement s'était plaint de l'absence de fiche de liaison que devait fournir la maison d'arrêt.⁴²

⁴² Il ne faut pas attendre grand-chose de cette fiche, l'administration pénitentiaire n'ayant ni le droit ni les moyens de retracer les antécédents du détenu. Seul peut être indiqué s'il est ou non dangereux. Aussi

1.2.4. La fugue d'un patient potentiellement dangereux n'est pas toujours signalée à temps aux forces de sécurité.

➤ *L'alerte n'est pas toujours donnée rapidement.*

La circulaire n°207 du 9 décembre 1968 relative aux « *évasions* »⁴³ prévoit que la famille du malade doit être immédiatement avisée de la fugue et que les services de police doivent être alertés dans la demi-heure qui suit la disparition ou la sortie non autorisée. Si la sortie non autorisée a donné lieu à des « *incidents d'une certaine gravité* », les autorités sanitaires doivent également en être informées.

Plusieurs affaires ont montré que l'alerte n'était pas toujours donnée rapidement. Plusieurs heures peuvent s'écouler avant que les services de la sécurité publique chargés des recherches soient prévenus. Certaines fugues ne sont pas signalées, ce qui constitue une faute de service, sanctionnée par le juge administratif en cas de procédure contentieuse. A la suite d'une fugue d'un patient hospitalisé d'office au CHS de Perray-Vaucluse, qui a été retrouvé écrasé par une ou plusieurs automobiles, le Conseil l'Etat a considéré que la responsabilité de l'hôpital était engagée, dès lors que l'établissement n'avait pas averti de la disparition du malade ni les services de police, pour organiser les recherches, ni la famille, pour s'assurer du retour du malade à son domicile (Conseil d'État N° 80283 12 mai 1972).

Exemple de mauvaise coordination des services en région PACA, à la suite d'une fugue d'un patient dangereux

En 2009, un patient a fugué pendant la nuit, entre 22 heures et 1 heure du matin. Il était considéré comme potentiellement dangereux du fait d'antécédents d'agressions sur des tiers et d'un homicide. L'avis de recherche a été faxé à la DDASS à 3h30, aux services de police (bureau des disparitions inquiétantes) à 3h35, le directeur de garde étant informé à 3h45. Le fax des services de police, en l'occurrence celui du bureau des disparitions inquiétantes -, n'était pas relevé le week-end et la nuit. Les services de police n'ont pas traité l'information. Le samedi à midi, le directeur de garde de l'établissement a demandé au personnel de l'accueil de faire le point avec les services de police. Ces derniers ont alors pris connaissance de la fugue, traité l'alerte et informé le préfet, qui a transmis l'information aux autorités sanitaires 18 heures après la fugue. Le patient a été retrouvé quatre jours plus tard.

Les rapports d'inspection notent la nécessité de réévaluer régulièrement les procédures de signalement aux autorités, éventuellement au moyen d'exercices, pour que l'information puisse être transmise rapidement et de manière exhaustive. Le CHS Pinel à Amiens a par exemple mis en place une ligne téléphonique dédiée entre l'hôpital et le centre d'information et de commandement de la direction départementale de la sécurité publique.

convient-il de se conduire comme si le risque était toujours présent et prendre l'ensemble des précautions nécessaires.

⁴³ Le terme d' « *évasions* » employé par la circulaire vise les sorties non autorisées de tous les malades, pas seulement celles des patients détenus D. 398.

Recommandation n°17 : Réévaluer régulièrement les procédures de signalement aux autorités publiques, au besoin au moyen d'exercices et actualiser la procédure en conséquence.

- *Les recherches par les forces de la sécurité publique ne sont pas systématiques et sont peu actives.*

D'après les textes, l'engagement de recherches pour des malades fugueurs dépend d'abord du mode d'hospitalisation du malade et du type d'établissement. Une fugue d'un service psychiatrique d'un CHU ne donne pas lieu ipso facto à l'engagement de recherches de la part des services de police⁴⁴. Dans un établissement psychiatrique, les services de police sont tenus d'engager des recherches pour retrouver un malade hospitalisé d'office, s'il est considéré dangereux, mais pas pour les patients « *en placement volontaire* »⁴⁵. La circulaire du 17 avril 1954, toujours en vigueur, précise que dans le cas d'un patient dangereux, il convient d'abord de modifier la situation juridique du malade avant d'engager les recherches (transformation du placement volontaire en placement d'office). La sortie d'un malade hospitalisé librement ne peut être considérée comme une fugue et donner lieu à des recherches. En réalité, les malades ne sont pas toujours placés dans les lieux d'hospitalisation et avec le mode d'hospitalisation adéquat, surtout en cas d'urgence. Forts de ce constat, les services de sécurité effectuent des recherches, dès lors que le patient leur est signalé comme potentiellement dangereux, mais ne disposent d'aucune description ni d'aucune photo.

Les dispositions de la circulaire interministérielle des ministères de la santé et de l'intérieur du 17 avril 1954 en cas de fugue⁴⁶

Lorsqu'un malade hospitalisé d'office fugue, le directeur de l'établissement doit, sans délai, en informer le préfet et lui transmettre le rapport et le certificat de situation rédigé par le médecin chef de service. Si ce certificat indique que le malade est encore susceptible de présenter un danger, le directeur de l'établissement doit formuler une demande de recherche auprès du chef de service régional de police judiciaire. Outre l'état civil du malade et les circonstances dans lesquelles la fugue est intervenue, il est tenu d'indiquer, au vu du certificat de situation établi par le médecin, le caractère ou non dangereux du malade, les personnes menacées, les lieux où son agressivité peut se manifester. Il revient aux services de police d'apprécier l'opportunité d'effectuer une diffusion au plan régional, interrégional ou national.

D'après la mission IGAS-IGSJ⁴⁷, les recherches sont peu actives et les fugues le plus souvent laissées sans suite. Ce constat semble conforté par les données du Ministère de l'Intérieur, qui

⁴⁴ Note de service du ministère de l'Intérieur PN/ SP/TD/n°2095 du 13 mars 1974 relative à la sortie prématurée de malades adultes des services d'hospitalisation des centres hospitaliers

⁴⁵ Ancienne procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers

⁴⁶ Les dispositions de l'article 32 du règlement intérieur modèle des hôpitaux psychiatriques annexé à l'arrêté du 5 février 1938 ont reprises par la circulaire interministérielle des ministères de la santé et de l'intérieur du 17 avril 1954 relative à la recherche des malades mentaux évadés des hôpitaux psychiatriques.

⁴⁷ « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », A. LOPEZ et I. YENI, IGAS, M. VALDES-BOULOUQUE et F. CASTOLDI, IGSJ, mai 2005, rapport n°2005-064

estime à une quarantaine de minutes la charge de travail pour les services de sécurité induite par la recherche d'un malade en fugue (en 2009 et en 2010). L'inscription du fugueur au fichier des personnes recherchées est facultative. Au 2 janvier 2011, 405 personnes internées en état d'évasion étaient inscrites à ce fichier, ce qui représente un très faible pourcentage du nombre total de personnes signalées en « *sortie non autorisée* » (plus de 7 800). Ce fichier, régulièrement mis à jour, a enregistré 78 inscriptions au cours du mois de janvier et à peu près le même nombre mensuel de radiations (soit environ 20 % du total). Un quart des radiations effectuées en 2010 l'étaient pour des personnes fichées depuis plus de 6 mois, soit 250 personnes.

1.2.5. Dans la majorité des cas, les fugues n'ont pour conséquence qu'une rupture thérapeutique, mais plusieurs décès se produisent chaque année au cours de ces fugues

► *La fugue est découverte dans des délais variables*, souvent au moment du repas ou d'activités collectives. La loge du gardien ou le poste de garde sont généralement prévenus. Il arrive que les personnels de l'entrée viennent de voir passer le patient fugueur. Il arrive aussi que l'information leur soit donnée par un coup de fil externe. Mais le plus souvent, le malade a déjà quitté l'établissement.

► *Les destinations des malades sont généralement banales*. Comme le relevait l'ONVH, « *l'escapade en centre ville* » vers un centre commercial ou un parc est une destination fréquente. A Amiens, en 2009 un patient a fugué pour aller faire des achats à l'hyper marché Auchan proche de l'hôpital. La même année à Poitiers, la possibilité d'acheter de l'alcool ou du tabac a motivé plusieurs sorties en face de l'hôpital. Tous les établissements rencontrent cette situation.

Un certain nombre de fugueurs se rendent à la gare, soit pour s'y abriter, soit pour prendre un train. Une bonne partie des malades rentre chez eux, chez des proches ou des connaissances qui ont contribué à les faire soigner, au besoin en prenant les transports en commun. Ces retours comportent éventuellement des risques pour leurs proches ou ceux qui ont participé à leur hospitalisation (HDT). C'est ainsi qu'un médecin libéral appelle le 30 janvier 2009 le CHS pour avertir qu'un patient fugueur se trouvait dans son cabinet et le menaçait.

► *Le retour est souvent rapide*

Dans son enquête en 2007, l'ONVH notait que dans la moitié des cas signalés, la durée de la fugue était inférieure à un jour et dans les 2/3 des cas à deux jours. La proportion des fugues de courte durée est vraisemblablement plus forte encore, car si la sortie ne dure que quelques heures et que le malade revient alors que l'équipe de soins n'a pas été relevée, la déclaration n'est pas forcément faite au service qualité. Souvent les malades réintègrent l'établissement de leur plein gré ou sont ramenés à l'établissement par les personnes les ayant recueillis ou découverts. Dans un quart des cas, les personnels ramènent le malade, qui se trouve dans un périmètre proche de l'établissement.

Au CHS Pinel, l'enquête IGAS avait constaté que cinq malades sur 41 étaient déclarés comme étant revenus spontanément dans l'établissement dans les 48 heures. En fait, le nombre de retours spontanés est plus important, car les personnes hospitalisées sans leur consentement qui reviennent rapidement ne font pas toujours l'objet d'une déclaration de fugue.

Au CHS Guillaume Régnier, sur les 34 fugues étudiées en 2009 par les médecins inspecteurs de Bretagne, 10 patients étaient rentrés d'eux même, 10 avaient été ramenés par les forces de l'ordre, 7 par leur famille ou par les soignants, enfin dans 7 cas les conditions n'étaient pas précisées.

► *Mais parfois les malades ne sont jamais retrouvés.* D'après les enquêtes sur les fugues de 2003 et 2006 de l'ONVH, entre 3 et 4 % des malades fugeurs ne réintègrent jamais l'hôpital. De son côté le préfet de police de Paris considérait en 2006 qu'il y avait « *une centaine de malades sous hospitalisation d'office à Paris actuellement en liberté* »⁴⁸.

► **Toutefois dans certains cas, le malade en fugue va tuer quelqu'un ou être lui-même victime d'agression, d'accident ou de suicide**

⇒ *Les fugeurs peuvent être victimes d'accidents, d'agressions ou de suicides*

Les jeunes malades en fugue se retrouvent souvent en situation d'extrême précarité. En 2009 par exemple, un mineur - fugeur itératif d'un établissement picard - partait dormir à chaque sortie dans la gare où il était en butte aux dealers et à divers risques d'agression (notamment sexuelles). La même année, un patient déjà condamné pour agression violente et responsable d'une tentative d'homicide s'est enfui d'un établissement en Ile de France où il se trouvait en HO. Agressé et blessé pendant sa fugue, en rupture thérapeutique, il n'est revenu dans cet établissement qu'à l'issue d'un long séjour en chirurgie.

Les malades mentaux peuvent également s'enfuir pour se suicider. Dans l'enquête de l'ONVH, le commissaire BESSE a recensé 7 suicides de patients fugeurs sur le premier trimestre 2006, soit un taux de suicide par fugue d'environ 0,6 %. L'ARS de Bretagne a ainsi récemment enquêté sur le suicide d'un malade hospitalisé d'office à la suite de l'agression d'une jeune femme dans la rue. Après un entretien avec des membres de sa famille, le malade est sorti de l'établissement par la porte principale et s'est jeté sous les roues d'un camion devant l'abri bus le plus proche.

Les accidents sont également fréquents et ils surviennent rapidement après la fugue, comme en attestent les exemples suivants.

⁴⁸ Courrier de M. P. MUTZ au directeur de l'ARH ILE DE FRANCE du 21 mars 2006

Exemples d'accidents mortels en fugue

En juillet 2010 en Ile de France, un patient de onze ans a fugué en fin de matinée de la cour où il prenait l'air, car la serrure du portail ne fermait plus. Aperçu en train de passer le portail par le concierge de l'établissement, il a fallu un certain temps pour que celui-ci alerte les personnels compétents (il s'est d'abord adressé à d'autres personnels). Le temps que les personnels partent à sa recherche, puis avertissent le commissariat, l'enfant a été accidenté par le RER.

En janvier 2011, un malade octogénaire placé en HDT dans un établissement psychiatrique du Limousin, s'est évadé quelques heures après son admission et a été retrouvé mort de froid trois jours après.

En 2007, un malade de la région Midi Pyrénées s'est noyé au cours d'une fugue.

⇒ *Mais les affaires les plus médiatisées concernent les meurtres commis par un malade évadé.*

Ce sont les assassinats de personnes inconnues de l'assassin qui ont le plus de retentissement, comme le démontre l'abondante littérature suscitée par l'affaire de Saint Egrève en 2008. Le caractère aléatoire du drame frappe l'imagination, chacun pensant qu'il pourrait en être la victime.

Exemples de fugues avec homicides

En 2001, dans les Bouches du Rhône, un malade de 32 ans arrêté pour tentative d'assassinat et d'incendie volontaire, a été hospitalisé d'office dans un CHS. En 2004, il s'est enfui une première fois et a tué trois semaines plus tard à coups de hache le compagnon octogénaire de sa grand-mère. Il a été retrouvé et réhospitalisé. Par la suite, il s'est évadé à trois reprises du même établissement, la dernière fois en 2008.

En 2006, un autre malade de 41 ans, hospitalisé en HO depuis environ trois semaines dans un établissement en Ile-de-France a profité de sa libre circulation au sein de l'hôpital pour emboîter le pas d'un membre du personnel qui passait la porte au moyen d'un badge et quitter le bâtiment en début d'après midi. L'établissement a prévenu la police, qui a à son tour prévenu sa mère. Dans la soirée, le malade en fugue est arrivé chez sa mère dans les Ardennes et l'a tuée dans la nuit. La presse n'a jamais parlé de ce drame.

En 2008, en Isère, un malade ayant déjà commis quatre agressions, placé en HO au CH de Saint Egrève, d'où il avait déjà fugué à plusieurs reprises, a profité de son autorisation de sortie dans le parc, pour aller retirer de l'argent auprès de la Trésorerie⁴⁹, puis sortir en milieu de journée par l'entrée principale de l'établissement. Il a alors pris un bus, acheté un ticket, s'est rendu à Grenoble où il a acheté une arme et poignardé un étudiant de 26 ans qu'il ne connaissait pas

Au total, il faut cesser de considérer les fugues comme des incidents rares toujours sans gravité et mettre en place des mesures de surveillance adaptées.

⁴⁹ Rapport de Mme F.GUERRIERI, commissaire divisionnaire, ONVH, à la DGOS. Il s'agit de services délégués du trésor public, situés dans l'établissement.

1.3. Ces accidents engagent la responsabilité juridique des établissements pour défaut de surveillance ou d'organisation du service.

Plusieurs affaires, notamment les fugues, ont conduit le juge administratif à développer la jurisprudence engageant la responsabilité de l'hôpital pour défaut de surveillance ou d'organisation du service (exemples en annexe 9). D'une manière générale, le juge apprécie l'affaire au cas par cas et cherche à déterminer si les mesures de surveillance mises en place sont adéquates au regard de la pathologie, du comportement et de l'état de santé du patient⁵⁰. L'obligation de surveillance incombant à l'établissement de santé psychiatrique est cependant appréciée plus strictement par le juge comparativement à celle d'un hôpital général en raison des pathologies présentées par les patients qui y sont admis :

- les juridictions administratives reconnaissent une présomption de faute de service et/ ou un défaut de surveillance lorsqu'un malade hospitalisé échappe à la surveillance d'un établissement de soins et que ce dernier n'a pas mis en œuvre les mesures appropriées, entraînant parfois des conséquences graves pour le patient ou pour les tiers (suicide, homicide...) : « *alors même que le patient aurait reçu des soins médicaux rendus nécessaires par son état et que le service hospitalier n'aurait pas eu connaissance des tentatives de suicide du patient, l'absence totale de surveillance particulière de nature à prévenir une fuite inopinée constitue, par elle-même, une faute dans l'organisation du service psychiatrique de l'hôpital (...)* »⁵¹.

- En 2008, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a jugé que l'agression sexuelle d'une patiente par un autre patient occupant une chambre voisine dans un centre hospitalier spécialisé constitue un défaut d'organisation et de surveillance qui engage la responsabilité de l'établissement, « *quand bien même l'agresseur ne présentait aucune dangerosité du fait de troubles ou d'antécédents connus nécessitant une vigilance particulière du personnel du C.H.S.* »⁵².

- De même, un patient **en sortie d'essai** demeure placé sous la surveillance du centre hospitalier, qui doit prendre « *les mesures de surveillance renforcées qu' [exige] son état* ». La responsabilité de l'établissement peut être engagée lorsque l'hôpital ne prend pas les mesures de surveillance nécessaires pour réintégrer le patient. En 2009, la cour administrative d'appel de Marseille a ainsi jugé que, à la suite du meurtre d'un homme par un patient atteint de troubles psychiques graves en sortie d'essai, l'origine du décès était imputable aux seules défaillances du centre hospitalier, qui n'avait pas pu empêcher la fuite du patient en sortie d'essai présent dans l'établissement, alors qu'il était prévu de le réhospitaliser, étant donné son état clinique⁵³.

⁵⁰ Voir à cet égard « *L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale, essai d'analyse jurisprudentielle* », V. DUJARDIN, Revue fondamentale des questions hospitalières, n°14, 2007

⁵¹ Cour administrative d'appel de Paris, n° 96 PA 00943, 11 juillet 1997, Conseil d'État N° 37768 37769 37770 12 octobre 1983

⁵² Cour administrative d'appel de Bordeaux, 8 juillet 2008, Mme B.

⁵³ Cour administrative d'appel de Marseille, N° 07MA03488, 1er octobre 2009

2. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DANGEROUSITÉ DES MALADES SE REVELENT MULTIPLES ET COMPLEXES.

Les malades, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres du fait de leurs troubles, représentent une **fraction seulement** des malades présentant des troubles psychiques. Une partie des stratégies sécuritaires repose sur l'**idée que l'on peut améliorer la détection de cette fraction et la prise en charge de leur dangerosité. Mais les conditions de succès ne sont pas garanties**, car à côté des facteurs intrinsèques de dangerosité, il existe des facteurs iatrogènes, liés au dispositif de santé mentale, qui accroissent le risque de passage à l'acte violent. En outre tous les facteurs individuels sont rarement connus dans leur intégralité.

2.1. *La violence subie ou provoquée par les malades mentaux est revue à la hausse dans la littérature scientifique internationale*

« *Le problème de la violence des malades mentaux a toujours oscillé entre une stigmatisation sans nuance et une affirmation non moins militante de l'absence de dangerosité du malade mental* »⁵⁴.

2.1.1. **Les données récentes de la littérature montrent que certaines catégories de malades ont un risque accru de commettre un homicide, même si la majorité n'est pas dangereuse**

Après des siècles d'ostracisme et la construction des asiles au XIX^{ème} siècle, la fin du XX^{ème} siècle, grâce à la découverte des neuroleptiques à partir des années 50, a été marquée dans les pays occidentaux par un processus cherchant à vider les asiles et à transformer la vision que l'on avait de la folie. A partir de la fin des années 1960, cette révolution a permis de faire sortir une majorité des patients relégués derrière des murs depuis la création des asiles.

► Ce processus a été conforté par le résultat partiel d'études tendant à prouver le bien fondé universel de ce mouvement, pour tout le monde et en tout lieu. Comme le soulignent des spécialistes français de la question, « *la psychiatrie a voulu croire, durant les années 1980, que les malades mentaux ne représentaient pas pour la sécurité du public un groupe plus dangereux que l'ensemble de la population générale* »⁵⁵. Pour rassurer la population qui pouvait s'inquiéter de la sortie massive des patients, la National Mental Health association proclamait ainsi en 1987 « *les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale* »⁵⁶. En 1998, la présentation d'une étude canadienne⁵⁷ exprimait encore cet état d'esprit : « *l'examen de la documentation suggère que seule une infime minorité des patients hospitalisés, habituellement ceux qui souffrent de symptômes psychotiques*

⁵⁴ Cité dans « *Les malades mentaux sont ils plus violents que les citoyens ordinaires ?* », J.L. SENON, M. HUMEAU et L.GOTZAMANIS, info psy 2006 ; 82 : 645-52

⁵⁵ Même référence.

⁵⁶ « *Stigma : a lack of awareness and understanding* » National mental health Association 1987 citation de J.L DUBREUCQ.

⁵⁷ « *Mental Illness and violence : an epidemiological appraisal of the evidence* » Can JI Psy vol. 43 ; n° 10 1998, P 989-996 ARBOLEDA FLOREZ

aigus, sont impliqués dans des incidents violents. » En effet l'élargissement du dénominateur à « tous les patients hospitalisés »⁵⁸ permettait d'atténuer l'impact des découvertes.

► Cependant à partir des années 80, des études toujours plus nombreuses ont été menées dans les pays scandinaves (Suède, Danemark, Finlande), anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Royaume Uni, Irlande, Nouvelle Zélande, Australie) ou en Autriche, sur des effectifs de population considérables (parfois plusieurs centaines de milliers de personnes) et les résultats ont progressivement remis en question ces croyances. Il s'agissait :

- soit d'études de population générale (ECA⁵⁹, NESARC⁶⁰ américaines)

- soit d'études de cohorte à partir de la naissance (études scandinaves notamment),

- soit de données provenant du suivi de malades mentaux (exemple de l'étude Mac Arthur) ;

- soit de données judiciaires (crimes, délits) croisées avec des données d'expertises (rapports divers et étude du NHS publiée en 2006 et portant sur 6 367 suicides, 2 670 homicides et 235 morts subites et inexplicables survenus en 5 ans⁶¹. Un tableau établi par l'HAS récapitule la liste de ces diverses études (il y en a eu plus de mille), leur portée, leurs auteurs et leurs résultats⁶². En France il n'y a malheureusement pas eu d'études épidémiologiques de ce genre et peu d'équipes ont publié notablement sur le sujet.

En 1991, l'étude ECA montre que chez 7 900 individus dépourvus de troubles mentaux, seuls 2 % déclarent des actes violents, alors que ce taux atteint 29 % chez les 3 200 personnes présentant un trouble mental⁶³.

Le suivi des cohortes réalisées dans les pays scandinaves montre sur une durée de plus de 48 ans et pour près de 400 000 personnes, que le risque chez le schizophrène est multiplié par 12⁶⁴.

Pour les patients suivis en ambulatoire, le risque est entre trois et cinq fois plus élevé que la population nationale. Les données ne permettent pas de distinguer ceux qui sont en rupture médicamenteuse.

⁵⁸ médecine, chirurgie, obstétrique

⁵⁹ ECA : Epidemiological Catchment Area : étude de la violence déclarée

⁶⁰ NESARC : « *National epidemiologic survey on alcohol and related conditions* », étude américaine conduite par le National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism

⁶¹ « *Avoidable deaths* » dec. 2006 ; Five year of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. University of Manchester

⁶² Audition publique HAS, « *Dangerosité psychiatrique : Étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur* », 10 décembre 2010

⁶³ Robbins et Regnier Swanson 1991

⁶⁴ Cité par A. LOVELL « *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé. Commission violence et santé mentale* » mars 2005

En 1998, une étude de la fondation Mac Arthur menée à Pittsburgh avait eu un retentissement particulier parce que les auteurs n'avaient pas trouvé de différence significative entre la prévalence des agressions accomplies par des malades mentaux ou par la population non malade, hors abus d'alcool et de drogues. En fait, comme l'ont montré d'autres auteurs en 2001⁶⁵, cette interprétation était erronée : les résultats ne portaient que sur les malades suivis, alors qu'une majorité de schizophrènes et les malades les plus perturbateurs sortaient presque immédiatement du suivi et l'absence de différence ne s'observait que pendant les dix premières semaines. Au bout d'un an, 18 % des malades mentaux s'étaient montré violents contre 3 % de la population générale.

Au bout du compte, la littérature scientifique internationale montre que certains groupes de malades mentaux, à savoir **une fraction** de malades **schizophrènes**, et **une fraction** des malades porteurs de troubles **bi polaires**, présentent un **risque accru de violence et d'homicide et que les addictions à l'alcool, au cannabis majorent encore ce risque**⁶⁶. C'est sur l'importance de cette fraction et sur le facteur multiplicateur de risque que les études divergent, mais pas sur le constat général.

► En France, il a fallu attendre les années 2000 pour commencer à voir reconnus un ensemble de travaux sur la question. Mais les recherches françaises originales sont restées limitées. Quelques équipes s'intéressent à ces problèmes, comme celle du Pr SENON à Poitiers, ou celles de l'hôpital Sainte Anne ou du CHU d'Angers par exemple...

En 2004, à la suite de la loi de santé publique du 9 août 2004, une commission violence et santé mentale a été mise en place. Sous la direction d'Anne LOVELL, directrice de recherche à l'INSERM, les travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé mentale ont donné lieu à un important rapport qui traite à la fois du risque individuel accru des malades mentaux et du risque général qui leur est attribuable, mais aussi de la souffrance psychique provoquée par la violence, les crises et les agressions. En mars 2007, l'INSERM a complété ce tableau par un rapport sur la violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques, toujours sous la direction d'Anne LOVELL.

Mais c'est à la HAS que revient récemment, à la demande de la DGS et de la DGOS, une contribution déterminante pour la prise de conscience du phénomène. En effet la HAS a organisé une conférence de consensus le 10 décembre 2010. Avant l'audition publique, une synthèse bibliographique est organisée au cours de laquelle 912 références ont été analysées entre 2005 et 2010. Puis des experts désignés (français, canadiens, anglais etc.) ont exposé leurs propres opinions à partir de plus de 300 ouvrages et articles étudiés par chacun d'eux pour répondre aux questions posées concernant notamment la violence hétéro-agressive des schizophrènes, celle des personnes porteuses de troubles de l'humeur et des sujets dépendants aux drogues et les moyens de mieux évaluer la dangerosité.

⁶⁵ « *Violence and delusions : data from the Mc Arthur violence risk assesment study* » P. APPELBAUM, P. ROBBINS et J. MONAHAN in *Am J Psy* 2000 ; 157 : 566-72 . « *Rethinking risk assesment : the Mc Arthur study* » J.MONAHAN, H.STEADMAN Oxford University press 2001

⁶⁶ Cf texte des experts in Audition publique. HAS ; décembre 2010 « *dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur.* »

Recommandation n°18 : Diffuser largement les travaux préparatoires de la HAS auprès des différents services accueillant des malades mentaux ainsi que le compte rendu du colloque.

Recommandation n°19 : Susciter des recherches épidémiologiques françaises ou lancer un appel à projet sur des thèmes associant simultanément la maladie mentale, les modes de prise en charge et la violence.

Le risque de violence et/ou d’homicide est multiplié entre 2 et 7 fois chez l’homme schizophrène mais entre 5 et 20 fois chez la femme schizophrène, dans la mesure où les femmes sont habituellement moins violentes. Il est multiplié entre 2 et 4 fois chez le patient porteur de troubles bipolaires, plus souvent responsable d’homicides suivis de suicides, et échappant de ce fait à la plupart des enquêtes judiciaires ou médicales.

Selon la conception plus ou moins large que l’on a de la maladie mentale grave, selon le type de classification internationale des maladies utilisées (CIM-10 ou DSM-IV TR)⁶⁷ et selon les pays, le pourcentage de meurtriers présentant des troubles mentaux graves varie (entre 10 et 30 %, jusqu’à 90 % en Suède). Le taux des meurtriers malades mentaux dépend aussi du taux de criminalité ambiante : **plus la société est violente, moins la place des malades mentaux dans les homicides est importante**. Inversement lorsque la société est pacifique, seuls subsistent les meurtres commis par les malades mentaux.

Le débat entre chercheurs tourne autour de l’importance du **rôle des drogues et de l’alcool** pour potentialiser les risques d’agression de ces malades, car toutes les études se retrouvent désormais pour assurer que les « *maladies mentales augmentent de manière significative le risque de commettre un homicide* ».

Au total, « contrairement à une opinion fréquente dans les milieux psychiatriques, les troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble délirant et trouble de l’humeur) même sans abus d’alcool ou de drogue, pèsent à eux seuls sur cette rupture d’équilibre qu’est la violence et génère un risque d’homicide plus élevé que celui constaté dans la population générale »⁶⁸. En revanche, les malades mentaux qui ne présentent pas des troubles graves – c’est-à-dire la très grande majorité des malades - ne présentent pas un risque accru d’homicide par rapport à la population générale.

⁶⁷ CIM-10 : classification internationale des maladies de l’OMS (dixième édition) ; DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) proposé par l’Association américaine de psychiatrie ; TR texte révisé.

⁶⁸ « *Risque d’homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature* ». S. RICHARD-DEVANTOY, J.P. OLIE et R. GOUREVITCH in l’encéphale (2009) 35, 521-530. Conclusion reprise de l’étude canadienne « *Risque de violence et troubles mentaux graves* » de J.L. DUBREUCQ, C. JOYAL et F. MILLAUD. Ann médico-Psychologiques (2005) 163 ; 852-865.

2.1.2. La faiblesse des données nationales n'est pas un argument pour penser que, dans notre pays, les choses puissent être différentes

► En France, les chiffres donnés dans divers articles parlent d'un taux d'homicide de 0,16 pour 100 000 habitants et d'un pourcentage de 5 %⁶⁹ de crimes provoqués par les malades mentaux, soit « moins d'un homicide sur vingt ». Ces chiffres ne sont pas cohérents entre eux. En effet, si l'on prend le taux d'homicide par habitant, on devrait trouver en France, pour 60 millions d'habitants, 96 homicides annuels, ce qui, rapportés au nombre annuel des homicides (426 en moyenne annuelle sur la période 2003-2008)⁷⁰, représente 21% des homicides, et non pas à 5 %.

Selon les statistiques nationales de décès, on sait que sur un total de 412 meurtres en 2006, 53 homicides de sujets masculins et 17 homicides de sujets féminins sont recensés comme ayant eu lieu dans un établissement hospitalier. En réalité, ce chiffre comporte à la fois les personnes agressées à l'extérieur de l'établissement qui sont décédées des suites de leurs blessures à l'intérieur de l'hôpital (largement majoritaires, peut-on espérer) et les sujets directement tués dans l'hôpital.

Il existe toutefois une incertitude en France sur le nombre annuel total d'homicides : la Chancellerie – à partir des données statistiques nationales sur les condamnations prononcées en 2008 par les tribunaux français, telles qu'elles ressortent du casier judiciaire national-comptabilise **1 072** homicides et violences criminelles. Le périmètre de ces diverses mesures n'est pas identique (période différente, champ plus vaste, dans un cas victimes, dans l'autre cas, auteurs...), mais l'importance du différentiel surprend. Il est possible que des homicides soient recensés dans les statistiques nationales de décès en « causes inconnues ou non précisées » (13 224 personnes en 2008). La comparaison avec les pays anglo-saxons montre qu'avec une population et un nombre de décès cinq fois plus importants⁷¹, les Etats-Unis ont six fois moins de morts de cause inconnue par habitants que la France et le Royaume-Uni trois fois moins⁷². Ces données ont été décrites et commentées dans le rapport IGAS sur la mort à l'hôpital, rendu public⁷³.

Au Royaume Uni, l'étude du NHS menée d'avril 1999 à décembre 2003 sur 2 670 homicides⁷⁴, montrait que 486 meurtriers ont eu un contact avec le service de santé mentale, soit 18 %, et parmi eux 249 ont eu ce contact dans l'année qui précède, soit 9 %. 261 personnes, soit 10 %, sont considérés comme souffrant de troubles mentaux au moment de l'agression et 5 % ont une

⁶⁹ Cité par C. TASSONE MONCHICOURT, N. DAUMERIE, A. CARIA et J.L. ROELANDT dans « *Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités* » cocom@epsm-lille-metropole.fr, en reprenant un chiffre cité parmi plusieurs autres par J.L. SENON.

⁷⁰ Source : - Données en ligne : cepidc.vesinet.inserm.fr - statistiques nationales de décès tenues par le CépiDC de l'INSERM (qui comptabilise chaque année de façon exhaustive l'ensemble des décès survenus sur le territoire national et les classe par cause de décès)

⁷¹ Etats-Unis : 2 401 400 morts ; Royaume Uni : 504 052 et France : 515 952 morts en 2006.

⁷² Le CépiDC de l'INSERM n'est pas en mesure de connaître le nombre et le résultat des examens médico-légaux réalisés pour identifier les causes de décès ou des autopsies à finalité judiciaire, car l'institut médico-légal de Paris (ainsi que d'autres) refusent de lui communiquer ces renseignements en arguant du secret de l'instruction, alors que la demande porte sur des résultats anonymes à visée de santé publique. La sous-estimation des homicides est vraisemblablement liée à ce défaut de coordination.

⁷³ Rapport IGAS RM2009-124P de novembre 2009 disponible sur le site de la documentation française. Les données sont tirées du Cépi DC INSERM ou des statistiques du ministère de la justice.

⁷⁴ « *Avoidable deaths* » dec. 2006 ; Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. University of Manchester, page 105.

schizophrénie connue. L'étude a cherché à identifier les facteurs qui pouvaient empêcher les meurtres⁷⁵ : le premier était une amélioration de la compliance du malade au traitement, le second était une surveillance plus serrée du malade, le troisième une communication plus efficace de l'équipe, des personnels mieux entraînés, ex aequo avec un contact plus étroit avec les familles, enfin une meilleure coordination entre services. En France, seule l'extrapolation des données étrangères permet de donner un ordre de grandeur, mais avec les limites inhérentes à cet exercice.

► Outre l'extrapolation des données étrangère, une autre solution pour connaître le pourcentage de meurtres commis par les malades mentaux en France serait de mener des enquêtes de secteur, mais ceci reste à faire.

Quant aux études menées à partir des personnes détenues, elles comportent un biais notable : le fait que 20 à 25 % des détenus présentent des troubles mentaux peut être lié à leur état antérieur, mais il peut aussi être lié au fait que la prison rend malade ainsi qu'au fait que les détenus malades sont plus longuement incarcérés que les autres.

Recommandation n°20 : Demander à l'INSERM de proposer toutes mesures permettant de fiabiliser les statistiques de décès par homicide et de diminuer les causes d'origine inconnue, obliger les instituts médico-légaux à rendre leurs données au CepiDC

Recommandation n°21 : Susciter et financer des études françaises sur le sujet : études prospectives de cohortes, croisement de données judiciaires et de données médicales, statistiques sur les homicides et les viols, etc. Faire des appels à projet.

2.2. Le confinement, la promiscuité et le désœuvrement des malades créent les conditions favorables au passage à l'acte

2.2.1. Le non-respect des droits des malades suscite des frustrations inutiles et dangereuses.

2.2.1.1. Confinement, promiscuité et privation de sortie forment un mélange détonnant.

A son arrivée, un patient est placé dans une unité de soins ouverte ou fermée. La fermeture de l'unité est quasiment systématique lorsqu'un des patients est hospitalisé sans son consentement, de manière à pouvoir le retenir plus facilement, de telle sorte que les malades hospitalisés librement⁷⁶ se retrouvent enfermés dans une unité d'une vingtaine de lits, soumis à une contrainte qui n'est pas liée à leur statut. Le fait de maintenir en unité fermée l'ensemble des patients, sans tenir compte de leur état clinique, crée des sources de tensions, et augmente le risque d'agression des patients les plus vulnérables, sans empêcher pour autant la fugue des patients plus jeunes, plus sportifs ou plus motivés. C'est l'« effet cocotte-minute » décrit dans le rapport de l'ARH Bretagne (CH Guillaume Rénier).

⁷⁵ Page 138 enquête citée ci-dessus

⁷⁶ Les patients hospitalisés **avec** leur consentement (hospitalisation libre) représentent 80 % des malades hospitalisés en 2009 (source : SAE en ligne).

Dans ce contexte, on comprend l'importance que revêt l'ouverture des locaux vers l'extérieur pour permettre aux patients de se détendre et de prendre l'air. Les unités de soins disposent généralement (mais pas toujours) d'un accès à un jardin, un patio, une cour ou une terrasse, mais il arrive que les patients ne puissent pas en profiter, du fait d'horaires d'ouverture réduits, du manque de personnel⁷⁷, ou du fait de leur aménagement, par exemple, un revêtement de sol de la cour qui fond sous l'effet de la chaleur (unité de soins intensifs psychiatriques dans le CHS Sainte Marie à Nice).

L'inspection a également vu des établissements où tous les malades sont hébergés dans des unités de soins fermées à clef, ou des services qui enferment les patients dans leur chambre. Ces mesures contreviennent aux dispositions selon lesquelles une hospitalisation sans consentement ne peut entraîner que des restrictions des libertés individuelles proportionnées aux besoins de santé et à la mise en œuvre du traitement (article L.3211-3 du CSP) et ne respectent pas les recommandations de l'ANAES⁷⁸ qui précisent qu'une personne hospitalisée conserve « *la liberté de ses déplacements [à l'intérieur de l'établissement]* ».⁷⁹

Le mouvement de transformation progressive des dortoirs en chambres de 3 ou 4 personnes dans les années 70, puis en chambre individuelle dans les années 80 n'est toujours pas achevé. **Dans les CHS, 40 % des chambres sont collectives, 70 % des chambres ne disposent pas de douche, et 60 % n'ont pas de toilettes**⁸⁰. Les conditions d'accueil hôtelier diffèrent sensiblement d'un établissement à l'autre, d'une unité de soins à une autre. Par exemple, en 2010, l'inspection a vu en Picardie dans deux établissements des chambres à 4 lits, boxées, faites à partir d'anciens dortoirs cloisonnés et un établissement où plus de 70 % des lits sont installés en chambre partagée (région PACA). Dans ce dernier, la petite dimension des chambres, avec un ratio m2 surface utile / lit très inférieur à la moyenne, accentue encore la promiscuité. Dans certaines unités, on trouve moins de deux toilettes pour 10 lits, ou une seule douche en état de marche pour 10 lits.

De manière empirique, la promiscuité et le manque d'intimité étant une source de conflits entre patients, le choix « *thérapeutique* » d'imposer un hébergement en chambre partagée pour faciliter la socialisation des patients devrait être remis en cause. Il paraît difficilement conciliable avec les recommandations de l'ANAES qui insiste sur « *l'impérieuse nécessité de disposer (...) d'un espace privatif (...), [qui] doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident* ».

Recommandation n°22 : Faire disparaître les chambres ou les dortoirs communs afin de respecter l'intimité de chacun aussi vite qu'il est possible et ne garder partout que des chambres individuelles. Eviter, lors des travaux de restructuration des unités de soins, de créer des chambres communes, qui imposent aux patients une cohabitation forcée.

⁷⁷ Les mesures de sécurité imposent la surveillance par un agent.

⁷⁸ Devenue HAS.

⁷⁹ Recommandations publiées par l'ANAES, intitulé « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité », après la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004. Elles s'appuient sur les lois du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, et du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸⁰ « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* », M.COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007

Recommandation n°23 : Organiser des unités fermées pour les malades hospitalisés sous contrainte en crise qui soient véritablement fermées et des unités ouvertes pour les autres malades qui soient réellement ouvertes.

2.2.1.2. La négation de la vie privée.

Les atteintes à l'intimité et les intrusions dans la vie privée par un autre usager ou un soignant ont pour effet de créer un sentiment de gêne et de renforcer les frustrations du patient. Par exemple, dans plusieurs unités de soins d'un établissement en Picardie, les chambres sont systématiquement fermées en journée, ce qui oblige les malades à rester toute la journée au réfectoire ou dans les couloirs. Les actes de violence sont moins nombreux dans les unités offrant des espaces pour s'isoler (EPSM Camille Claudel).

Les règles de vie collectives ne correspondent pas aux habitudes de vie des patients :

- le repas est généralement pris en commun dans la salle à manger de l'unité de soins psychiatriques. Le motif généralement invoqué est qu'il a des vertus « *thérapeutiques* » et facilite la socialisation des malades. Le CGLPL n'a vu qu'un seul établissement dans lequel certains patients pouvaient décider de prendre leur repas dans leur chambre, à une petite table (ESPM Camille Claudel), l'IGAS aucun ;
- les repas du matin et du soir sont rarement pris aux heures habituelles (8h, 19/20h), ce qui peut entraîner un long jeûne nocturne (Picardie) ;
- les salles de bains peuvent être fermées en journée (PACA) et les malades sont parfois tenus de réaliser leur toilette à heure fixe, chacun leur tour, ou en groupes douchés au jet (Picardie) ;
- la nuit, certains sanitaires sont fermés, ce qui oblige les patients à utiliser un seau hygiénique à la place des toilettes (Picardie, Ile de France) ;
- les patients ne disposent pas toujours d'un éclairage individuel à leur chevet, et ne peuvent pas contrôler le système de ventilation ou de chauffage.

A l'UMD de Villejuif, où les patients ne disposent pas de chevet, l'éclairage est commandé par un interrupteur extérieur à la chambre et actionné par les soignants. Des veilleuses diffusent dans la chambre une lumière tamisée la nuit. Dans un cas, l'inspection a également vu des installations qui ne comportent que des plafonniers centraux dans les chambres, tous commandés par un seul interrupteur central, qui restent allumés 24 heures sur 24 (Picardie). Cette pratique – le maintien d'un éclairage artificiel 24 heures sur 24 - constitue, selon la Cour européenne des droits de l'homme, une violation de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme, selon lequel « *nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements humains dégradants* » (« *Köcher et Muller contre Suisse* », Cour européenne des droits de l'Homme, 1984).

Certains dispositifs portent en outre directement atteinte à l'intimité :

- dans un établissement de la région PACA, la mission a vu dans une unité un local des douches et des sanitaires situé entre deux chambres à trois lits, chacune disposant d'un accès direct par une porte à ce local. Les patients doivent demander l'intervention des

soignants pour sécuriser l'accès des sanitaires, lorsqu'une des deux chambres héberge des femmes et l'autre des hommes, ce qui est fréquent.

– dans deux établissements en Auvergne et en PACA, les chambres d'isolement sont équipées d'un système de vidéosurveillance.

La restriction de la liberté d'aller et venir s'accompagne parfois d'une restriction de la liberté d'expression. Par exemple, le CGLPL a constaté au CHS Sainte Marie à Clermont Ferrand que l'utilisation du téléphone était soumise à prescription médicale. Les malades n'avaient pas toujours la possibilité de préserver la confidentialité de leurs communications. Les bornes téléphoniques situées dans les couloirs des unités de soins ne sont pas toujours pourvues de coque de protection. Lorsque l'utilisation du téléphone portable est autorisée, les patients ne disposent généralement pas d'un espace insonorisé réservé à cet effet. Le CGLPL a toutefois vu le cas d'un établissement (CH Esquirol à Limoges) qui, comme tous les autres établissements de santé, met à disposition des malades un téléphone commun ou individuel en chambre.

De même, il est difficile pour les patients d'empêcher l'écoute et le regard des autres, lorsque l'établissement ne dispose pas d'un lieu réservé aux visites et que celles-ci ont lieu dans les espaces communs de l'unité.

Recommandation n°24 : Recenser et faire un bilan avantages / inconvénients des dispositifs matériels et des règles de vie qui sont intrusifs pour les patients, et supprimer ceux qui le sont.

Recommandation n°25 : Permettre aux malades d'exprimer leurs choix. Ne pas restreindre la liberté d'aller et venir des malades hospitalisés librement qui ne sont pas en crise. A l'exception des détenus et des malades hospitalisés sans consentement pour lesquels cette interdiction doit être prescrite chaque jour, laisser les malades accéder librement au téléphone.

Enfin il convient de relever la pratique en matière d'habillement dans plusieurs établissements, consistant à imposer le port du pyjama aux arrivants, pendant une durée qui est fonction de leur état clinique, ou aux personnes en HO ou HDT susceptibles de fuguer. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) indique à ce sujet que « [cette] pratique (...) n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi ; l'individualisation de l'habillement fait partie du processus thérapeutique. »⁸¹. De même, l'ANAES insiste dans ses recommandations⁸² sur le fait que l'hôpital est un lieu de soins au service du public, au sein duquel chacun doit avoir « la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement ». Dans une vie ordinaire, une personne reste rarement toute la journée en pyjama.

L'un des motifs avancés par les médecins pour justifier le port du pyjama est qu'il permet de repérer plus facilement les fugueurs. L'expérience montre cependant que cette contrainte

⁸¹ « Les normes du CPT, Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond », Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, rev. 2009

⁸² Cf. références précitées.

vestimentaire n'est pas efficace (CH Evreux en 2005, CH E. Toulouse en 2008, CH Digne, CH Pinel, CHS Sainte Marie à Nice, CH de Saint Avé dans le Morbihan en 2009...).

Recommandation n°26 : Permettre aux malades de disposer de leurs propres vêtements.

2.2.2. L'utilisation abusive des chambres d'isolement contribue à accroître la tension dans les services.

2.2.2.1. Les conditions d'utilisation des chambres d'isolement ne sont pas toujours conformes aux bonnes pratiques

Les séjours avec un isolement thérapeutique représentent environ 5 % des séjours. Près de 70 % des patients mis en chambre d'isolement sont des hommes, la moyenne d'âge est de 37 ans⁸³.

Tableau 4 : Taux de séjour sous contrainte et taux de séjour avec isolement thérapeutique

Séjours de malades en santé mentale	2008	2009
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	19 957	23 474
Nombre de séjours sous contrainte	81 419	90 658
Nombre de séjours	424 449	449 753
Taux de séjour sous contrainte	19,2 %	20,2 %
Taux de séjour avec isolement	4,7 %	5,2 %

Source : *Mission à partir des données de l'ATIH en ligne, issues de la base nationale de l'information médicale en psychiatrie, champ « établissements publics et PSPH, hospitalisation à temps plein »*

La sur utilisation des chambres d'isolement est confirmée au niveau national par une durée moyenne de séjour de l'ordre de 13 jours en moyenne au cours des trois dernières années. Même si, comme le souligne l'ATIH, le recueil RIMP ne permet pas d'apprécier la durée horaire de passage en chambre d'isolement, et que l'indicateur « *nombre de journées d'isolement* » compte à la fois des passages de quelques heures et des journées complètes, le résultat obtenu paraît loin des recommandations de bonnes pratiques.

⁸³ Tableau 9A extrait des tableaux RIM-P nationaux, année 2010, en ligne sur le site ATIH, mise à jour janvier 2011

Tableau 5 : Durée moyenne d'isolement pendant un séjour

Journées et séjours en santé mentale	2008	2009
Nombre de journées d'isolement thérapeutique	263 224	333 102
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	19 683	23 165
Nombre de journées / nombre de séjours	13,4	14,4

Source : Mission à partir du tableau 9A extrait de la base nationale RIM-P en ligne à la date du 27 janvier 2011 (site ATIH) – le nombre de séjours a été préféré au nombre de patients, un patient pouvant faire plusieurs séjours. champs : établissements publics et PSPH

Les patients qui restent en moyenne plus de 30 jours en isolement au cours d'un séjour présentent principalement un diagnostic de retard mental grave, d'autisme, de troubles envahissants du comportement (voir annexe 7). Ils représentent 5 % des patients placés en isolement.

L'isolement, qui peut avoir un effet calmant à court terme, peut être traumatisant s'il persiste, en aggravant la désorientation et l'anxiété du patient et en suscitant des réactions antagonistes⁸⁴, surtout si le malade est maintenu à l'isolement plus que nécessaire. Il doit répondre à des conditions précises, qui ont été décrites dans le référentiel publié par l'ANAES en 1998⁸⁵. L'indication est uniquement médicale : « *il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique* ». L'isolement ne peut notamment être décidé à titre de punition, pour pallier le manque de personnel ou pour faciliter le travail de l'équipe soignante. Toute banalisation de l'isolement constitue une dérive, aggravée par le recours éventuel à la contention physique. L'IGAS, comme le CGLPL, en ont relevé un certain nombre :

- dans deux établissements, les patients arrivant dans l'unité sont systématiquement placés en chambre d'isolement, quel que soit leur état clinique, pour « *observation* » (PACA, Picardie).
- dans plusieurs établissements, il est apparu que les malades, maintenus en chambre d'isolement plusieurs jours de suite, ne faisaient pas l'objet des visites médicales régulières et organisées qui permettent de lever ou de prolonger l'isolement (PACA, Rhône Alpes).
- dans un établissement, la confusion entre la contention comme protection d'un patient (contre l'auto-agression ou les réactions violentes) et la contention destinée à « *mater* » un patient était patente dans certains secteurs ;

Certains établissements utilisent les chambres d'isolement comme des chambres d'hospitalisation classique, du fait de la sur occupation des lits. Cette utilisation dite « *hôtelière* » conduit à demander au patient de changer de chambre à toute heure si le service a besoin de la chambre d'isolement pour un autre patient.

⁸⁴ « *Chambre d'isolement : du point de vue des patients. Impact d'un temps d'élaboration sur le vécu des patients après un séjour en chambre d'isolement dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte* », mémoire de recherche de C. Mouillerac, Université Paris 8, 2006-2007

⁸⁵ « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* », ANAES, juin 1998

Recommandation n°27 : Utiliser les chambres d'isolement uniquement en cas de crise, sur renouvellement semi-quotidien de l'indication médicale. Conserver la chambre d'origine pour que le malade puisse y revenir à tout instant.

Quant à la contention, d'après l'ANAES, « [elle] doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et correspondre à un protocole précis ». La Cour administrative d'appel de Marseille a d'ailleurs rappelé en 2007 « qu'en tout état de cause, la contention physique des malades qui consiste à les maintenir alités membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles n'est utilisée (...) qu'en dernier recours après que le personnel soignant ait d'abord usé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement »⁸⁶.

Deux établissements visités par le CGLPL ont choisi de ne pas avoir de chambre d'isolement, et ne recourent qu'à des dispositifs de contention lorsqu'il est nécessaire d'isoler un malade agité (CH Esquirol à Limoges⁸⁷, CH de la Côte Basque à Bayonne⁸⁸). Au CH de Limoges, en l'absence de registre spécifique, les contrôleurs n'ont pu déterminer avec précision le taux de recours – qui leur a semblé particulièrement élevé en pédopsychiatrie, et corrélé aux nombreuses agressions du personnel par les jeunes malades. Au CH de Bayonne, il est relevé le cas de plusieurs patients où la contention a été supérieure à plusieurs jours, et même de trois mois dans le cas d'un patient pour lequel le service avait fait une demande d'admission à l'UMD de Cadillac. L'utilisation prolongée de moyens de contention peut être assimilée à un mauvais traitement ou à un acte de torture.⁸⁹

Toutes ces dérives rendent nécessaires la mise en œuvre d'un suivi des pratiques d'isolement et de contention dans les établissements, d'autant que peu d'études ont été conduites en France afin d'évaluer l'efficacité de cette pratique pour évaluer ses effets sur le comportement du patient.

Recommandation n°28 : Faire établir par la HAS des recommandations de bonnes pratiques en matière de contention physique et utiliser la contention en dernier recours pour en limiter l'usage.

2.2.2.2. Leur usage est dévoyé pour accueillir certains malades

Trois types de malades vont paradoxalement se retrouver presque systématiquement en chambre d'isolement : ceux dont on veut se protéger (détenus, malades difficiles) et ceux que l'on veut protéger.

⁸⁶ Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 05MA01245 25 janvier 2007, cf. annexe

⁸⁷ « Rapport de visite du CH Esquirol (Limoges, Haute Vienne) », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 9 au 11 décembre 2008

⁸⁸ « Rapport de visite du CH de la Côte Basque (Bayonne, Pyrénées-Atlantiques) », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 5 au 7 mai 2009

⁸⁹ Cf. normes du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

LES MALADES VICTIMES D'AGRESSION.

Dans certains cas, on place en chambre d'isolement quelqu'un pour le protéger d'autrui : la chambre d'isolement est devenue par exemple le refuge d'un adolescent hospitalisé dans une unité psychiatrique pour adultes qui s'est plaint d'avoir été violé à plusieurs reprises (Alsace) ; en Picardie, en 2009, un mineur de 17 ans hospitalisé dans une unité d'adultes a été placé en chambre d'isolement pour le mettre à l'écart des adultes et le protéger, ce qui n'a pas permis d'éviter qu'il subisse des attouchements sexuels de la part d'un autre patient hospitalisé sans consentement ; dans un établissement en Rhône-Alpes, le CGLPL cite le cas de patients qui commettent des actes violents pour se retrouver en chambre d'isolement, afin qu'un médecin s'occupe d'eux⁹⁰.

Recommandation n°29 : Adapter les structures de pédopsychiatrie à la prise en charge des enfants dont les troubles mentaux sont particulièrement graves, et qui ne peuvent pas être accueillis dans les structures classiques, afin d'éviter qu'ils ne soient placés dans des structures d'adultes.

LES PATIENTS PARTICULIEREMENT DANGEREUX OU DIFFICILES

Dans deux établissements (CHS Sainte Marie, CHS de la Savoie à Bassens), un ou deux malades particulièrement « *difficiles* » passent leur vie en chambre d'isolement. Au CHS de la Savoie, deux patients d'une quarantaine d'années, hospitalisés au CHS depuis plus de 30 ans, et sans la moindre autonomie, sont attachés en permanence car ils peuvent se montrer agressifs ou violents. L'un d'eux ne peut se tenir assis sans l'aide d'une sangle. Au CHS Sainte Marie de Nice, un patient chronique, hospitalisé depuis plusieurs années en hospitalisation libre, mais qui présente une prise en charge lourde du fait de passages à l'acte hétéro-agressif violent, fréquent et imprévisible, change tous les six mois d'unité pour répartir la charge de travail entre les équipes soignantes. Les équipes soignantes se trouvent dans une impasse thérapeutique, compte tenu du faible espoir d'évolution.

Selon une étude réalisée par GUEDEMAN et SHURE, les malades qui requièrent une hospitalisation de longue durée peuvent être classés en cinq groupes⁹¹ :

- certains patients schizophrènes avec des comportements chroniques si désorganisés (cris, nudité publique, vols, vagabondage, sexualité désordonnée, tendance à mettre le feu) que la vie en société est impossible et qui peuvent devenir victimes de mauvais traitements ;
- des patients âgés déments, avec des perturbations graves du comportement qui rendent impossible le maintien en centres de soins conventionnels de longue durée ;
- des patients déficients mentaux et psychotiques avec de graves perturbations du comportement ;
- des patients ayant des lésions cérébrales avec troubles graves de contrôle des impulsions et de la violence ;
- des patients psychotiques chroniquement violents ou suicidaires, réfractaires aux traitements connus.

⁹⁰ « Rapport de visite du CHS de la Savoie, Bassens », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 16 au 18 septembre 2008

⁹¹ GUEDEMAN, J. E., SHORE, M. F., 1984, "Beyond deinstitutionalization: A new class of facilities for the mentally ill", New England Journal of Medicine, 311, 832-836

Au Québec, l'expérimentation d'un centre de soins tertiaire a démontré que l'on pouvait dispenser des traitements de réadaptation à un groupe de malades mentaux porteurs de troubles graves et persistants, réfractaires aux traitements, mais qu'un noyau de patients très agressifs ayant un niveau de violence qui dépasse les capacités de petits établissements, relevait d'unités sécuritaires spécialisées⁹². En France, la seule alternative pour les patients destinés à demeurer en chambre d'isolement - en dehors d'une hospitalisation en UMD, qui n'a pas vocation à les accueillir durablement - est de trouver une place dans une structure médico-sociale adaptée.

Recommandation n°30 : Engager rapidement une réflexion au niveau national pour créer des unités fermées de longue durée pour les malades extrêmement dangereux (de 50 à 150 places environ) ou leur réserver le même nombre de places dans les futures UMD.

LES DETENUS

Les établissements psychiatriques habilités à accueillir des personnes détenues hospitalisés d'office en référence à l'article D.398 du code de procédure pénale doivent en assurer la garde. La plupart des établissements enferment les détenus dans les chambres d'isolement pendant toute la durée leur séjour hospitalier pour réduire le risque d'évasion.

Le CGLPL et l'inspection ont vu deux établissements qui recourent à des sociétés de sécurité privée pour assurer la garde des détenus pendant leur séjour en chambre « sécurisée » (Aquitaine, Nord-Pas de Calais). Le CGPL estime qu'un tel recours n'est pas autorisé par les textes, le détenu hospitalisé devant continuer à subir sa peine et la fonction de surveillance ne pouvant pas être déléguée dans le service public pénitentiaire⁹³.

Dans l'attente de l'ouverture des UHSA, le placement et le maintien systématique des détenus en chambre d'isolement pendant la durée de leur hospitalisation, pour des motifs sécuritaires et non thérapeutiques, est une pratique abusive.

Recommandation n°31 : Faire en sorte que les détenus hospitalisés, lorsque leur état clinique le permet, aient accès à des locaux sécurisés pourvus de patios ou de cours, suffisamment fermés pour qu'ils ne puissent pas s'échapper facilement, mais suffisamment vastes pour qu'ils puissent déambuler à satiété.

2.2.3. Le désœuvrement des malades suscite un ennui néfaste.

« On s'ennuie beaucoup dans les hôpitaux psychiatriques ». Ce constat fait l'unanimité, tant parmi les patients⁹⁴ que parmi les personnels et les responsables des établissements. La question de l'occupation des malades a entraîné de nombreuses discussions dès le XIX^{ème} siècle et continue de faire débat parmi les praticiens. Certains d'entre eux gardent le souvenir du temps où les malades

⁹² « Seven Oaks — Un nouveau regard sur les soins tertiaires », T. E. NEWTON et P. SCHIELDROP, Santé mentale au Québec, vol. 30, n° 1, 2005, p. 31-45.

⁹³ Article D.394 et D. 395 du code de procédure pénale et 4^{ème} alinéa de l'article 2 de la loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire qui exclut du champ de la délégation à une personne privée les fonctions de surveillance.

⁹⁴ Rapport d'activité 2009 du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)

devaient travailler dans des ateliers ou dans les services (ménage, linge, jardinage, entretien des espaces verts, service au domicile), et contribuaient par leur travail à abonder les recettes de l'établissement. La cessation du travail a été considérée à juste titre comme libératrice et à partir des années 50, une activité effectuée par les malades ne devait plus avoir qu'une vocation thérapeutique.

➤ **Les activités « thérapeutiques »**

Envisagée globalement, à la lecture des rapports d'enquête, la palette d'activités « thérapeutiques » proposées dans les établissements est large, et l'offre paraît abondante (cf. annexe 8). Les établissements ont aménagé une ou plusieurs salles d'activités, dans les unités de soins et / ou dans une unité intersectorielle spécifique (dénommée « *centre social* » ou « *pôle de réhabilitation psychosociale* », etc.). Des animations ponctuelles sont proposées aux patients à l'intérieur de l'établissement, de même que des sorties à l'extérieur, pouvant durer quelques heures ou plusieurs jours (« *séjours thérapeutiques* »). L'offre d'activités est en réalité inégale dans sa durée et dans le nombre de participants accueillis, suivant l'implication des professionnels. L'inspection a par exemple vu un service où chaque patient pouvait bénéficier d'un planning journalier et participer à différentes activités, y compris, si son état clinique le permettait, à des sorties hebdomadaires à l'extérieur : équitation, musique, piscine... (CHI Clermont de l'Oise). Inversement, au CH de Limoges, une patiente a déclaré au CGLPL être sortie de son unité seulement six fois en six mois d'hospitalisation : deux sorties dans le parc, deux séances de culinothérapie et deux séances de gymnastique.

➤ **Les distractions quotidiennes**

Dans les établissements psychiatriques visités, toutes les activités sont qualifiées de « *thérapeutiques* », comme s'il n'était pas envisageable d'offrir des sources de distraction ou de loisirs sans autre ambition que d'éviter l'ennui. De fait, les sources de distractions quotidiennes sont rares. On trouve généralement dans la salle de détente de l'unité une télévision avec des sièges (qui ne sont pas toujours en nombre suffisant), des magazines usagés, des livres et des jeux, par exemple une table de ping-pong ou un baby-foot. La salle de télévision n'est pas toujours ouverte le soir et les chambres ne sont presque jamais équipées de postes de radio ou de téléviseurs, contrairement à ce qui se voit dans d'autres établissements de santé, moyennant péage⁹⁵. La mission ne sait pas si la télévision dans les chambres doit être ou non payante : mais elle pense en revanche que l'accès à des moyens de simple distraction, sans référence à une quelconque activité thérapeutique, est un droit naturel.

Les activités physiques et sportives sont également très peu développées à l'extérieur des unités, alors que les établissements disposent de vastes étendues d'espaces verts propices au sport. Les ateliers agricoles, le jardinage ou l'entretien des espaces verts qui sont proposés aux patients dans certains établissements leur permettent certes de faire une activité physique, mais seul un petit nombre de malades bénéficient de cette activité « *thérapeutique* », pendant une période limitée. On ne reviendra pas sur les bénéfices des activités physiques et sportives. Concernant les malades mentaux, l'absence d'activité physique est d'autant plus regrettable qu'une prise de poids, un diabète ou des complications cardiaques sont fréquemment observés au cours du traitement, du fait de l'effet des neuroleptiques et du tabac.

⁹⁵ Le seul exemple recensé par la mission est celui du CH Esquirol de Limoges (rapport du CGLPL)

Très souvent, les malades confinés dans l'unité de soins passent leur temps assis devant le poste de télévision, à déambuler dans les couloirs ou à fumer dans la cour lorsqu'elle est accessible. Seuls ceux qui peuvent sortir non accompagnés vont à la cafétéria de l'établissement et profitent du parc. On peut comprendre la frustration des malades hospitalisés plusieurs semaines, avec pour seul matériel d'activités « *quelques papiers et crayons* », et pour toute lecture, celle de « *4 ou 5 albums d'enfants et de trois bandes dessinées* » (Picardie, Ile de France). C'est souvent un détail qui déclenche l'acte de violence verbale ou physique, comme le changement de l'unique chaîne de télévision, ou l'extinction du poste à l'heure d'un programme intéressant les patients.

Plusieurs arguments sont avancés pour justifier l'inoccupation des malades : le fait que les malades ne doivent pas trouver une existence trop confortable dans un cadre hospitalier au risque de s'y installer (« *chronicisation* »), la courte durée des séjours, le manque de personnels. Dans deux établissements, il a pourtant été constaté que l'occupation des malades en journée a eu pour effet de réduire le nombre de fugues. Ainsi, un des pôles ouverts du CH Henri Laborit, qui accueille aussi des malades hospitalisés sans leur consentement⁹⁶ enregistre un taux de fugue plus faible que les unités fermées, non seulement du fait de la surveillance rapprochée des patients les plus susceptibles de fuguer, mais aussi du fait des efforts menés pour trouver des activités aux malades et d'une faible durée moyenne de séjour (14 jours). Dans ces unités, les activités de divertissement ne sont plus pensées comme un luxe, mais comme un élément contribuant à rendre le séjour agréable, et facilitent ainsi le consentement au soin.

Recommandation n°32 : Proposer des sources de distractions quotidiennes, culturelles et sportives. Multiplier les activités.

2.3. La conduite des hôpitaux vis-à-vis des addictions de leurs patients est marquée par l'incohérence

2.3.1. L'alcool est partout prohibé

Les malades mentaux hospitalisés sont fréquemment de grands consommateurs d'alcool. Selon une étude récente effectuée sur 486 malades hospitalisés dans un établissement de la région parisienne⁹⁷, 204 d'entre eux, soit 41 %, étaient alcooliques au vu des dosages de CDT (sérum carbo-hydrate déficitaire transferrine) et de gamma GT et non selon leurs propres déclarations, plus optimistes. Ce pourcentage varie d'un établissement à l'autre, mais reste constamment plus élevé que celui de la population générale.

Pour autant, dans les divers établissements où elle est allée, l'IGAS n'a constaté aucune tolérance à l'égard de l'alcool, dont la consommation est interdite. En raison des traitements neuroleptiques donnés, le sevrage ne semble pas provoquer de complications graves : aucun délirium tremens n'est signalé.

Les personnels soignants signalent cependant que des patients sortent de l'hôpital pour se rendre dans des cafés ou des commerces vendant de l'alcool, comme à Poitiers, Amiens ou Villejuif. Certains malades organisent, comme à Nice, des approvisionnements externes. A l'hôpital Paul

⁹⁶ sauf les HO relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale

⁹⁷ « *Comparison of self reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients* » R. de BEAUREPAIRE, M. LUKASIEWICZ et al in Eur. Psy. 22(2007) 540-548.

Guiraud de Villejuif, la réfection des faux plafonds (en dalle synthétiques faciles à soulever) a révélé des stocks inattendus de canettes de bière⁹⁸... Mais ces accommodements restent marginaux.

Cette attitude stricte vis-à-vis de l'alcool est cohérente avec le fait que l'alcool est un facteur reconnu de danger et de passage à l'acte. Mais l'attitude n'est pas la même vis-à-vis des autres dépendances.

2.3.2. Fortement consommé par les malades, le tabac est revendiqué à leur égard par les personnels, souvent eux même fumeurs, comme « le seul plaisir qu'il leur reste » et les dommages qu'il cause sont ignorés.

Depuis l'ordonnance 2006-596 du 23 mai 2006⁹⁹, « *il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif...* ». Ces mesures s'appliquent évidemment aux hôpitaux psychiatriques. La signalisation rappelant l'interdiction de fumer introduite par l'article R 3511-6 du CSP est présente dans la quasi-totalité des lieux de soin. La plupart du temps, les personnels et les malades ne fument plus dans les lieux couverts. L'hôpital Sainte Anne a fermé en 2006 le bureau de tabac ouvert sept jours sur sept qui existait en son sein et qui lui apportait un revenu conséquent.

Il existe toutefois des exceptions : certaines pièces communes sont encore transformées en fumeurs -à Nice par exemple (sans les ventilations nécessaires)- et des tolérances sont fréquentes les jours de pluie ou l'hiver, comme on le perçoit aisément.

► *Les malades mentaux sont de très grands fumeurs.* Le taux de prévalence tabagique se situe entre 60 % et 86 % chez les malades mentaux, alors qu'il est d'environ 32 % dans la population générale. Selon une étude du Docteur R. DE BEAUREPAIRE¹⁰⁰, les taux les plus élevés se retrouvent chez les patients schizophrènes ou ceux porteurs de troubles de la personnalité ou de troubles liés à l'alcool. La relation entre la consommation de tabac et la dépendance à l'alcool est fortement établie pour chaque groupe de patients. Non seulement les malades mentaux fument d'importantes quantités de cigarettes, mais la même étude montre que les patients schizophrènes extraient significativement plus de nicotine des cigarettes, probablement parce qu'ils les aspirent de façon intensive jusqu'à la dernière bouffée.

► *Les personnels fument également plus souvent.* D'après plusieurs sources¹⁰¹, la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les soignants et les patients des hôpitaux psychiatriques que dans la population générale et dans les autres établissements de santé. A l'hôpital Pinel d'Amiens, la proportion de malades fumeurs se situait entre deux tiers et trois quart et était comparable à celle des soignants fumeurs. La proportion était moindre au CHI des Portes de l'Oise, hôpital général, et ne dépassait pas la moyenne générale. L'application de l'interdiction de fumer à la psychiatrie avait d'ailleurs fait débat en 2006-2007, alors qu'elle n'était pas contestée dans les autres hôpitaux.

⁹⁸ A noter que dans un sondage effectué auprès des malades consommateurs par le Dr DE BEAUREPAIRE, une partie des malades affirme ignorer que la bière contient de l'alcool.

⁹⁹ Codifiée à l'article L.3511-7 du CSP.

¹⁰⁰ « *Smoking and symptoms of psychosis* » et « *smoking is linked to positive symptoms in acutely ill psychiatric patients* » deux articles à paraître de R. de BEAUREPAIRE, P. RAT, P.BEAUVERIE et al.

¹⁰¹ Par exemple : « *patients rights and law: tobacco smoking in psychiatric wards and the Israeli prevention of smoking act.* » Nurs.Ethics 2004 sep; 11(5):472-8; « *implementing a smoking ban in an acute psychiatric*

Pourtant le tabagisme n'est pas seulement mauvais pour la santé future du personnel, il désorganise également les services. Une grande partie des personnels qui fument, sont en effet conduits à faire des pauses pendant leur temps de travail, pauses qui s'ajoutent aux autres réductions du temps de travail - accordées de façon libérale au moment de la négociation des 35 heures - (cf. infra).

Les personnels fumeurs ont parfois tendance à faire une pause cigarette à plusieurs pour pouvoir discuter, comme dans l'affaire du décès tragique d'une jeune patiente handicapée de 30 ans morte dans un bain brûlant. Une étude menée dans la population active¹⁰², présentée en 2009 aux entretiens de Bichat par le président de l'office français de prévention du tabagisme (OFT) montrait que les fumeurs s'accordaient en moyenne une pause pour 2,5 cigarettes et qu'une personne fumant 25 cigarettes par jour avait besoin de 10 pauses¹⁰³.

Le libre usage du tabac est d'autant plus revendiqué par certains personnels qu'il peut servir de monnaie d'échange avec le malade, pour l'inciter, le récompenser ou le punir. Le Professeur CAROLI (président honoraire de la CME du CH Sainte Anne) rappelle le temps où les infirmiers psychiatriques n'avaient en poche que deux « outils » : un paquet de gauloises et un sifflet, le premier pour prendre contact avec le malade en donnant une cigarette, le deuxième en cas de fugue ou d'agression.

Recommandation n°33 : Mener des actions de prévention et d'aide au sevrage auprès des personnels.

Recommandation n°34 : Interdire dans un deuxième temps au personnel hospitalier de fumer sur toute l'emprise du centre hospitalier¹⁰⁴

► *Les répercussions du tabac sur la santé, la sécurité et les ressources des malades sont occultées*

Répercussion sur la santé

On ne dispose pas d'étude épidémiologique spécifique pour évaluer l'ampleur des complications du tabagisme actif et passif sur le personnel et les malades dans notre pays.

L'étude menée par l'ATIH sur les transferts de patients de services de psychiatrie vers les hôpitaux de court séjour (MCO) montre que 9 % des transferts, (correspondant à 1 206 personnes) se font vers la **pneumologie**. Par GHM, on note 185 œdèmes pulmonaires et détresses respiratoires, 156 infections respiratoires, 100 embolies pulmonaires, 96 bronchites et 83 broncho-pneumopathies.

admissions unit". Psychosoc Nurs Ment Health Ser 2005 Nov ; 43 (11) : 33-6, "Exposure to environmental tobacco smoke and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings"

¹⁰² Etude menée sur 2000 personnes actives par B. DAUTZENBERG, J. OSMANN et C. TAIEB avec l'aide de PIERRE FABRE SANTE. OFT

¹⁰³ Ce qui représente de 50 minutes à une heure de travail en moins par jour, soit 5 heures par semaine et 20 heures par mois.

¹⁰⁴ . Rappelons que les enseignants de maternelle ont une interdiction de fumer dans les enceintes des écoles maternelles (règlement départemental des écoles maternelles et élémentaires de la ville de Paris).

Néanmoins la surmortalité des malades mentaux est un phénomène observé dans différents pays, y compris le nôtre¹⁰⁵. Depuis la fin des années 90, de nombreuses études¹⁰⁶ ont fait le point chez les malades mentaux sur l'accroissement des décès d'origine cardio-vasculaire ou pulmonaire dans lesquels on sait que le tabac est un facteur de risque crucial. Par ailleurs le lien entre tabac et suicide, jusqu'ici suspecté, semble avéré à la suite d'une étude récente conduite sur 3 021 jeunes allemands de 14 à 24 ans par une équipe de chercheurs de l'institut Max PLANCK à Munich, qui montre une augmentation des pensées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dans le groupe des fumeurs, mais ne permet pas de savoir si le tabagisme est la cause ou le symptôme d'un mal être plus profond. S'agissant du cancer, plusieurs études avaient cru déceler un moindre risque de cancer du poumon¹⁰⁷, si on tenait compte du niveau d'intoxication tabagique. Mais une recherche finlandaise a montré en 2001¹⁰⁸, en étudiant 27 000 individus, que les malades mentaux avaient un risque global de cancer accru et que les études antérieures avaient été menées dans des pays où l'interdiction de fumer était respectée dans les hôpitaux psychiatriques (notamment au Danemark¹⁰⁹).

Recommandation n°35 : Lancer des expérimentations dans quelques services volontaires où le tabac sera proscrit et où des méthodes de sevrage seront dispensées. Analyser les résultats en vue d'une éventuelle généralisation

Recommandation n°36 : Mener des actions de prévention, prendre en charge les patches antitabac pour les malades volontaires

Répercussion sur la sécurité

Le tabac favorise les fugues : les patients qui fument connaissent des problèmes d'approvisionnement en tabac, qui les poussent à quitter l'hôpital de temps en temps. Par ailleurs, les malades hospitalisés fumeurs doivent sortir des bâtiments couverts de leur unité pour fumer. Le lien entre fugues et tabac a ainsi été mis en évidence à Pinel, à Guillaume Régner, en Alsace....

Par ailleurs, le tabac crée un risque d'incendie, du fait d'un mégot mal éteint ou de malades qui s'endorment en fumant. Beaucoup d'établissements ont connu des débuts de feu, généralement maîtrisés assez vite, mais qui représentent un danger dans les établissements les plus vétustes.

¹⁰⁵ Mortalité des malades mentaux : revue de la littérature INIST CNRS cote INIST 3867, 35400002798578.0010 et Mortalité des malades mentaux en France INIST-CNRS cote INIST : 21027, 35400006376512 ; 0120

¹⁰⁶ "Excess mortality of mental disorder" British journal of Psychiatry (1998), 173, 11-53, métaanalyse de 152 articles en langue anglaise, « La mortalité des malades mentaux en France » ; F. CASADEBAIG, A. PHILIPPE et col. Confrontations psychiatriques, World federation for mental health. Journée mondiale Octobre 2010, etc.

¹⁰⁷ "Physical diseases in schizophrenia and affective disorders" J.Clin Psy 1983. "Cancer incidence of schizophrenic patients" Br J Psychiatry 1992, 162 suppl 75-83

¹⁰⁸ "Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives" Arch gen psychiatry vol 59 8 June 2001.

¹⁰⁹ "The incidence of cancer un schizophrenic patients" J. Epidemiol Community health. Mortensen PB

Répercussion sur les ressources

En France, les malades mentaux consacrent une part importante de leurs ressources à l'achat des cigarettes. Dans la mesure où un malade mental sur huit a un statut précaire, un sur deux des faibles ressources et un peu moins de deux sur trois est sans emploi, on voit que la consommation de tabac impacte gravement leurs ressources. Au bout du compte, pour un malade mental qui fume, un simple calcul montre que les achats de tabac représentent une **fraction comprise entre 25 et 100 % de l'allocation adulte handicapé qui lui est versée**¹¹⁰. S'agissant d'une ressource versée au titre de la solidarité nationale, le paradoxe est évident.

Faut-il pour autant interdire brutalement le tabac aux malades ? L'UNAFAM et de nombreux psychiatres s'y montrent défavorables. De son côté le Pr CAROLI fait remarquer que quand le malade a un enjeu pour arrêter (comme sortir dans un établissement de post-cure plus agréable mais n'acceptant pas les fumeurs) il y parvient. Le Dr MASSE fait également remarquer que les services qui ont décidé l'interdiction, parviennent à l'obtenir et ne reviennent pas en arrière. Mais le frein des soignants (eux-mêmes fumeurs) est considérable.

Les expériences étrangères montrent qu'on peut avancer sur ce sujet.

Le Conseil d'éthique clinique des hôpitaux universitaires de Genève interrogé sur la possibilité de faire des exceptions à l'interdiction du tabac en psychiatrie avait rendu fin 2006 un avis documenté et nuancé prônant la généralisation, à condition qu'au cas par cas quelques exceptions puissent être accordées. Au Québec, face à un tel problème, l'institut Philippe PINEL de Montréal a pour sa part choisi en 2005 d'interdire aux patients de fumer, alors que le taux de tabagisme était trois fois supérieur à celui de la population générale. Au bout de 4 ans, les responsables ne veulent pas revenir en arrière. Ils constatent qu' « *en interdisant la cigarette, on a réduit d'environ 20 % les doses de clozapine (un antipsychotique) nécessaires, ce qui a diminué les effets secondaires de leur médication...* ».

► *Il faut se demander si vraiment le tabac constitue l'unique plaisir des malades mentaux et si ce n'est pas cela qu'il faut changer*

Le fait de fumer est utilisé comme alternative au désœuvrement. Au lieu de distraire les malades, de leur permettre d'avoir des activités physiques ou culturelles, ou d'accéder à différents programmes de télévision (et non la chaîne unique imposée à tous) ou à de la musique, non seulement on les laisse fumer, mais on les encourage parfois dans cette voie.

Recommandation n°37 : Tout ce qui sera fait pour améliorer les distractions et réduire le désœuvrement facilitera la prévention anti-tabac.

¹¹⁰ Fin 2010, le paquet de 20 cigarettes coûte 5,90 €. Le montant maximum de l'allocation adulte handicapés (AAH) que touche souvent le malade mental sans emploi, est de 711,95 € mais les personnes qui séjournent en établissement d'hospitalisation ne perçoivent après soixante jours que 30 % de ce montant, soit 237,3 €. Si le malade fume un paquet par jour, il dépense 177 € par mois pour son tabac, ce qui représente à peu près 25 % de son AAH entière, mais 75 % de ce qui reste de l'AAH après abattement. S'il fume deux paquets par jour, il dépense 354 €, ce qui représente presque 50 % de l'AAH entière et lui demande de trouver plus de 100 € en plus de son AAH abattue.

2.3.3. Les hôpitaux psychiatriques assistent impuissants aux trafics quotidiens de cannabis, alors que le cannabis est un facteur de psychose

Plusieurs affaires récentes (comme le meurtre à l'hôpital européen Georges Pompidou de son voisin de chambre par un jeune malade intoxiqué au cannabis ou le meurtre de l'infirmière et de l'aide soignante au CH de Pau en 2005, ou le cas sud francilien de 2009) ont montré que le cannabis avait joué un rôle dans la réalisation d'actes violents.

De nombreux articles scientifiques de langue anglaise ont également montré que « *le cannabis était un puissant facteur de risque dans l'étiologie des psychoses. Les adolescents sont plus vulnérables à l'usage du cannabis, parce que leur développement mental n'est pas achevé. Les effets cognitifs sont plus prononcés* »¹¹¹. Le cannabis est en effet accusé d'augmenter d'un facteur 5 le risque de développer la schizophrénie ainsi que d'autres troubles psychotiques chroniques chez les jeunes utilisateurs. Il est également prouvé qu'il aggrave l'état des malades dont la schizophrénie a été diagnostiquée préalablement.

Une étude chez 50 000 conscrits suédois parue en 2002¹¹² a montré la croissance du risque à long terme. Enfin une récente méta-analyse publiée en 2011 à partir de 83 études préalables (8 167 patients contre 14 352 témoins)¹¹³ a montré que « *l'usage du cannabis précipite la survenue d'une schizophrénie ou de tout autre trouble psychotique, peut être en raison d'une interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux ou par une altération du développement cérébral* ». La diminution de la consommation du cannabis pourrait retarder l'entrée dans la schizophrénie voire empêcher la maladie de se développer.

Or c'est le contraire qui s'est produit : la consommation de cannabis a augmenté ces dernières années. Au Canada par exemple en 2009, elle touchait un étudiant sur quatre et un adulte sur sept¹¹⁴. En France, son influence est sans doute moindre, mais dans une étude récente, le Dr DE BEAUREPAIRE évaluait à 18 % le pourcentage de consommateurs de cannabis parmi les malades mentaux hospitalisés à Villejuif. Il notait également que l'usage du cannabis était fréquemment associé à celui du tabac. Sa consommation est facilement reconnue et admise par les jeunes de moins de 27 ans, mais souvent niée par les sujets au delà de quarante ans¹¹⁵.

¹¹¹ « *What every adolescent needs to know : cannabis can cause psychosis* » in JI Psy. Research 69 (2010) 533-549 G.K SHAPIRO, L.BUCKLEY-HUNTER

¹¹² « *A longitudinal study of swedish conscripts* » in Lancet 1987 ; 330 :1483-6 et « *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969. Historical cohort study* » BMJ 2002 ;325 :1199-201

¹¹³ Arch gen psychiatry. 2011 ; 5 Matthew Large New (South Wales ; Australia) en ligne

¹¹⁴ « *Cannabis use in Canada* » Can J Pub Health 2009 ; 100 :101-3 B.FISCHER, J.REHM et al

¹¹⁵ « *Comparison of self reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients* » R. de Beaurepaire, M. Lukasiewicz et al in Eur. Psy. 22(2007) 540-548.

La mission a constaté, en interrogeant les directions hospitalières que **le cannabis et les trafics de cannabis étaient présents dans tous les établissements psychiatriques visités**. L'hôpital constitue en effet un endroit protégé pour le dealer, qui peut s'y livrer sans angoisse à son petit commerce. En effet, dans les établissements visités (CHI des Portes de l'Oise, CHS à Nice, CH Paul Guiraud à Villejuif, CH Pinel à Amiens) la mission a constaté que les trafics étaient parfois visibles en plein jour : ainsi à l'hôpital Paul Guiraud, il n'est pas difficile d'apercevoir un dealer dans le parc ou dans le jardin proche de l'entrée. Au Centre hospitalier de Beaumont sur Oise (le CHI des Portes de l'Oise), l'entrée extérieure de l'hôpital étant peu contrôlée, le parc de l'hôpital étant devenu un lieu de promenade habituel au voisinage, si bien que des personnes indésirables peuvent entrer : plusieurs personnels de l'établissement se sont plaints de la venue régulière de dealers de cannabis le jeudi, jour où les gérants de tutelle donnaient de l'argent à certains malades protégés. Au CH Pinel, le cannabis circulait et il arrivait aux professionnels de le confisquer lorsqu'ils le trouvaient, ce qui conduit l'hôpital à accumuler parfois des réserves de produits illicites. Le directeur de cabinet du préfet s'en était ému. Au CH Sainte Anne, la direction indiquait que c'est autour du relais H que venaient souvent se fournir les usagers de drogue du quartier.

Pourtant l'usage du cannabis n'est signalé que de façon marginale auprès de l'ONVH (quelques cas annuels). La consultation des compteurs nationaux du ministère de l'Intérieur ne signale également qu'un très faible nombre de trafics et d'usages de stupéfiants : sur 101 474 « usages » signalés, seuls 84 concernent les hôpitaux et les cliniques. S'agissant des trafics, sur 2 758 fait signalés, 4 concernent les hôpitaux et les cliniques ; sur 8 585 « usages et reventes de stupéfiants », 5 concernent les hôpitaux et les cliniques¹¹⁶.

Quelle est la raison de ce décalage ? Les directions ont généralement tissé des liens avec la police, et celle-ci est informée de l'existence des trafics. A l'hôpital sainte Anne, le directeur a alerté le commissariat. Mais dans la mesure où la mise en évidence d'un trafic impose aux policiers d'arrêter à la fois le trafiquant et son acheteur (puisque l'usage est illégal), les hospitaliers ne veulent pas dénoncer leurs propres malades. En outre, les objectifs de la police sont de connaître les réseaux et de poursuivre les trafiquants, et les directions se disent impuissantes à agir. D'autant que le dealer est parfois lui-même un ancien malade ou un malade suivi en ambulatoire.

Recommandation n°38 : Assurer le contrôle des entrées et empêcher les dealers de s'installer dans les établissements (badges d'entrée). Mettre en place avec les services de police une coordination et une surveillance pour empêcher les trafics...

2.3.4. Les autres drogues sont plus marginales

Le rôle de la cocaïne à Paris, celui du Subutex et de la Méthadone à Poitiers sont parfois signalés dans les fiches d'événements indésirables graves. Mais il n'est pas possible d'en mesurer la réelle ampleur, qui semble limitée.

**

Au total : l'alcool et les drogues sont considérées dans la littérature internationale comme aggravant l'état de santé du malade et favorisant la violence. Dès lors, la poursuite des addictions à l'intérieur de l'hôpital doit être prise pour ce qu'elle est : un non-sens.

¹¹⁶ Source ministère de l'Intérieur février 2011. Chiffres de l'année 2010.

2.4. *L'évaluation des critères de dangerosité individuelle pourrait progresser, mais a de toute façon des limites*

2.4.1. **Les outils d'évaluation clinique ne sont pas expérimentés en France.**

Comme on l'a vu (cf. § supra), la littérature scientifique traitant de la violence des malades mentaux indique un niveau du risque de violence plus élevé chez les malades mentaux que dans la population générale. Ce constat incite à évaluer les facteurs de risque et à rechercher les outils permettant d'élaborer un jugement clinique structuré.

A l'origine, un outil actuariel au service de l'institution judiciaire américaine

Les méthodes actuarielles appliquées à la récidive se sont développées aux Etats-Unis dans un contexte d'individualisation de la peine sous la forme de tables de prédiction¹¹⁷. La criminologie actuarielle a été conceptualisée par le sociologue de l'école de Chicago E. Burgess à la fin des années 1920, qui envisage l'évaluation de la dangerosité non pas comme le résultat d'une évaluation clinique personnalisée, mais comme celui d'un calcul statistique qui transpose aux comportements humains les méthodes mises au point par l'assurance pour calculer les risques.

Sa table de prédiction est utilisée pour la première fois en 1933 par l'Etat de l'Illinois pour déterminer, pour chaque détenu, les risques de récidive et sélectionner les candidats à une libération conditionnelle. Cet usage des méthodes actuarielles appliquées à la libération conditionnelle s'est étendu à d'autres états américains dans les années 1970, au moment de l'effondrement de la confiance dans l'expertise clinique, puis leur application à d'autres champs a abouti à l'élaboration d'un « *guide de recommandations de sanction* » (« *sentencing guidelines* »), qui est mis à disposition du juge pendant le procès et qui lui permet de déterminer la sanction.

Différents modèles de tables de tarification des peines ou tables de prédiction criminologiques ont été expérimentés au niveau des états américains comme au niveau fédéral, qui fondent, parfois de manière exclusive, des décisions de condamnation et d'aménagement de peines, mais également des profils-types de délinquants justifiant des pratiques policières ciblées sur certaines populations. Le degré de gravité du délit et le casier judiciaire sont les deux principaux facteurs pris en compte pour déterminer une durée de peine minimale et maximale pour les inculpés, au service de deux objectifs judiciaires, l'uniformité du traitement des inculpés et la proportionnalité du traitement en fonction de l'infraction commise. Les caractéristiques sociales des détenus (statut socioéconomique, le parcours scolaire et professionnel, les liens et les responsabilités familiales etc.) ne sont pas considérées comme pertinentes dans l'attribution de peines.

En 2008, outre les Etats-Unis (28 états), le Canada et l'Australie, quelques pays européens ont recours aux méthodes actuarielles (Suède, Pays-Bas, Catalogne en Espagne)¹¹⁸. En France, comme le rapporte V. LAMANDA¹¹⁹, les outils d'analyse et d'évaluation multifactoriels ne sont pas utilisés par l'institution judiciaire pour diverses raisons.

¹¹⁷ Cf. travaux de B. HARCOURT, cités par M. FLECK, « *L'étude et le traitement judiciaire de la récidive à Chicago, 1920 – 1940* », Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie, Vol. V | 2008, mis en ligne le 26 novembre 2008.

¹¹⁸ « *Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie » ? Une perspective internationale* », note de veille du Centre d'analyse stratégique, n°106, juillet 2008

¹¹⁹ « *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux* », rapport à M. le Président de la République de V. LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, mai 2008

La prédiction actuarielle repose principalement sur 3 outils : l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R) (12), le Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (3), l'Iterative Classification Tree (ICT). Comme le soulignent les Pr MILLAUD et DUBREUCQ lors de l'audition publique de la HAS consacrée à la dangerosité psychiatrique¹²⁰, l'échelle PCL-R possède de fortes corrélations avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle. Elle semble être le meilleur prédicteur de violence, évalue mieux le risque à long terme que le risque immédiat et participe de façon significative à la validité prédictive du VRAG et de l'HCR-20. Des réserves ont été émises sur la généralisation des résultats de l'échelle VRAG à des individus de la population générale présentant des troubles mentaux. L'échelle ICT n'a pas fait l'objet de publications depuis sa parution. Les auteurs soulignent l'imprécision de ces outils, leurs limites méthodologiques, épistémologiques et éthiques, et indiquent leur préférence pour des instruments de jugement clinique structurés. Ces derniers associent des connaissances empiriques à une évaluation clinique pour aboutir à une évaluation qualitative. A la différence des outils actuariels et de l'approche objectiviste, ils prennent en compte le fait que les facteurs de risque peuvent évoluer au fil du temps, et comprennent- en plus des variables historiques et statiques de l'individu et de son environnement - des variables dynamiques, dans un objectif de réinsertion et de prise en compte d'une interaction thérapeutique.

Aujourd'hui, plusieurs instruments dynamiques structurés ou semi-structurés existent, même s'ils sont d'inégale valeur :

- L'échelle HCR-20 a été développée en 1997 et est utilisée par les cliniciens travaillant dans le champ de l'évaluation du risque de violence. Elle comporte 20 facteurs résumant les informations du passé, du présent et de l'avenir du patient. Le total de l'échelle va de 1 à 40, chaque item étant évalué sur la base d'un score de 0 à 2 et la pondération des différents items prise en compte dans l'évaluation finale du risque. Cette échelle s'est montrée efficace dans la prédiction du risque de violence à court et moyen terme en Belgique, chez des patients suivis en ambulatoire et chez des patients aux antécédents de violence.

- L'échelle OAS (Overt Aggression Scale) est un outil informatisé utilisé par l'équipe de soins (infirmières, éducateurs) qui décrit les épisodes de violence, les interventions qui ont été pratiquées et leurs résultats. Le nombre d'OAS, leur fréquence et leur qualité sont de bons indicateurs cliniques de l'évolution du patient dans le contexte hospitalier en rapport avec les comportements agressifs et violents.

- L'échelle IMPC (Instrument de mesure des progrès cliniques) a été développée à l'Institut Pinel de Montréal pour documenter les progrès en traitement des comportements violents chez les patients psychotiques. 11 variables ont été retenues, parmi lesquelles l'état mental et la manifestation de symptômes psychotiques, la gestion et le contrôle de la colère, de l'impulsivité,

¹²⁰ texte des experts Pr MILLAUD et du Pr DUBREUCQ, psychiatres à l'Institut P. Pinel et professeurs à l'Université de Montréal : « *malades mentaux* » ? *Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagée dans l'équipe soignante* », audition publique de la HAS « *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur* », décembre 2010

l'empathie, la reconnaissance de la violence, la reconnaissance de la maladie mentale, la connaissance des symptômes de la maladie, l'observance pharmacologique, l'alliance thérapeutique et la capacité de demander de l'aide, l'adhésion au code de vie de l'unité de traitement, l'hygiène et les capacités de socialisation. Chacune de ces variables est cotée de 1 (pas d'acceptation) à 5 (accepte totalement), tous les deux mois par tous les membres de l'équipe.¹²¹ L'échelle reflète le caractère graduel et fluctuant de l'évolution clinique, précise les progrès et aide à cibler les objectifs thérapeutiques. Cet outil informatisé a été conçu dans le but d'impliquer l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire et le patient, et de réduire les phénomènes de clivage. Comme l'échelle OAS, c'est un outil de communication et de formation pour le personnel. Il permet au patient de mieux comprendre ses difficultés et les objectifs du traitement, visuellement et non plus seulement verbalement.

L'Institut Pinel de Montréal utilise l'IMPC conjointement avec l'OAS et le HCR-20 dans les bilans cliniques pour compléter sa réflexion et réaliser une évaluation partagée du risque de violence entre les différents membres de l'équipe multidisciplinaire, et avec le patient et son entourage.

En France, il n'existe pas de version française validée des échelles VRAG et HCR-20 et nos interlocuteurs n'ont pas connaissance d'établissements ayant mis en place de tels outils d'évaluation. Les outils de jugement clinique, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, semblent cependant pouvoir contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique des patients. Rien n'interdit d'ailleurs d'adapter ces outils aux pratiques nationales. Le CH Sainte Anne ne se déclare pas hostile à l'idée d'expérimenter ces outils sous une forme ou une autre

Recommandation n°39 : Demander aux professionnels volontaires de se saisir des instruments d'évaluation clinique pour les expérimenter. Généraliser ensuite leur usage en tenant compte des observations enregistrées. Utiliser les outils d'évaluation longitudinale du risque de violence et évaluer les résultats obtenus.

2.4.2. Les médecins ne peuvent pas à coup sûr pronostiquer la dangerosité d'un malade.

D'une manière générale, les psychiatres, comme les autres praticiens, sont tenus à une obligation de moyen (et non de résultat) en matière de diagnostic ou de pronostic médical. Le médecin ne sera pas déclaré responsable par les juridictions administratives ou judiciaires s'il a pris en compte l'ensemble des éléments qui étaient portés à sa connaissance. L'existence d'une faute du psychiatre est d'autant plus difficile à caractériser que la pose d'un diagnostic est plus délicate encore en psychiatrie que dans d'autres spécialités.

S'agissant de la surveillance d'un malade mental, la première chambre civile de la cour de cassation, dans une décision du 21 juin 2005, avait considéré qu'« *il appartient au médecin psychiatre, chargé au sein de l'établissement de santé de suivre le patient, de prescrire les mesures de soins et de surveillance appropriées à son état* ». Dans cette affaire de suicide, la responsabilité du médecin était engagée, dès lors qu'il avait connaissance des risques élevés de suicide de son

¹²¹ « *Dangerosité psychiatrique et prédictivité* », M. VOYER, J.L. SENON, C. PAILLARD, N. JAAFARI, L'information psychiatrique vol. 85, n°8, octobre 2009

patient, et qu'il n'avait donné les informations nécessaires au personnel permettant la mise en œuvre d'une surveillance rigoureuse.

Par ailleurs, la capacité de procéder à l'évaluation de l'état mental et de la dangerosité, et à établir un lien entre ces deux termes, dans le but de prédire la dangerosité, demeure en France un élément controversé. Les limites d'une telle évaluation, qui implique l'étude de différents facteurs de risque de violence lors d'un entretien clinique, sont connues :

- la notion de dangerosité est vague et mal définie, une des difficultés étant d'objectiver les critères pour la rendre opérationnelle ;
- la présence de facteurs de risques, même s'ils sont associés à la violence, ne permet pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte ;
- l'évaluation de l'état mental n'est jamais un jugement achevé, l'établissement d'un diagnostic étant un phénomène sans cesse remis en question ;
- enfin, rien ne garantit la fiabilité des diagnostics posés.

Les pays européens qui ont mis en place des mesures de défense sociale prises à l'encontre du justiciable, fondées sur l'appréciation pronostique de la dangerosité du malade, font appel au juge pour contrôler leur bien-fondé.

En Suisse¹²², en Allemagne, ou dans les Pays Bas¹²³, ou en Norvège¹²⁴, les auteurs d'infractions reconnus pénalement irresponsables pour troubles mentaux peuvent se voir appliquer des mesures de sûreté, exécutées, soit dans des établissements pénitentiaires spécialisés (Pays-Bas), soit dans des structures de soins adaptées (Allemagne, Pays-Bas). L'application de mesures de privations de liberté de durée indéterminée, pouvant conduire à une détention à vie, dépend de l'appréciation de la dangerosité d'un auteur de crime ou délit dans le cadre d'une expertise. Comme le souligne B. Gravier¹²⁵, la nature et la gravité de l'acte pour lequel le prévenu est poursuivi deviennent des indices d'une disposition particulière du sujet et non plus les seuls éléments constitutifs de l'incrimination. Bien que prononcées potentiellement pour une durée illimitée, ces décisions font l'objet d'une révision périodique par l'autorité judiciaire¹²⁶.

Au total dans l'appréciation de la dangerosité, on ne peut exiger du médecin une obligation de résultats. Mais il faudrait que les moyens qu'il emploie pour parvenir à un avis soient clairement définis et que les méthodes soient conformes à de bonnes pratiques qu'il conviendrait d'établir. Enfin, un travail collégial ou polydisciplinaire (psychologues, infirmiers et médecins) pourrait être préférable à un travail isolé.

¹²² « *Le concept de dangerosité dans le cadre de la privation de liberté à des fins d'assistance – présentation du droit suisse* », S. HATAM, Droit, déontologie et soin, septembre 2004, vol.4, N°3

¹²³ Rapport de la commission santé justice, présidée par M. J.F. BURGELIN, juillet 2005

¹²⁴ « *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux* », rapport à M. le Président de la République de V. LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, mai 2008

¹²⁵ « *Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ?* », B. GRAVIER, article en ligne

¹²⁶ Rapport de la commission santé justice, présidée par M. J.F. BURGELIN, juillet 2005

Recommandation n°40 : Face à un patient difficile, l'évaluation de la dangerosité devrait être élargie à un groupe de pairs et répondre à des bonnes pratiques.

2.5. L'éparpillement des informations entre les acteurs rend difficile l'appréciation de la dangerosité d'un patient.

2.5.1. Le médecin dispose uniquement des éléments cliniques et des informations que le patient a bien voulu lui communiquer.

2.5.1.1. Des informations limitées

La circulaire interministérielle du 11 janvier 2010¹²⁷, qui traite de l'octroi des sorties d'essai, rappelle qu'il revient au médecin d'apprécier l'état de santé mentale de la personne et au préfet d'apprécier les éventuelles conséquences de la sortie en termes d'ordre et de sécurité publics. La situation est légèrement différente dans le cas d'une fugue d'un patient hospitalisé d'office, puisque la circulaire interministérielle des ministères de la santé et de l'intérieur du 17 avril 1954 relative à la recherche des malades mentaux évadés des hôpitaux psychiatriques fait obligation au médecin chef de service d'indiquer ou non, dans le certificat transmis au préfet, si le malade HO est susceptible de présenter un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Les médecins traitant (psychiatres ou généralistes) disposent du dossier médical et des éléments cliniques pour évaluer la dangerosité du malade. Ils ne disposent cependant pas toujours de l'ensemble des informations nécessaires, si les entretiens médicaux n'ont pas été suffisamment approfondis ou si le malade n'a pas souhaité ou pu répondre. Le psychiatre n'a pas connaissance des antécédents judiciaires et des comportements délictuels du patient, sauf si ce dernier en a fait mention lors des entretiens. Comme le relève M. Voyer dans sa thèse¹²⁸, ces données ne sont mentionnées qu'à de rares occasions dans les dossiers, alors qu'elles sont reconnues comme étant un facteur de risque de violence. L'inspection a eu connaissance de plusieurs cas où la méconnaissance des antécédents de l'individu par l'équipe médicale a mis en danger des tiers.

Exemple de méconnaissance des antécédents de violence du patient

En 2008 en Ile de France, une patiente de 59 ans est étranglée par un patient dans sa chambre. Cette patiente, très déficitaire et vulnérable, était présente dans cette unité depuis 1973, et avait été placée là parce qu'aucune autre structure ne voulait l'accueillir. Le meurtrier est un patient de 24 ans placé un mois plus tôt en hospitalisation d'office, après avoir été reconnu irresponsable pénalement. L'équipe médicale n'avait pas connaissance du motif d'incarcération du patient deux mois plus tôt - en l'occurrence, l'agression violente de sa mère - et n'avait pas connaissance des éléments du suivi médical ambulatoire depuis sa sortie de l'établissement en 2006.

¹²⁷ Circulaire du 11 janvier 2010 du Ministre de l'Intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et du Ministre de la Santé et des sports relative aux modalités d'application de l'article 3211-11 du code de la santé publique

¹²⁸ Etude sur les actes de violence physique de patients présentant des troubles mentaux, hospitalisés, à l'encontre des soignants, réalisée au CH Laborit entre janvier 2006 et mai 2008, citée dans la thèse de M. VOYER : « dangerosité psychiatrique : l'état de la question ; réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux » (Université de Poitiers, 2008)

A la décharge des praticiens, le parcours du patient n'est pas toujours facile à reconstituer, notamment dans le cas de voyages pathologiques ou de patients qui ne sont pas sectorisés (personnes sans domicile fixe, malades « *nomades* »...). Lorsque le patient a été soigné dans plusieurs établissements – et que le médecin traitant en a connaissance, il doit mettre à jour le dossier médical en prenant contact avec les médecins précédents, ne serait-ce que pour vérifier la survenue ou non d'actes de violence avant ou au cours des hospitalisations précédentes – cet élément majore le risque de passage à l'acte lors du prochain séjour.

Recommandation n°41 : Demander aux médecins, aux départements d'information médicale et aux certificateurs de s'assurer de la mise à jour régulière du dossier médical de façon à rassembler le maximum d'informations sur les antécédents et les facteurs ayant contribué à l'accès violent.

2.5.1.2. *Même conscient de la dangerosité d'un patient et de l'imminence du passage à l'acte, en France un médecin ne peut prévenir un tiers d'un acte violent qui se prépare.*

Lorsqu'un psychiatre est confronté à un patient présentant un danger pour un tiers, il est tenu au secret médical et prend le risque de se voir condamner, si, en conscience, il estime devoir protéger le tiers en danger¹²⁹, même s'il se prévaut de l'article 223-6 du code pénal de non assistance à personne en péril¹³⁰. Le secret médical, qui présente un caractère général et absolu (sauf dérogations légales), concerne non seulement les données médicales, mais également l'ensemble des confidences faites au médecin, y compris celles relatives à des comportements ou à des tiers. En 1994, le Conseil national de l'Ordre a rappelé qu'un médecin est tenu de respecter la volonté du patient de ne pas révéler sa séropositivité au virus du sida à son partenaire pour le protéger.

Le devoir du médecin de protéger les tiers en danger (Etats-Unis, Canada)

En Amérique du Nord, les thérapeutes qui sont confrontés à un patient dangereux ont le devoir légal de protéger la future victime, ce qui peut les conduire, dans certaines circonstances, à faire prévaloir ce devoir de protection sur le respect du secret professionnel :

- aux Etats-Unis, la Cour suprême a établi un précédent en 1976 dans l'affaire « *TARASOFF c. Regents of the University of California* », qui impose aux psychothérapeutes le devoir de protéger les victimes potentielles des actes violents de leurs patients, en mettant en œuvre des actions appropriées (« *reasonable care* »)¹³¹. La conciliation du principe de confidentialité avec la sécurité

¹²⁹ Voir à cet égard les travaux de la Commission de la réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins, René L., mars 1994

¹³⁰ L'article L 223-6 du code pénal dispose que « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* »

¹³¹ Dans cette affaire, un psychothérapeute avait des raisons de croire que son patient, M. PODDAR, tuerait Melle TARASOFF, étudiante à l'université. Il a averti la police du campus, qui a arrêté M. PODDAR mais l'a relâché après sa garde à vue. Deux mois plus tard, M. PODDAR assassinait Melle TARASOFF. (d'après

d'autrui s'est traduite par la mise en place d'une obligation de protéger, qui, en pratique, semble avoir généré peu de contentieux.¹³²

- au Canada, depuis 1985, les recommandations de l'association des psychiatres suggèrent au médecin, s'il l'estime nécessaire, d'informer le patient dangereux des limites du devoir de confidentialité, et d'essayer d'obtenir son consentement, « *le refus du patient ne [devant] pas empêcher le médecin d'avertir la personne qui pourrait devenir victime* »¹³³. Une étude a montré que le travail thérapeutique n'était pas perturbé chez les patients ainsi prévenus, sauf pour un sous-groupe de personnes souffrant uniquement de trouble de la personnalité. En 1991, la jurisprudence canadienne « *WENDEN vs TRIKHA, Royal Alexandra Hospital and Yaltho* » a estimé qu'un psychiatre ou un hôpital avait le devoir de prendre les mesures appropriées pour protéger une tierce personne identifiée comme victime potentielle d'un patient dangereux.¹³⁴ En 1998, la Cour suprême du Canada a considéré dans l'affaire « *JAMES JONES c. JOHN SMITH ET SOUTHAM INC* » que le privilège du secret professionnel doit être écarté lorsque la sécurité publique est en jeu et qu'il y a un danger imminent de mort ou de blessures graves¹³⁵.

Cependant, comme le rappelle un praticien québécois, « *pour pouvoir traiter un client dangereux par la psychothérapie, il faut pouvoir aller avec lui, et dans le détail, jusqu'au bout de sa dangerosité. Et pour cela, il faut parcourir et analyser sereinement avec lui non seulement tous les épisodes passés, mais aussi les fantasmes, voire les plans possibles d'agressions qui pourraient se préparer* »¹³⁶. Certains auteurs français¹³⁷ soulignent que la responsabilité civile du médecin peut être engagée si aucune information n'est donnée aux proches et que cela entraîne des dommages au malade ou à un tiers. Dans une affaire de meurtre, la Cour de Cassation a écarté la responsabilité civile du médecin traitant, à qui il était reproché de ne pas avoir averti l'épouse du danger social que présentait son mari malade, la cause directe et unique du meurtre étant le fait que l'épouse ait laissé à sa portée des armes et des munitions alors qu'elle connaissait la gravité de la maladie mentale de son mari (Cour de cassation, chambre civile 2, 1^{er} janvier 1970). Dans le cas d'un patient qui s'est suicidé lors d'une sortie, la Cour de cassation a considéré que le médecin traitant a commis une faute en ne réévaluant pas « *avec le patient (...) et sa famille les conditions dans lesquelles le patient pouvait être autorisé à quitter provisoirement le lieu de soins* », alors qu'il avait décidé une semaine auparavant d'augmenter les doses d'un médicament et de retarder sa

« *Confidentiality and the duty to warn* », Irwin KLEINMAN, CAN MED ASSOC J 1993; 149 (12, DECEMBER 15, 1993)

¹³² Une cinquantaine par an, d'après l'article « *Dangerosité et obligation du thérapeute : perspective canadienne* », G. MELANÇON, J. AUBUT, Revue canadienne de psychiatrie, vol. 40, octobre 1995

¹³³ J.C. BACK, cité par SHANE dans le document présentant la position de l'association des psychiatres du Canada, Revue canadienne de psychiatrie, 1985 ; 30 :293-296

¹³⁴ « *Wenden vs Trikha, Royal Alexandra Hospital and Yaltho* », tribunal de l'Alberta, 1991 : M. TRIKHA, un patient hospitalisé librement, s'enfuit de l'hôpital Royal Alexandra à Edmonton, au volant d'une voiture, à vive allure, grille plusieurs feux rouges et percute la voiture de Mme WENDEN. A la suite de graves séquelles médicales, cette dernière perd la garde de ses trois enfants. Le tribunal a conclu que le thérapeute, conscient que son patient représentait un danger grave pour les tiers, avait le devoir de prendre des mesures appropriées pour les protéger.

¹³⁵ Voir à cet égard l'article relatif à « *La divulgation du secret professionnel* », S. ROUSSEL et P. LANDRY, Le journal du barreau du Québec, vol. 31, N°9, mai 1999

¹³⁶ « *Psychothérapie, éthique et dangerosité* », M. THOMAS, revue québécoise de psychologie, vol. 23, N°1, 2002

¹³⁷ « *Droits des patients en psychiatrie* », J.L. SENON, C. JONAS, EMC-Psychiatrie 1 (2004) 107-127

sortie en raison de l'évolution non satisfaisante de son état (Cour de cassation, 1^{ère} chambre civile, 10 juin 1997, 95-14.848).

Recommandation n°42 : Faire émerger une recommandation de bonne pratique en matière de protection des tiers en danger (HAS)

2.5.2. La communication avec les proches du patient n'est pas toujours suffisante.

La loi prévoyait simplement jusqu'ici, pour les sorties d'essai, d'informer le tiers qui a signé la demande de HDT - le plus susceptible de faire l'objet de représailles, dans les 24 heures qui suivent (article L3212-8 du code de la santé publique), et non de recueillir l'avis des proches ou du tiers hébergeant.

En réalité, de nombreux établissements (CH Sainte Anne, EPSM Lille Métropole...) travaillent en partenariat avec l'entourage du malade pendant l'hospitalisation et la période de suivi ambulatoire. Ce partenariat, qui contribue à réduire l'inquiétude des familles, est un facteur clé de la réussite d'un suivi ambulatoire.

La coopération entre professionnels et usagers en santé mentale

La coopération entre la FHF, l'ADESM et la conférence des présidents de CME de CHS d'une part, l'UNAFAM et la FNAPSY d'autre part est depuis longtemps établie et constitue une exception dans le paysage hospitalier. Les disciplines somatiques sont loin d'avoir cette coopération régulière et cette bonne entente avec les associations de malades ou avec les associations de parents ou de proches (ces derniers étant souvent considérés au mieux comme de simples visiteurs, au pire comme des gêneurs).

En santé mentale, cette coopération nationale livre, sur la plupart des dossiers, des analyses communes qu'il est toujours intéressant et important de connaître. Il faudrait qu'au niveau local, on arrive à ce niveau d'harmonie et d'entente et, malgré la bonne volonté et les efforts des associations locales, ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

Comme le rappelle les associations d'usagers, les proches sont des « *veilleurs au quotidien* », capables de détecter la mauvaise observance des traitements ou la prise de drogues, et de repérer les signaux précurseurs du passage à l'acte. Lors de l'audition publique de la HAS du 10 décembre 2010, la sensibilité de la famille à ces « *infra-symptômes* » a été rappelée, et ce sont souvent les familles qui s'assurent de la prise du traitement le week-end ou les jours fériés.

Recommandation n°43 : Il serait souhaitable que les proches qui hébergent le malade, soient non seulement informés avant la sortie du patient HSC, pour qu'ils puissent s'organiser en conséquence, mais que leur avis soit recueilli avant toute décision de sortie.

2.5.3. Les maires ne sont pas systématiquement associés au suivi ambulatoire des patients.

Le maire est un acteur de premier plan en matière de sécurité publique. La pratique montre que son intervention est prépondérante en matière d'hospitalisation d'office (en cas « *de danger imminent pour la sécurité des personnes* » article L.3213-2 du code de la santé publique). L'implication des

élus locaux dans le dispositif de santé mentale s'est traduit à l'EPSM Lille Métropole par la mise en place d'un conseil intercommunal de santé, de santé mentale et de citoyenneté regroupant six communes de la métropole lilloise. La ville d'Aubervilliers, en partenariat avec le CHS de Ville-Evrard, a mis en place des réunions mensuelles de situations d'adultes en difficulté (RESAD), qui permettent aux acteurs sanitaires et sociaux d'un secteur de mettre en commun leurs compétences et de travailler en réseau à partir de situations concrètes.

Par ailleurs, les maires ne sont généralement pas informés des sorties d'essai des personnes hospitalisées sans consentement qui concernent un patient ayant sa résidence principale dans la commune. Une telle information aurait pu s'avérer utile dans l'affaire du meurtre d'un retraité par un malade en sortie d'essai à Roquebrune-Cap-Martin.

2.5.4. Dans certains territoires, le préfet ne disposait pas, jusqu'à récemment, des éléments nécessaires pour éclairer ses décisions.

Comme on l'a vu, l'appréciation de la dangerosité d'un malade et des éventuelles conséquences à la sortie de l'hôpital pour la sécurité publique est un exercice difficile, qui implique de disposer d'informations variées, relatives à l'état clinique ou à l'histoire du patient, qui ne sont pas toujours faciles à rassembler, ou dont la communication est limitée aux autorités judiciaires ou aux forces de sécurité (antécédents judiciaires). Il revient au cabinet du préfet, à l'occasion de l'instruction des dossiers d'hospitalisation d'office, de rassembler ces informations.

Pour ce faire, il dispose de l'aide des délégations territoriales (ex- DDASS) placées sous l'autorité des ARS, qui sont depuis longtemps le service pivot en charge de la gestion des hospitalisations sans consentement. L'instruction des dossiers se réduit parfois à la transmission au préfet des certificats médicaux circonstanciés dont les termes spécialisés paraissent obscurs ou laconiques, sans qu'y soient joints des éléments d'information extérieurs, susceptibles d'éclairer la décision préfectorale (antécédents psychiatriques hors du département, actes de violence signalés par l'entourage, ou connus par le Maire, les services sociaux, la police ou la gendarmerie...). Une permanence n'est d'ailleurs pas toujours organisée dans les délégations territoriales en dehors des jours ouvrés. En réalité les ARS et les préfets se trouvent souvent démunis de moyens leur permettant d'avoir un avis différent de celui des psychiatres.

A leur décharge, les délégations départementales ne disposent pas des outils adaptés : les faiblesses du logiciel HOPSY, créée en 1994 pour gérer les hospitalisations sans consentement, ont été maintes fois décrites (rapport IGA/IGN/IGPN précité, rapport IGAS-IGSJ¹³⁸, mission parlementaire de M. GARRAUD¹³⁹). Il n'est par exemple pas possible de connaître l'historique des procédures d'hospitalisation sans consentement d'un patient hors du département et de conserver les données au-delà de l'année civile qui suit la levée des mesures d'hospitalisation sans consentement. Dès lors, il est difficile d'identifier les patients en voyage pathologique, qui peuvent se déplacer dans plusieurs territoires, durant plusieurs années, avant de passer à l'acte. Il a été ainsi rapporté à la mission le cas d'un voyage qui s'est terminé par l'assassinat à coups de chaise d'un ecclésiastique,

¹³⁸ Voir à cet égard le rapport sur les « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », rapport n°2005-064, A. LOPEZ et I. YENI, IGAS, M. VALDES-BOULOUQUE et F. CASTOLDI, IGSJ, mai 2005

¹³⁹ Mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à Jean-Paul GARRAUD, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux (2006)

après que le malade ait réalisé un « *tour de France* », au cours duquel il avait été à plusieurs reprises hospitalisé d'office.

Exemple illustrant la nécessité de disposer des antécédents médicaux sur une longue période

Début 2010, en Ile de France, une femme a été égorgée par son époux à leur domicile. Le meurtrier était en rupture thérapeutique partielle au moment des faits. Ce patient, « *complexe et toujours redoutable* », au lourd passé psychiatrique, avait voyagé dans plusieurs continents, commis un précédent meurtre et de multiples agressions. De 2007 à 2009, ses hospitalisations d'office avaient été de plus en plus nombreuses, et l'inspection a noté un cycle HO-sortie d'essai-violence-réintégration qui s'accélérait, avec des périodes de libertés qui diminuaient, ce qui aurait pu inquiéter, si ce phénomène avait été reconnu

Les délégations territoriales ont également la possibilité d'effectuer des rapprochements entre le fichier des personnes HO et le fichier des personnes détentrices d'armes des services de la préfecture, soit pour vérifier que les demandeurs d'autorisation d'arme n'ont pas fait l'objet d'une HSC dans un passé récent, soit pour vérifier qu'une personne HO n'est pas détentrice d'une arme. La fascination d'un patient pour les armes fait partie des éléments pouvant contribuer à une sémiologie médicolégale préoccupante, notamment lorsqu'elle est associée à des menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte. Les vérifications opérées par les services ne concernent cependant que les personnes hospitalisées d'office dans le département au cours de la période récente, et sont réalisées manuellement¹⁴⁰. Les failles de ce dispositif sont particulièrement évidentes dans la région Ile de France, où la mobilité des habitants est importante.

Les tentatives pour créer un fichier national des données en matière d'hospitalisation sans consentement, ces dernières années, ont jusqu'ici échoué du fait de l'opposition des associations d'usagers et des professionnels, qui craignent une dérive sécuritaire. Compte tenu de la forte sensibilité sur cette question, et des problèmes juridiques et éthiques qui s'y attachent, la mission n'a pas fait de propositions sur la création et la tenue de fichiers. En revanche il conviendrait que soit organisée au niveau de l'autorité préfectorale, la remontée exhaustive des informations provenant de l'ARS et de l'hôpital avec celles provenant des services de police et de gendarmerie et que ce soit le cabinet du préfet qui fasse la jonction de ces informations.

Recommandation n°44 : **Au vu de l'éparpillement des informations entre les services, et de la diversité des organisations mises en place dans les territoires, mettre en place des partenariats locaux pour clarifier le rôle de chacun dans l'articulation des procédures (préfet, maire, ARS, communauté médicale, directeurs d'établissement, forces de sécurité).**

¹⁴⁰ « *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux* », R. RIERA, S. BABRE, IGA, J. BOURQUARD, F. THOMAS, IGSJ, G. LAURAND, A. LOPEZ, IGAS, page 25, février 2006

3. LES FACTEURS SYSTEMIQUES ONT ETE JUSQU'ICI PEU DECRITS DANS L'ORIGINE DES DEFAILLANCES, ALORS QU'ILS JOUENT UN ROLE PRIMORDIAL

3.1. *Les installations ne tiennent pas toujours assez compte des besoins*

3.1.1. Les accès sont généralement mal aménagés et peu surveillés

Un établissement de santé mentale est soumis à une obligation de surveillance renforcée des malades qui y sont hospitalisés. L'organisation des accès doit permettre de sécuriser le séjour et les déplacements dans l'établissement et d'assurer les visites.

➤ Les accès piétons et véhicule.

Dans la grande majorité des établissements hospitaliers accueillant des malades mentaux, l'entrée des piétons et des véhicules s'effectue soit par le même accès que celui utilisé par les véhicules¹⁴¹, soit par une porte réservée¹⁴², soit enfin par l'entrée directe au poste d'accueil¹⁴³. Dans plusieurs établissements, le passage des piétons se fait librement, sans porte ni tourniquet pendant la journée¹⁴⁴. L'entrée pour les véhicules est généralement dotée d'une barrière mobile et d'un portail coulissant. La barrière reste souvent ouverte aux heures où les agents, en voiture, arrivent ou repartent de l'hôpital¹⁴⁵. Le portail coulissant n'est fermé que la nuit¹⁴⁶. Il arrive que les piétons qui, théoriquement, doivent passer par la porte d'entrée qui leur est réservée, passent par l'accès véhicule¹⁴⁷.

L'entrée est généralement dotée d'un local d'accueil. La personne à l'entrée, qui peut être un agent de prévention et de sécurité incendie ou un concierge, ne peut pas regarder à la fois les véhicules et les personnes qui entrent et ceux qui sortent et n'est pas en mesure de faire la différence entre les visiteurs, les personnels et les patients. D'une manière générale, **l'entrée principale est peu ou mal surveillée, voire ne l'est pas du tout**¹⁴⁸.

¹⁴¹ CHS Sainte Marie (Nice)

¹⁴² CH Paul Guiraud (Villejuif)

¹⁴³ CH Sainte Anne (Paris)

¹⁴⁴ CHS Sainte Marie, CH Pinel Amiens, CHI des Portes de l'Oise, CHL de Poitiers, CH Sainte Anne

¹⁴⁵ CH Paul Guiraud (Villejuif), CHS Sainte Marie (Nice)

¹⁴⁶ CHS Sainte Marie (Nice), Paul Guiraud (Villejuif), CH Saint Egrève, CH E. Toulouse

¹⁴⁷ CH Paul Guiraud (Villejuif)

¹⁴⁸ CH Laborit (Poitiers)

➤ Les clôtures

La moitié des établissements sont implantés dans un environnement urbain, dans des bassins de population importants ou à proximité d'une ville d'au moins 50 000 habitants.¹⁴⁹ Des établissements, construits initialement à la campagne, ont été rattrapés par la ville, comme le CHS de la Savoie, à Chambéry, traversé par une route départementale, ou le CH Henri Laborit à Poitiers.

L'urbanisation entraîne des nuisances : par exemple, la localisation du pavillon de l'unité d'alcoologie du CHS Sainte Marie de Nice, situé au milieu d'un important carrefour routier et autoroutier et accolé à un parking, augmente les risques de trafics de produits illicites.

L'enceinte d'un établissement est généralement délimitée par un mur en pierre ou par un grillage rigide, d'une hauteur suffisante pour empêcher l'escalade. L'étendue du patrimoine foncier des établissements publics et privés PSPH psychiatriques, estimée en moyenne à 32,8 hectares par site¹⁵⁰, rend difficile sa sécurisation. Si dans plusieurs établissements, la clôture d'enceinte comporte des failles pour celui qui souhaite la franchir (CH Poitiers, CH Edouard Toulouse, CH des Pyrénées de Pau, CH E. Toulouse), on a vu plus haut que ce n'était pas la cause majeure des fugues, qui se font par la porte. A l'EPSM Camille Claudel de La Couronne en Charente, « *le personnel a signalé [aux enquêteurs du CGLPL] des jets de produits divers (alcool, cannabis...) depuis le parking vers la cour, ainsi que la facilité avec laquelle les murs ont déjà été franchis.* »

➤ Les espaces verts

La quasi-totalité des établissements bénéficient de vastes espaces verts. Les patients qui sont autorisés à sortir des unités peuvent profiter d'un grand parc ou des jardins parfois entretenus par les patients (CHS Sainte Marie Nice, CH Henri Laborit). Dans plusieurs établissements, le parc de l'hôpital est également le lieu de promenade habituel du voisinage (CHI des Portes de l'Oise, CH Sainte Anne, CH Vinatier).

En l'absence de contrôle des accès, les patients mettent à profit les sorties dans le parc pour fuguer et passer sans difficulté par la porte d'entrée principale. Les risques d'intrusion de personnes indésirables, ou d'introduction dans le parc d'alcools ou de produits stupéfiants sont élevés. Au CH de Pau, des dégradations sont causées régulièrement aux voitures stationnées sur le parking du personnel, qui est situé à l'écart des bâtiments.

Recommandation n°45 : Comme pour tout établissement public, et sans doute plus encore car l'hôpital accueille des personnes fragiles, l'accès d'un établissement hospitalier doit être surveillé. La sécurisation matérielle des accès est nécessaire pour prévenir les fugues de personnes hospitalisées sans consentement, éviter l'intrusion de personnes indésirables, et guider les visiteurs, mais également permettre la sortie aisée des personnes libres. Des badges magnétiques doivent être fournis pour que chaque catégorie de personnes ait librement accès à tout ce qui lui est permis et pas accès à ce qui lui est fermé.

¹⁴⁹ Source : Plan psychiatrie et santé mentale, 2005-2008

¹⁵⁰ idem

3.1.2. Les allées et venues dans les unités de soins sont souvent mal gérées.

➤ La porte d'entrée des unités de soins est en général un point faible du dispositif.

Suivant les établissements et les services, les accès aux unités de soins se font soit librement (CH Henri Laborit), soit sont soumis à un contrôle visuel par un bureau d'accueil (CH Sainte Anne, EPSM Lille Métropole...), soit sont fermés à clé et ne sont accessibles qu'après avoir sonné pour demander l'ouverture aux soignants (CHS Sainte Marie à Nice...).

Les études détaillées des fugues dans plusieurs établissements ont montré que les patients mettaient à profit la mauvaise gestion des allées et venues dans l'unité pour s'enfuir (CH Guillaume Rénier, CH Pinel). Au CH Pinel, la décision d'ouvrir ou de fermer la porte des unités est prise tous les jours en fonction de l'état des patients, et les horaires de fermeture la nuit sont variables selon les unités. Ces changements quotidiens sont à l'origine d'erreurs d'attention de la part des personnels.

➤ Les dispositifs d'alerte portables fonctionnent de manière aléatoire en fonction de la configuration des sites.

Les établissements ont progressivement équipé leurs personnels du dispositif Protection du Travailleur Isolé (PTI), en voie de généralisation, qui déclenche une alarme en cas d'agression et alerte l'équipe de sécurité. Les personnels peuvent également être équipés de BIP ou de téléphones portables pour joindre l'équipe d'intervention en cas d'urgence, bien que l'utilisation des téléphones mobiles dans les établissements de santé ne soit pas clairement autorisée¹⁵¹. Il ressort de plusieurs rapports que la couverture de l'établissement par ces dispositifs est parfois partielle, ou que les ondes ne passent pas, du fait de la configuration géographique du site.

L'alarme déclenche l'intervention de l'équipe de sécurité, qui est sollicitée dans les situations d'urgence mettant en jeu l'intégrité physique des personnels et des patients.

Exemples de constitution des équipes de sécurité en cas d'urgence

Généralement, dans les CHS, l'équipe de sécurité ou d'intervention est constituée par des personnels soignants masculins « *prélevés* » dans plusieurs unités de soins. Plusieurs interlocuteurs estiment que la féminisation des équipes rend difficile la constitution de ce type d'équipes. A l'EPSM Lille Métropole, où tous les personnels sont formés à la gestion des situations d'agressivité, le sexe n'est pas un critère d'affectation au « *groupe d'intervention d'urgence* », qui peut comprendre indifféremment des femmes ou des hommes, et qui se compose de 5 professionnels dont au moins 2 infirmiers (ou infirmières). Deux autres établissements ont choisi de mettre en place des équipes dédiées : celle du CH Esquirol à Limoges est composée de 10 agents qualifiés en sécurité incendie et celle du CH de Saint Egrève de 13 soignants dédiés à l'accueil et à la garde infirmière.

L'EPSM Lille Métropole a également équipé les professionnels qui interviennent au domicile des patients du dispositif DAPTI. Ce dispositif permet de localiser géographiquement le soignant dans les zones couvertes par un réseau GSM / GPRS et d'alerter le bureau des soins infirmiers en cas d'agression, qui analyse la situation et prévient rapidement les secours en cas de besoin.

Dans tous les cas, la rapidité d'intervention est déterminante pour garantir la sécurité et l'intégrité physique des patients et des personnels. Le drame survenu au CHS de Maison Blanche dans la nuit du 3 au 4 mai 1979 l'illustre bien. Dans cette affaire, le malade, en état de démence, a eu le temps

¹⁵¹ Cf. circulaire DH/EM 1 n°40 du 9 octobre 1995.

d'agresser 4 malades et en a égorgé un cinquième, bien que l'alerte ait été immédiatement donnée par l'infirmière de garde, qui a réussi à mettre en sécurité le premier malade auquel le malade mental s'était attaqué avant de devoir se réfugier avec quelques malades dans un bureau. Le Conseil d'Etat a considéré que le fait qu' « *une dizaine de minutes se soient écoulées avant que soient réunis les moyens nécessaires pour maîtriser ce dément, laissé seul avec d'autres malades auxquels il s'est attaqué ; que l'inefficacité prolongée du service à faire face à une situation dangereuse pour les malades placés sous sa garde et qui n'avait pas un caractère imprévisible dans un établissement spécialisé, révèle un défaut dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité du Centre hospitalier spécialisé (...).* » (Conseil d'État N° 62337 23 juin 1986).

➤ **Le recours aux dispositifs de vidéosurveillance est controversé.**

L'installation de dispositifs de vidéosurveillance pour remédier aux failles de sécurité (angles morts dans les couloirs, surveillance de l'entrée principale, etc...) suscite un débat au sein des établissements, et parfois l'opposition des praticiens, des personnels ou des partenaires sociaux. Ces dispositifs peuvent augmenter l'angoisse du malade en isolant le malade du personnel. Le CGLPL relève ainsi au CHS Sainte Marie de Clermont Ferrand que des caméras ont été installées en l'absence de concertation préalable, mais ne sont pas utilisées, faute de consensus sur leur usage. Le projet du CH Sainte Anne d'installer des caméras dans huit lieux critiques a fait l'objet de discussions au sein de la plateforme éthique. Certains établissements, comme le CH E. Toulouse ou le CH Henri Laborit, ont choisi de ne pas en mettre en place. D'autres se sont dotés d'un dispositif de vidéosurveillance qu'ils utilisent, soit pour surveiller les accès au site (CHS Sainte Marie à Nice), soit dans les chambres d'isolement (CHS Sainte Marie à Nice), plus rarement dans les bâtiments administratifs et dans les unités d'hospitalisation (CHI Porte de l'Oise) lorsqu'il y a des angles morts ou des locaux non pourvus en personnel de nuit. Les crédits attribués dans le cadre du plan 2009 d'amélioration de la sécurité des établissements de santé autorisés en psychiatrie ont permis aux volontaires de s'équiper.

Recommandation n°46 : Equiper progressivement l'ensemble des personnels soignants de système de PTI. Procéder à des exercices réguliers pour tester la rapidité d'intervention de l'équipe de sécurité et améliorer la procédure d'alerte.

3.1.3. La conception des unités pose souvent problème

L'agencement, le cloisonnement et la distribution intérieure des locaux, très variable selon les unités de soins, rend parfois la surveillance malaisée.

➤ **Les circulations**

La restructuration des bâtiments est à l'origine de la création de couloirs courbes qui « *permettent des perceptions douces et variées, en évitant les linéarités rigides des enfilades* » (rénovation d'un pavillon de l'hôpital Saint Anne), ou d'espaces multiformes : « *le couloir est à bannir (...) les espacements doivent être multiples et variés (...). Ils sont tantôt arrondis et harmonieux, tantôt rectiligne et tendus. Ils sont parfois dans la pénombre (...), peuvent être protégés ou exposés.* » (CH de Mantes la Jolie)¹⁵².

¹⁵² « *Architecture et psychiatrie* », V. KOVESH-MASFETY, D. SEVERO, D. CAUSSE, J.C. PASCAL

Dans certaines unités, les aménagements architecturaux, qui alternent dans les couloirs courbes et recoins, semblent guidés par des choix esthétiques et thérapeutiques. Ces choix peuvent avoir un effet apaisant mais peuvent aussi se traduire par une moins bonne visibilité. Il n'est pas question de revenir à une architecture panoptique, mais de trouver un juste équilibre dans l'organisation des circulations qui permette de concilier sécurité et thérapie.

Exemples d'aménagements rendant difficile la surveillance

- A l'UMD de Villejuif, une des cinq unités actuelles destinées à accueillir les patients les plus dangereux au niveau national, la structure des pavillons est courbe, de telle sorte que seule une partie du couloir est visible. De nombreux angles morts sont présents dans les couloirs, du fait d'excroissances murales assez imposantes, de forme arrondie. Un soignant a subi une tentative d'étranglement par un malade dans un de ces renforcements, alors que son collègue se trouvait à moins de trois mètres. C'est seulement lorsque le soignant s'est affaissé et que les membres inférieurs sont devenus visibles que ses collègues ont pu lui porter secours.

- Dans un établissement d'Ile de France, dans une unité de soins, une patiente a été retrouvée inconsciente, le visage écrasé dans les toilettes en octobre 2009 (elle est morte depuis des suites de ses blessures). Dans ce service vétuste qui a depuis été désaffecté, il n'était pas possible de surveiller correctement les chambres (non munies de vitrage côté couloir) ainsi que les sanitaires depuis le local infirmier ou le couloir. Des portes pare-feu isolaient le lieu de l'agression et il existait plusieurs angles morts dans les couloirs.

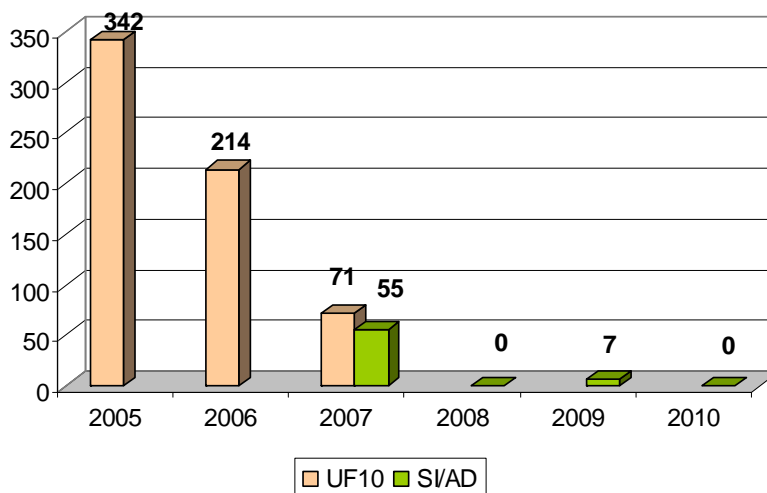
➤ **Les cours et jardins intérieurs**

Très souvent, les unités d'hospitalisation disposent d'une cour en patio ou d'un petit jardin clos par un muret ou par un grillage. Leur aménagement offre aux patients en bonne forme physique de réelles possibilités de fugues, sans que la surveillance par un soignant soit dissuasive (cf. supra).

➤ **En revanche, des locaux bien conçus et des personnels formés agissent favorablement sur la diminution du nombre d'arrêts de travail.**

A l'EPSM Lille métropole, la reconstruction de certaines unités a permis de répartir 75 lits dans six modules différenciés selon l'évolution clinique du patient (un module d'admission, un module d'accueil et de crise, trois modules de séjour dont deux ouverts et un fermable). Comme l'illustre le schéma ci-dessous, en 2007, à la suite de l'emménagement dans les nouveaux locaux et de la formation de tous les personnels à la gestion des situations d'agressivité, le nombre de jours d'arrêt des personnels à la suite d'une agression a très fortement diminué, après une période d'adaptation, qui s'est traduit les tout premiers mois par 55 jours d'arrêt de travail. Depuis 2008, le nombre de journées d'arrêt de travail après une agression est presque nul.

Schéma 2 : : Nombre de jours d'arrêt à la suite d'un accident de travail à la suite d'un « contact avec un patient agité », dans les anciens locaux (UF 10) et dans les nouveaux locaux (SI/AD)



Source : EPSM Lille métropole, schéma mission

* * *

Comme on l'a vu, la majorité des patients sont désormais traités en ambulatoire. N'entrent à l'hôpital que les patients ayant besoin de soins plus intensifs, ou présentant des troubles du comportement et pour lesquels un bon agencement des locaux a des effets indéniables sur la qualité et la sécurité des soins.

A l'occasion de la conception d'une nouvelle unité au CHS de Bourges, le psychiatre J.R. Roux a synthétisé dans un ouvrage collectif¹⁵³ quelques principes architecturaux, qui pourraient être utilement discutés :

- une bonne visibilité à l'intérieur du service, afin de favoriser la surveillance (ouverture, baies vitrées, plan circulaire évitant recoins et angles, privilégiant la transparence) ;
- des distances courtes, mais des espaces dégagés permettant une intervention rapide en tout point du service ;
- des fermetures sûres et pratiques en raison des risques de fugue ; des possibilités d'isolement et de contention devant pouvoir se faire dans des lieux sécurisés.
- la préservation des lieux d'intimité agréables à l'abri du regard (chambre individuelle du patient où il est possible de prendre son repas et équipée d'un cabinet de toilette, lieux de rencontres...).

Recommandation n°47 : **Elaborer un corpus de principes architecturaux pour faciliter le travail de conception des équipes lors de la reconstruction / réhabilitation des locaux.**

¹⁵³ Article paru dans l'ouvrage collectif « Architecture et psychiatrie », V. KOVÉSS-MASFETY, D. SEVERO, D. CAUSSE, J.C. PASCAL, 2004

3.2. *L'organisation interne des établissements n'a pas suffisamment évolué pour prendre en compte les changements intervenus*

3.2.1. **Les réductions capacitaires hospitalières publiques sont parfois insuffisamment compensées par le développement des alternatives.**

Depuis 1975, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie a diminué de 58 %. Ce sont les centres hospitaliers spécialisés (les anciens asiles) et les hôpitaux privés de psychiatrie qui ont vu leurs capacités diminuer le plus fortement, puisque les premiers comptaient pour 61 % des capacités en lits d'hospitalisation complète en 1975 et ne comptent plus que pour 44 % maintenant, tandis que la capacité des seconds a été divisée presque par 4. A l'inverse, les cliniques de santé mentale privée ont vu leur capacité s'accroître de 8,3 % en 10 ans.

Tableau 6 : Evolution des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie (1975-2008)

Nombre de lits d'hospitalisation complète	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Centre hospitalier spécialisé	81 328	78 344	66 223	53 725	38 999	29 560	26 276	24 856
Hôpital privé PSPH	n.d.	n.d.	16 412	13 107	9 827	6 434	4 608	4 536
Clinique psychiatrique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10 073	10 744	10 909
Total (y compris hôpitaux généraux)	133 578	130 156	113 657	96 100	77 925	61 899	57 298	56 195

Source : Eco-santé France 2011 version février 2011 – n.d. non déterminé

La diminution des lits hospitaliers s'est accompagnée d'une création de structures alternatives à l'hospitalisation complète (places d'hospitalisation de jour, hospitalisation partielle, appartements thérapeutiques...) et du développement d'une prise en charge ambulatoire dont le CMP constitue le pivot. C'est ainsi qu'en Limousin par exemple 700 places se sont créées pour 982 lits ou places hospitalières.

Exemple du secteur de Lille-Est d'organisation sanitaire alternative à l'hospitalisation à temps plein.

Le service de psychiatrie de Lille-Est, promu en 1998 site pilote pour la santé mentale communautaire par l'OMS, a mis en place une organisation alternative à l'hospitalisation, qui n'intervient qu'en dernier recours. Entre 1971 et 2009, la file active de patients est passée de 589 à 2 507, le nombre de lits de l'ancien pavillon de force (qui a été réhabilité) est passé de 209 à 12, la durée moyenne de séjour de plus de 300 jours à 7 jours, le nombre d'admissions en hospitalisation a doublé (de 145 à 322), et le nombre de soins ambulatoires a explosé, passant de zéro à près de 35 000.

80 % des professionnels exercent en extrahospitalier et coordonnent leur action de suivi du patient en ambulatoire avec celle des acteurs locaux (usagers, familles, élus locaux, travailleurs sociaux, bailleurs...). Le service est en constante relation avec le médecin généraliste traitant, qui intervient en premier recours, et qui demeure le praticien référent, pour les prescriptions de neuroleptiques comme pour les contrôles biologiques. Il n'est pas possible d'obtenir une consultation psychiatrique sans une lettre de liaison du médecin généraliste. Les traitements sont généralement délivrés par les pharmaciens ou effectués par les infirmières libérales. L'unité de soins en hospitalisation complète ne réalise jamais d'admission directe en urgence, les patients passant d'abord par leur médecin généraliste, les centres de consultations spécialisées ou les services d'urgence locaux (CH, Centre d'Accueil et de Crise...). A la sortie de l'hôpital, l'unité de « *soins intensifs intégrés dans la cité* » organise le suivi renforcé à domicile et en ville pendant une période de 8 jours renouvelables. Une permanence téléphonique permet de joindre un soignant 24 heures sur 24, un service d'intervention mobile a été mis en place dans la cité pour traiter les urgences au domicile. Autre spécificité, le service dispose d'un réseau de familles d'accueil, qui hébergent les patients en phase aiguë pour un court séjour, le temps de faire la transition entre l'hôpital et la ville.

Le service prend en charge tous les patients hospitalisés sans leur consentement qui relèvent de son secteur (HO, HDT) ; ainsi que les patients détenus D. 398 du CPP lorsque c'est son tour. Contrairement à ce qui lui avait été rapporté, l'inspection n'a pas noté d'effet d'éviction des patients difficiles ou à risques vers d'autres secteurs. En revanche, cette organisation n'est pas transposable dans tous les territoires, qui doivent bénéficier préalablement d'un tissu associatif local dense pour permettre un maillage étroit entre les usagers, les familles et les acteurs locaux. Enfin, le taux de fugue des malades en hospitalisation sans consentement à l'EPSM et dans ce service est plus élevé que la moyenne (presque le double).

Plus généralement en métropole, 815 secteurs de psychiatrie adultes ont été créés depuis la mise en place de la sectorisation dans les années 1960, ainsi que 320 intersecteurs de pédo-psychiatrie¹⁵⁴. Au départ, les secteurs adultes étaient censés correspondre à un nombre d'habitants compris entre 55 et 70 000 habitants et les intersecteurs de pédo-psychiatrie à 200 000 habitants. Mais les inégalités ont eu tendance à se creuser tant pour la démographie des habitants et des professionnels de soins¹⁵⁵ que pour les moyens, les effectifs et l'activité. Une étude récente de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a dressé une typologie des secteurs¹⁵⁶. Elle a défini environ un tiers des secteurs comme « *très bien dotés* » avec des effectifs nombreux, entre 100 et 300 lits pour 100 000 habitants, des CMP nombreux et très actifs, un tiers de secteurs comme « *moyennement dotés* », souvent rattachés à des hôpitaux généraux et enfin un dernier tiers « *peu dotés* » en alternatives, en lits et en moyens¹⁵⁷.

Le défaut de capacité est notable en pédo-psychiatrie dans certains départements. La Défenseure des enfants signale ainsi le cas de quatre enfants hospitalisés dans une unité pour adultes, parfois justifié par l'absence de place en « *isolement pédopsychiatrique* » (en 2010, sont concernés le CH

¹⁵⁴ Source : DREES Etudes et résultats 2004 pour année 2000.

¹⁵⁵ La France a la densité la plus élevée de psychiatres en Europe, mais la proportion de psychiatres libéraux est grande et la répartition des psychiatres est très inégale sur l'ensemble du territoire voir annexe 13.

¹⁵⁶ « *Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale...* » M. COLDEFY, P. LEFUR, V.LUCAS-GABRIELLI et col., IRDES n° 1812 Novembre 2010

¹⁵⁷ « *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation* », M. COLDEFY, P. LEFUR, IRDES n° 145 août 2009

de Valvert, CHU de Côte d'Or, Martinique, Guyane), ce qui constitue des conditions traumatisantes.

Au-delà des simples chiffres, il faut examiner l'activité réelle : l'IRDES montre que le dénombrement des structures peut faire illusion : entre un CMP actif ouvert sept jours sur sept et onze heures par jour et un CMP qui n'ouvre qu'au maximum 7 heures par jour pendant 5 jours, la prise en charge et le service rendu ne sont pas les mêmes...

Compte tenu de ces disparités, et bien que le nombre de structures ambulatoires ait fortement cru et permette désormais à 85 % des malades d'être suivis en ambulatoire¹⁵⁸, certains taux d'occupation hospitaliers restent à certains endroits très importants.

3.2.2. L'organisation médicale intra hospitalière favorise souvent le contact entre des sujets fragiles et des sujets dangereux et n'aide pas à l'élaboration de projets d'ensemble novateurs

Chaque secteur de psychiatrie comporte ses propres lits d'hospitalisation, organisés en pôle, en service ou en unités, qui accueillent les malades en fonction de leur seule origine géographique. Si on enlève les lits de clinique non sectorisés, le nombre moyen de lits par secteur¹⁵⁹ en 2009 est de 40 alors qu'il était d'environ 150 dans les années 70. En fait, le nombre de lits par secteur peut aller d'une unité de 20 lits, voire moins, à quatre unités de 20 lits ou plus.

On voit bien qu'autrefois, quand il y avait 150 lits par secteur, ou encore maintenant dans les secteurs les mieux pourvus, le nombre de lits permet d'isoler un secteur fermé, de séparer les malades psychotiques en phase aiguë de ceux qui ont des troubles de l'humeur en phase chronique, de mettre à part les troubles du comportement alimentaire, etc. En revanche cette spécialisation n'est plus possible dans les services de petite taille et c'est malheureusement dans de tels services que les accidents se sont produits.

Dans ces conditions, dans une unité d'environ 20 lits comme on en observe assez souvent (et comme c'était le cas dans les agressions graves vues par la mission) on fait cohabiter le jeune psychotique en crise qui vient d'arriver avec le malade apaisé proche de la sortie, les personnes atteintes de troubles de l'humeur avec les schizophrènes et l'on observe ainsi des agressions et des homicides tels qu'on les a décrits plus haut. Le profil des patients n'est pas pris en compte pour leur hospitalisation, car c'est le lieu de leur résidence qui compte. La répartition des patients ne permet pas un regroupement des patients par pathologie ou par mode d'hospitalisation (HO, HDT).

En outre, du fait de la réduction du nombre de lits, accompagnée parfois d'une utilisation insuffisamment dynamique, le taux d'occupation hospitalier avoisine souvent 100 %, quand il ne le dépasse pas. Dès lors, une personne en crise ayant besoin d'être rapidement hospitalisée se retrouve souvent dans un lit disponible qui ne correspond pas à son secteur. C'est ainsi que la mission a rencontré plusieurs exemples où le malade passait une bonne partie de son séjour dans une autre unité sectorielle. Dès lors on combine tous les inconvénients du système (promiscuité avec des malades en crise, mixité menaçante pour les femmes, mélange hétéroclite de malades, non-suivi par des professionnels qui connaissent le malade) sans avoir aucun avantage. Cette situation rend

¹⁵⁸ Source : DREES, Etudes et résultats 2004

¹⁵⁹ Ou intersecteur de pédopsychiatrie au total 1135 entités en 2000, 1484 en 2009.

malaisée la mise en œuvre de projets médicaux, qui ne peuvent se concevoir que pour des populations homogènes et avec une certaine stabilité des besoins.

La mission n'entend pas donner un modèle unique d'organisation : on a vu que les choses variaient beaucoup d'un secteur à l'autre. Il revient au contraire aux psychiatres de chaque établissement de se réunir et de définir ensemble l'organisation qu'ils entendent mettre en œuvre, en tenant compte de la situation de leurs différents secteurs et de la population qu'ils reçoivent pour recevoir des patients de nature homogène au sein d'une même unité: celle-ci peut être définie par la pathologie (psychoses, troubles de l'humeur, troubles du comportement...), par le statut du malade (HL, HO, HDT), par la situation de crise à l'entrée, ou la pré-sortie, etc....et l'organisation peut se faire de façon sectorielle ou intersectorielle selon les cas. Lorsque les malades sont suivis en interne par le médecin du secteur qui les suit en ambulatoire au CMP, la durée de séjour s'allonge inutilement si le médecin ne passe pas très régulièrement dans l'hôpital et s'il n'a pas une utilisation active des possibilités d'hébergement en aval.

Recommandation n°48 : Organiser des unités d'hospitalisation homogènes autour d'un projet médical commun défini selon le statut d'hospitalisation, la pathologie ou la situation de crise ou non (malades entrants, préparation à la sortie, etc.). Mettre en place une coordination étroite avec l'ambulatoire.

3.3. Le suivi des malades mentaux est déterminant pour éviter les ruptures thérapeutiques et limiter les complications somatiques

3.3.1. Les traitements comportent de nombreux effets secondaires qu'il convient de surveiller attentivement

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux est réduite de 20 ans par rapport à la population générale. Une étude menée pendant deux ans sur des personnes hospitalisées en psychiatrie (INSEE, DREES) avait montré que 7 % d'entre eux étaient décédés, contre 2 % dans la population française de sexe et âge identique¹⁶⁰.

La surmortalité s'observe aussi bien du fait des morts violentes (suicide, accidents, homicides), que par suite de maladies cardiovasculaires, d'affections respiratoires, d'infections ou de pathologies digestives¹⁶¹. Les facteurs de risque qui prédisposent à ces maladies sont liés d'une part aux maladies mentales ou aux addictions (tabac, alcool, drogues), d'autre part aux moyens utilisés pour les traiter. Selon l'ATIH, **215 patients sont morts en 2009 dans un service de santé mentale**. Dans la mesure où la plupart des patients porteurs d'une affection somatique mortelle sont souvent transférés en hôpital général et qu'ils sont 110 à être transférés en soins palliatifs, on peut penser qu'une partie importante de ces décès sont des décès inattendus (suicides, morts inexplicables, etc.).

Indispensables pour atténuer les effets des psychoses, les traitements neuroleptiques provoquent néanmoins de nombreux effets indésirables, qui nécessitent une surveillance régulière :

¹⁶⁰ « *Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique* », F.CHAPEREAU, Etudes et résultats, DREES, n° 304, avril 2004

¹⁶¹ « *Excess mortality of mental disorder* ». Br Journal Psychiatry (1998) 173, 11-53. E ; CLARE HARRIS et B. BARRACLOUGH

- les neuroleptiques classiques de première génération (halopéridol, chlorpromazine¹⁶²) entraînent notamment de syndromes extra-pyramidaux, dont l'importance dépend de la dose administrée et qui disparaissent à l'arrêt du traitement, des dyskinésies tardives (20 à 40 % des traitements prolongés), des crises convulsives, de l'hypotension orthostatique, un état de sédation ou le rare « *syndrome malin des neuroleptiques* » ;
- les neuroleptiques atypiques de seconde génération (clozapine ou Leponex®, olanzapine ou Zyprexa®, rispéridone ou Risperdal®, quétiapine ou Seroquel®, ziprasidone, etc.), sont en principe responsables de moins d'effets neurologiques (même si leur plus grande efficacité continue à faire débat), mais ils entraînent des effets métaboliques (prise de poids, obésité, diabète, hyperlipémies, dysfonctions sexuelles, hyperprolactinémie, constipation) ainsi que des risques cardiaques accrus (arythmie).

On note également des complications ophtalmologiques, hématologiques, dermatologiques, urinaires (rétention), et de gravissimes colites ischémiques (phénothiazines, clozapine, olanzapine, rispéridone).

Ces effets secondaires (et notamment l'impuissance) conduisent souvent le malade à diminuer ou arrêter son traitement dès qu'il est en sortie d'essai ou qu'il cesse d'être hospitalisé, avec les risques que cela comporte.

Les « *recommandations pour le traitement biologique des schizophrénies* » publié par la World federation of societies of biological psychiatry¹⁶³ élaborées en 2005, détaillent les complications possibles et les modalités de suivi des patients schizophrènes nécessaires pour les contrôler sur le plan clinique et biologique. Une conférence de consensus s'est également tenue au Royaume Uni en 2003 pour définir quelle part des troubles métaboliques étaient due à la prescription d'antipsychotiques atypiques¹⁶⁴ et quelle part était due à la maladie initiale. Les experts ont dans l'ensemble insisté sur le fait que la schizophrénie était également facteur de risque diabétique. Mais un spécialiste voit dans cette précaution sémantique « *le fait que le même laboratoire se trouve exagérément représenté dans le jury de cette conférence, avec pas moins de cinq auteurs maison sur les quinze « experts » réunis pour l'occasion* »¹⁶⁵. On s'accorde désormais sur le fait que les antipsychotiques atypiques sont impliqués dans le déclenchement de troubles du métabolisme du glucose.

L'AFSSAPS a édité des recommandations de pharmacovigilance sur le suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques en mars 2010 pour contrôler le poids, la glycémie, le bilan lipidique et la pression artérielle. Sur la liste des 77 médicaments à suivi renforcé publiée en 2011 par cette agence après l'affaire Mediator, on note plusieurs produits à usage psychiatrique comme des neuroleptiques (olanzapine ou Zyprexa® et Zypadhera®), des hypnotiques (Rohypnol®), des anxiolytiques (Stablon®). En outre à travers le monde, plusieurs neuroleptiques font d'ores et déjà l'objet de class action (Zyprexa, Seroquel, Risperdal...)¹⁶⁶.

¹⁶² Respectivement Haldol® et Largactil®

¹⁶³ World J Biol Psychiatry (2005), 132-191 traduit par F.SCHÜRHOFF et A. SZÖKE. U INSERM 513

¹⁶⁴ « *Schizophrenia and diabetes 2003 : an expert consensus meeting* » Br J Psychiatry 2004 ; 184 suppl 47

¹⁶⁵ A.BOTTERO ANPP 2004 sur internet.

¹⁶⁶ Wikipedia citant la revue « Prescrire ».

L'hypotension orthostatique - retrouvée comme complication secondaire de nombreux neuroleptiques de première et de deuxième génération - est responsable de chutes. Les chutes accidentelles font en moyenne l'objet de 5 418 décès chaque année en France¹⁶⁷ et ne peuvent être traitées à la légère. La FNAPSY avait attiré l'attention d'une mission IGAS sur la fréquence des chutes à l'intérieur des institutions de santé mentale. La mission s'est intéressée au nombre de chutes déclarées. Dans un établissement de la région PACA, les chutes étaient particulièrement fréquentes et la lecture du dossier montrait qu'il s'agissait essentiellement de chute de la hauteur du malade, lorsque celui-ci se levait, et que les quantités de neuroleptiques administrés étaient souvent importantes et que les produits de même nature étaient associés entre eux.

Le nombre de chutes recueilli est lié à l'ancienneté du mode de recueil : ainsi au CH Henri Laborit de Poitiers, la montée de la courbe ne témoigne pas d'une augmentation des chutes, mais vraisemblablement de l'amélioration du processus de déclaration. Au CH Sainte Anne également, la courbe des chutes suit la montée en charge des signalements d'effets graves. Il est donc probable que ce phénomène soit sous-estimé, quand la chute est sans conséquence.

Les chiffres de l'EPSM Lille métropole, qui font état en moyenne de 74 chutes de malades sur les trois dernières années, sont probablement plus réalistes et rendent compte de l'engagement de cet établissement en faveur d'une gestion plus transparente des risques.

Tableau 7 : Nombre de chutes de malades enregistrées dans quatre CHS (2005-2010)

Nombre de chutes	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CH Sainte Marie	202	136	182	207	156	n.d.
CH Henri Laborit	n.d.	n.d.	n.d.	1 (?)	2	17*
CH Sainte Anne	0	1	6	8	7	14
EPSM Lille Métropole	n.d.	n.d.	n.d.	78	69	75

Sources : services qualité des établissements – n.d. non déterminé

Recommandation n°49 : Demander aux services qualité des établissements accueillant des malades mentaux d'enregistrer toutes les chutes, de mener avec le personnel des enquêtes dans les services où elles sont les plus fréquentes, de vérifier à chaque chute la posologie de chaque produit et l'absence d'interactions médicamenteuses. Associer les pharmacies hospitalières à la surveillance des traitements.

On retrouve les chutes ayant des conséquences graves dans l'étude ATIH menée à partir de la base de données MCO en 2009 (cf. annexe 2). Cette étude, qui dénombre 13 559 séjours de patients admis en lits de court séjour somatique (CHU, CHG, cliniques privées etc.) à partir d'un service de santé mentale, a permis d'étudier les motifs de transfert et d'étudier les GHM les plus fréquemment observés. **501 patients en 2009** sont transférés d'un service de psychiatrie vers un service d'**orthopédie traumatologique**. Les interventions sur la hanche pour traumatisme récent sont au nombre de 75 et les prothèses de hanche pour traumatismes récents au nombre de 64. Dans la mesure où l'âge moyen du malade en psychiatrie étudié par l'ATIH est relativement jeune (42 ans) et que les agressions, automutilations et chutes constituent les seules causes de traumatisme au sein d'un établissement de santé mentale, ces chiffres paraissent inquiétants. Par ailleurs, 15 malades

¹⁶⁷ Moyenne établie sur la période 2003-2008 à partir des statistiques nationales de décès tenues par le CépiDC de l'INSERM (données en ligne)

ont été transférés pour **brûlures graves**¹⁶⁸. Rappelons que l'IGAS a enquêté sur le cas d'une patiente décédée de brûlures graves dans sa baignoire, et que plusieurs cas de brûlures sous la douche ont été rapportées.

Dans cette même enquête ATIH, on note que dans 29,4 % des cas, les séjours comportaient un acte de sismothérapie : le malade était transféré en hôpital général ou en clinique pour recevoir un **électrochoc** sous anesthésie générale¹⁶⁹. Par ailleurs, **10,1 % des patients** (soit 1218 personnes) étaient transférés pour un problème digestif, ce qui est cohérent avec la lecture des dossiers qui montre la fréquence des plaintes digestives. Les **occlusions intestinales** non dues à une hernie comptent pour 147 séjours¹⁷⁰. La mission IGAS a rencontré ce genre de pathologies dans plusieurs hôpitaux. Il n'est pas illicite de s'interroger sur la réévaluation du rôle de certains neuroleptiques de deuxième génération dans l'explication d'une telle fréquence. Une enquête nationale sur ce sujet ainsi que sur les morts subites serait sans doute nécessaire. Enfin **17 personnes** étaient transférées de psychiatrie vers un autre service pour « *effets toxiques des médicaments* ».

Quant aux infections nosocomiales, elles ne sont pas exceptionnelles en psychiatrie, comme le montrent les exemples ci-dessous.

Tableau 8 : Infections nosocomiales dans deux CHS (2008-2010)

Nombre d'infections nosocomiales	2008	2009	2010
CH Henri Laborit	7	16	36
CH Sainte Anne (*)		32	Nd

Source : responsables assurance qualité des établissements –

(*) champ : services de santé mentale uniquement dans cet établissement qui a une activité MCO

Les effets secondaires des traitements des malades mentaux posent des problèmes multiples :

- d'une part, ils surviennent dans des disciplines somatiques souvent mal connues des psychiatres. Les hôpitaux psychiatriques ne s'organisent pas tous de la même manière pour remplir cette mission, la médecine somatique intervenant en santé mentale est une activité difficile, qu'il faut aider à organiser ;
- mais surtout le fait que **des malades soient contraints de prendre un traitement qui comporte des risques non négligeables** pose un problème nouveau, qui ne semble pas avoir été débattu. En effet le rapport bénéfice/risque n'est pas le même qu'ailleurs : le bénéfice se lit pour le malade sans doute, mais aussi pour les proches et la société, alors que **le risque n'est que pour le malade**.

¹⁶⁸ Rien qu'au CH Henri Laborit, deux départs de feu sont signalés en 2009 : patient fumant dans son lit, mégot oublié...

¹⁶⁹ L'ARS d'Aquitaine signale un décès après électrochoc dans une clinique chez un malade de 81 ans.

¹⁷⁰ On note dans les enquêtes IGAS et ARS plusieurs décès dans un tableau d'occlusion aiguë (CHS Sainte Marie, CHI des Portes de l'Oise...). On note également plusieurs morts subites.

Il faut prendre conscience des risques liés aux effets secondaires lors de la prise de traitements au long cours, et en tirer les conséquences thérapeutiques. Le suivi somatique devrait être obligatoirement organisé en même temps que le suivi psychiatrique. En son absence, un malade mental soumis à un traitement sous contrainte ambulatoire qui développerait des complications (métaboliques, cardiaques neurologiques, etc.) pourrait être fondé à se retourner contre l'Etat ou l'établissement pour demander réparation.

Recommandation n°50 : Informer les malades et leur entourage des risques possibles des traitements et de la nécessité de la surveillance. Assurer aux malades traités sous contrainte en ambulatoire (sortie d'essais ou futurs soins ambulatoires sans consentement) un suivi somatique étroit, qui doit faire l'objet de protocoles et de documents de suivi.

3.3.2. Les modalités d'organisation de la continuité des soins ne permettent pas toujours d'éviter la rupture thérapeutique ou la reprise d'addictions.

3.3.2.1. Nombre d'accidents survenus à l'extérieur de l'hôpital ont lieu à la suite d'une rupture thérapeutique ou d'une reprise d'addictions.

Pour le malade, la sortie de l'hôpital signifie souvent le retour à une vie normale, avec tout ce que cela implique en terme d'habitudes de consommation (régime, alcool, drogues éventuelles), et de sexualité, alors que les médicaments neuroleptiques ont pour effet de faire baisser sensiblement la libido. A la sortie, le malade retrouve le goût de la liberté, et avec elle l'envie de « *rester une personne indépendante, autonome et libre, quoi qu'il advienne* »¹⁷¹.

Recommandation n°51 : Rechercher par des contrôles biologiques les toxiques associés (alcool, drogues). Rappeler aux malades ambulatoires en soins sans consentement que la prise de toxiques est néfaste à leur état et oblige à les rehospitaliser au moindre problème.

Outre la reprise des addictions, dans plusieurs affaires, on observe qu'un malade, suivi très régulièrement par son médecin psychiatre, prend progressivement de la distance avec son traitement, se met à choisir ce qu'il veut bien continuer à faire ou pas. Ces ruptures thérapeutiques partielles ou totales sont en outre facilitées par la prescription d'un traitement évoluant d'une forme retard ou injectable vers une forme orale au moment de la sortie. On remplace un mode d'administration vérifiable (parentéral) pour un autre qui l'est moins (prise orale à l'initiative du malade), alors même que cette modification peut induire des complications au traitement une fois le malade sorti.

Les passages à l'acte violent sont inversement corrélés à la compliance au traitement, à la prise de conscience du malade qu'il a besoin d'être traité et aux effets ressentis du traitement. Aux Etats-Unis, une étude réalisée auprès de 262 patients psychotiques ou présentant des troubles de l'humeur plusieurs fois réhospitalisés¹⁷², a démontré une plus faible incidence des comportements violents pour les patients faisant l'objet d'une mesure légale d'obligation de soins (« *involuntary*

¹⁷¹ « *Patients difficiles : les leçons d'un échec* », A. BOTTERO, Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2007 ; 30 : 13-15

¹⁷² « *Treatment engagement and violence risk in mental disorders* », E.B. ELBOGEN., R. A. VAN DORN, J.W. SWANSON, M.S. SWARTZ, J. MONAHAN, Br. J. Psychiatry, 2006;189:354-360

outpatient commitment »)¹⁷³ d'une durée supérieure à 6 mois. Le risque de violence était plus faible lorsque l'injonction était associée à un suivi ambulatoire régulier, au respect de la médication et à l'absence de prise de drogues.

Les études internationales ont établi que les 20 premières semaines qui suivent la sortie de l'hôpital présentent le plus de risque de comportements violents et nécessitent une prise en charge intensive¹⁷⁴. Le rapport Mac Arthur estime notamment que 60 % des agressions ont lieu pendant cette période¹⁷⁵. Plus les soins sont rapprochés, plus le risque de violence diminue. L'étude de l'ATIH montre que près de 70 % des patients hospitalisés sans leur consentement en 2009 ont bénéficié d'une hospitalisation à temps partiel ou d'un suivi ambulatoire (tableaux 8 à 10 de l'annexe 4 et annexe 2). Ce chiffre paraît satisfaisant au regard des risques de rechute liés à l'absence de suivi ambulatoire. Il n'a cependant pas été possible de distinguer, pour les 21 000 patients n'ayant pas bénéficié d'un suivi ambulatoire en 2009, ceux qui sont effectivement sortis de l'hôpital sans suivi de ceux qui n'avaient pas terminé leur séjour à l'hôpital fin 2009.

De même, il n'a pas été possible de distinguer, parmi les 158 patients hospitalisés d'office qui ont été jugées pénalement irresponsables des faits qu'ils ont commis (article 122.1 du code pénal premier alinéa et article L3213-7 du code de la santé publique) et n'ayant pas bénéficié d'un suivi ambulatoire en 2009, la proportion de ceux qui sont sortis en 2009 sans bénéficier d'un suivi ambulatoire et ceux qui sont toujours hospitalisés. La littérature a établi pour ces patients violents un risque de récurrence sensiblement supérieur à celui de la population générale. J.-L. DUBREUCQ¹⁷⁶ cite l'exemple du suivi de ces patients en Finlande, qui illustre le lien entre la rupture de soins et l'obligation de soins. Ce pays a mis en place une obligation de suivi ambulatoire contraignante pour les patients criminels admis en psychiatrie par ordonnance des tribunaux. Plusieurs études ont montré que ces patients n'ont pas commis de crime violent pendant la période d'application de cette mesure, jusqu'à sa suppression en 1978 (soit une période de 4 à 9 années selon les patients). Dans les années qui ont suivi sa suppression, 7 meurtres et 9 agressions graves ont été commis par des patients présentant les mêmes caractéristiques, qui n'étaient plus contraints. Les chercheurs finlandais¹⁷⁷ concluent que le risque d'homicide par un patient hospitalisé à la suite d'un crime est 300 fois plus élevé s'il n'est pas soumis à une obligation de soins dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital que dans la population générale.

¹⁷³ Dans 35 Etats des Etats-Unis, l' « *outpatient commitment* » fait partie des mesures décidées par le juge pour contraindre un malade rétif au traitement ou atteint d'une pathologie grave à prendre son traitement une fois sorti de l'hôpital.

¹⁷⁴ « *Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods* », Henry J. STEADMAN, Edward P. MULVEY, John MONAHAN, Pamela Clark ROBBINS, Paul S. APPELBAUM, Thomas GRISSO, Loren H. ROTH, and Eric SILVER. *Archives of general psychiatry* 55.5 (1998).

¹⁷⁵ « *Rethinking risk assessment : the Mac Arthur Study of mental disorder and violence* », J. MONOHAN, H. STEADMAN, E. SILVER, P. APPELBAUM, P. ROBBINS, E. MULVEY, L. ROTH, T. GRISSO, S. BANKS, *Psychiatric Bulletin* 2003 27: 237-238

¹⁷⁶ « *Risque de violence et troubles mentaux graves* », J.-L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILLAUD, *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005) 852-865

¹⁷⁷ « *Disorders and homicidal behavior in Finland* », ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J. *Mental. Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497-501. et HODGINS S, JANSON C. « *Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm metropolitan project.* » Cambridge: Cambridge University Press; 2002.

Les mesures mises en place par les établissements pour accompagner les patients avant et après la sortie de l'hôpital dépendent des services. Au CH Saint Anne, par exemple, des protocoles sont parfois signés par les patients les plus à risques. D'après l'ATIH, au niveau national, le nombre médian d'actes ambulatoires est de l'ordre d'une vingtaine pour les patients HO ou HDT qui bénéficient d'une prise en charge à temps partiel, et de moins de 10 pour les patients uniquement suivis en ambulatoire à leur sortie. Ces chiffres paraissent peu compatibles avec les recommandations de la littérature qui incitent à la mise en place d'un suivi régulier dans les 20 premières semaines, suivi qui devrait être encore plus rigoureux pour les patients présentant le plus de risques.

Par ailleurs, seuls quelques territoires disposent d'équipes mobiles intersectorielles d'urgence ou de post-urgence psychiatrique qui interviennent au domicile des patients ou sur le lieu de la crise pour permettre la prise en charge de pathologies psychiatriques sévères, prévenir les hospitalisations d'urgence ou traiter la crise.

Exemples d'équipes mobiles

La première équipe mobile, dont le territoire d'intervention couvre quatre secteurs des Yvelines, a été créée en 1994 (équipe « ERIC » du CH Charcot à Plaisir). Son évaluation a montré que les patients pris en charge présentent, à court terme, un taux d'hospitalisation plus faible et une durée d'hospitalisation plus courte que dans un secteur conventionnel¹⁷⁸. Le CH Saint Anne a mis en place depuis 2007 une équipe mobile d'intervention à domicile (EMAD), dédiée à des visites ambulatoires, et une équipe mobile d'intervention en cas d'urgence (EMI).

Il existe par ailleurs en France une quarantaine d'unités mobiles « *psychiatrie et précarité* », dédiées à la prise en charge des patients précaires ou en voie d'exclusion¹⁷⁹, et quelques équipes mobiles dédiées psychiatrie infanto-juvénile (CHRU Rennes, EPSM Lille Métropole, CHI Clermont de l'Oise, CH du Rouvray, CH de Gonesse, CH Sainte Anne)¹⁸⁰.

Recommandation n°52 : Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée au cours des 20 premières 20 semaines. En cas de soins sous contrainte ambulatoire, l'informer de ses droits et obligations (traitements à suivre à la lettre, toxiques à proscrire, lieux ou personnes à éviter).

Recommandation n°53 : Evaluer l'apport des équipes mobiles intersectorielles dans la prise en charge des patients suivis en ambulatoire.

¹⁷⁸ "Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up", M. ROBIN, M. BRONCHARD, S. KANNAS, Social Psychiatry psychiatric Epidemiology, vol 43, n°6, Juin 2008

¹⁷⁹ En application de la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

¹⁸⁰ Source : Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, avril 2008

3.3.2.2. *L'absence de continuité dans la prise en charge rend difficile la détection des signaux précurseurs au passage à l'acte.*

En psychiatrie, l'importance du lien relationnel tissé entre le patient et l'équipe de soins, et la connaissance intime qu'ont les infirmières (et l'entourage) des signes précurseurs du passage à l'acte sont soulignés par tous comme un des facteurs majeurs de réussite. Pourtant le patient n'est pas toujours suivi par la même équipe de soins en ambulatoire et à l'hôpital. La DREES relève que dans la plupart des cas, le médecin désigné comme référent pour un patient hospitalisé, assure également son suivi ambulatoire, mais l'infirmier référent pour l'hospitalisation à temps plein le reste rarement pour l'ambulatoire¹⁸¹. Dans certains établissements, l'inspection a vu des équipes de soins dans les structures extrahospitalières travailler de manière autonome, parfois sans grand lien avec les autres équipes¹⁸². D'autres équipes, au contraire, s'efforcent de nouer un lien durable entre le praticien, les personnels soignants et le patient. A Sainte Anne, chaque patient est suivi par deux praticiens intra muros et les patients les plus difficiles peuvent bénéficier d'un suivi ambulatoire assuré par deux infirmiers référents.

Recommandation n°54 : Pour les équipes disposant d'effectifs infirmiers importants, expérimenter la mise en place d'un infirmier référent.

3.3.3. **La coopération avec les forces de sécurité a globalement progressé.**

La bonne coordination des interventions des équipes soignantes et des forces de sécurité repose d'abord sur la qualité des relations entretenues par la direction de l'établissement avec les forces de sécurité. Par exemple, lorsqu'il est nécessaire de maîtriser un patient hospitalisé d'office, l'équipe du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du CH Sainte Anne considère que le fait de se déplacer ensemble dans les lieux fait l'objet d'un consensus, mais, une fois sur place, elle ne fait appel aux forces de sécurité qu'en dernier recours. Dans quelques territoires, il est rapporté des divergences de position entre les équipes soignantes et les forces de sécurité¹⁸³. Le CGLPL cite le cas en Auvergne d'un directeur départemental de la sécurité publique qui considère que « *la présence systématique de fonctionnaires de police en uniforme lors d'hospitalisations d'office s'avère plus de nature à faire dégénérer une situation qu'à la gérer de façon sereine.* » (correspondance en date du 12 janvier 2009). A contrario, en Bretagne, il est rapporté le cas d'un CHS qui a instauré une formation sur les HO et les HDT au profit des gendarmes.

¹⁸¹ 74 % des infirmières, 75 % des aides soignantes, 85 % des ASH sont des femmes d'après « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* ». Série Etudes n° 70 DREES novembre 2007 ; M.COLDEFY et J. LEPAGE.

¹⁸² « *La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », rapport IGAS 2007-033 P, H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, juillet 2007

¹⁸³ Les forces de l'ordre sont seules habilitées à interpellier une personne qui refuse d'être hospitalisée dans un lieu clos ou sur la voie publique et à pouvoir intervenir sur autorisation du parquet pour pénétrer à l'intérieur du domicile et remettre le patient au personnel soignant de l'établissement.

L'exemple de Memphis (Etats-Unis) pour réduire l'appréhension des policiers et diminuer les accidents

En 1988, à la suite d'un fait divers tragique, où un malade mental a été tué par des policiers alors qu'il retournait un couteau contre lui, la ville de Memphis a mis en place une équipe spécialisée d'intervention en cas de crise (« *Memphis police crisis intervention team* »). Les policiers volontaires pour intégrer cette équipe suivent une formation de 40 heures à la reconnaissance de la maladie mentale, à la pharmacothérapie, aux techniques permettant de désamorcer les conflits, avec plusieurs visites dans les établissements spécialisés. Plusieurs villes des Etats-Unis ont développé le « *Memphis model* » (Houston, Charlottesville...). Ce programme a permis d'améliorer sensiblement la prise en charge des malades mentaux par les policiers, de nouer des relations de confiance avec les familles, et finalement de diminuer le nombre de malades mentaux tués ou blessés lors de leur interpellation. D'autres villes l'ont décliné en formant uniquement les jeunes recrues et sans spécialiser les équipes d'intervention, sans résultats probants (Portland).

Globalement, les interlocuteurs de la mission ont souligné l'intérêt des outils qui ont été localement mis en place et qui permettent d'organiser la coopération des services.

Dans chaque établissement, un correspondant issu du service de police ou de gendarmerie de la zone concernée a été désigné et formé en 2010 pour être l'interlocuteur du directeur de l'établissement de santé, afin notamment de mettre en œuvre des patrouilles de police périodiques, des procédures d'alerte, des diagnostics de sécurité, à la demande du directeur¹⁸⁴. 120 référents exercent leurs fonctions dans 94 départements, la couverture nationale devant être achevée d'ici mars 2011. En 2010, ces référents ont réalisé 5 consultations (conseils au directeur du site) et deux diagnostics de sûreté, visant à la mise en place d'une stratégie de sécurisation du site (CHS Montperrin à Aix en Provence, Hôpital de la Conception à Marseille).

En outre, 83 protocoles ont été signés localement, qui organisent la collaboration entre les services de police et les centres hospitaliers¹⁸⁵. Par exemple, le protocole du CH Laborit de Poitiers signé en 2009 prévoit des dispositions relatives à la sécurisation du site, la conduite à tenir en cas d'infraction, d'agression, de fugue d'un patient, le cas des patients à hospitaliser d'office, le transport des détenus, la saisie des armes ou de produit suspect, l'organisation des interventions de la police dans l'établissement en cas d'enquête. Au CH de Saint Egrève, la recherche et la réintégration des personnes placées en HO ont été formalisées avec la préfecture et un protocole est signé entre chaque structure extra hospitalière et le service de gendarmerie ou de police territorialement compétent¹⁸⁶. Le CH Ballanger à Aulnay-sous-Bois bénéficie de rondes régulières des services de police nationale depuis la signature d'un protocole Santé-sécurité avec le Commissariat en 2006. Un protocole a également été signé avec la police municipale de Villepinte¹⁸⁷.

¹⁸⁴ protocole signé entre le Ministère de l'Intérieur et celui chargé des ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille visant à renforcer leur coopération en matière de prévention de la violence et d'aide aux personnels hospitaliers au sein des établissements de santé publics et privés ainsi qu'à leurs abords.

¹⁸⁵ On ne dispose pas du nombre de protocoles signés entre les services de la gendarmerie et les CHS, mais ces derniers sont majoritairement situés en zone police.

¹⁸⁶ Enquête de l'ONVH à l'hôpital psychiatrique de Saint Egrève le 20 novembre 2008

¹⁸⁷ Source : ONVH

Recommandation n°55 : Dans les départements où la coopération des services paraît mal assurée, il serait souhaitable que les équipes soignantes des établissements organisent, en partenariat avec le référent du service de police ou de gendarmerie, une session de sensibilisation des forces de sécurité aux spécificités de la prise en charge d'un malade mental.

3.4. La gestion des ressources humaines joue un rôle décisif dans la politique de prévention des accidents.

L'ensemble des indicateurs relatifs à la gestion des ressources humaines participe au diagnostic du fonctionnement général d'un établissement, au bénéfice ou au détriment de la sécurité et de la qualité des soins aux malades.

Les situations en matière de gestion et d'organisation des ressources humaines qu'a rencontrées l'IGAS dans les établissements contrôlés sont très différentes d'un établissement à l'autre. En dépit des difficultés qu'ils rencontrent, les personnels, dans la grande majorité, sont attachés à leur métier et s'efforcent d'offrir aux patients des soins de qualité. Ces efforts ne permettent toutefois pas toujours d'éviter la survenue des accidents.

Il ressort des enquêtes de l'IGAS que les mauvaises conditions de travail ont un effet négatif sur la sécurité du personnel et des patients. Des effectifs insuffisants, des plages de travail trop longues, le cumul d'emplois, une présence insuffisante de l'encadrement, une valorisation insuffisante des compétences, l'absentéisme sont autant de facteurs qui s'accumulent et finissent par jouer un rôle prépondérant dans la survenue des accidents, dans la mesure où ils ont pour effet une baisse du niveau de vigilance des personnels, une surcharge de travail et de stress, et une diminution du temps disponible pour les malades.

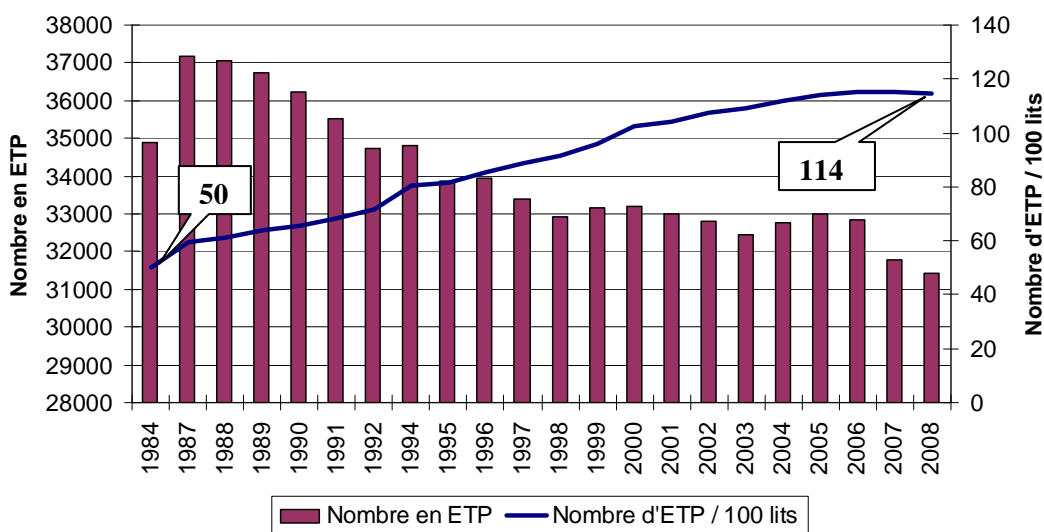
3.4.1. Malgré une croissance régulière des effectifs rapportés aux lits, certains établissements peuvent connaître des déficits localisés

L'insuffisance des effectifs, infirmiers ou médicaux, est régulièrement mise en avant pour expliquer la dégradation de la qualité des soins. Cet argument est souvent invoqué par le personnel soignant pour renoncer à certains éléments des programmes thérapeutiques auparavant mis en œuvre, tels que l'organisation de sorties pour les personnes hospitalisées sans consentement, qui doivent obligatoirement être accompagnées.

- **En réalité, le nombre d'infirmiers employés dans les CHS a diminué, mais le ratio etp soignant par lit s'est amélioré.**

Les personnels infirmiers ont vu leurs effectifs réduits de 15 % au cours des deux dernières décennies (passant de 37 000 ETP en 1987 à 31 000 ETP en 2008). Pour autant le rapport entre le nombre d'ETP infirmiers pour 100 lits a presque doublé au cours de la période. Une telle évolution montre qu'une partie des effectifs infirmiers a bien été redéployée dans les CMP pour développer l'offre de soins ambulatoire.

Schéma 3 : Personnels infirmiers en ETP et ETP / 100 lits dans les CHS (1984-2008)

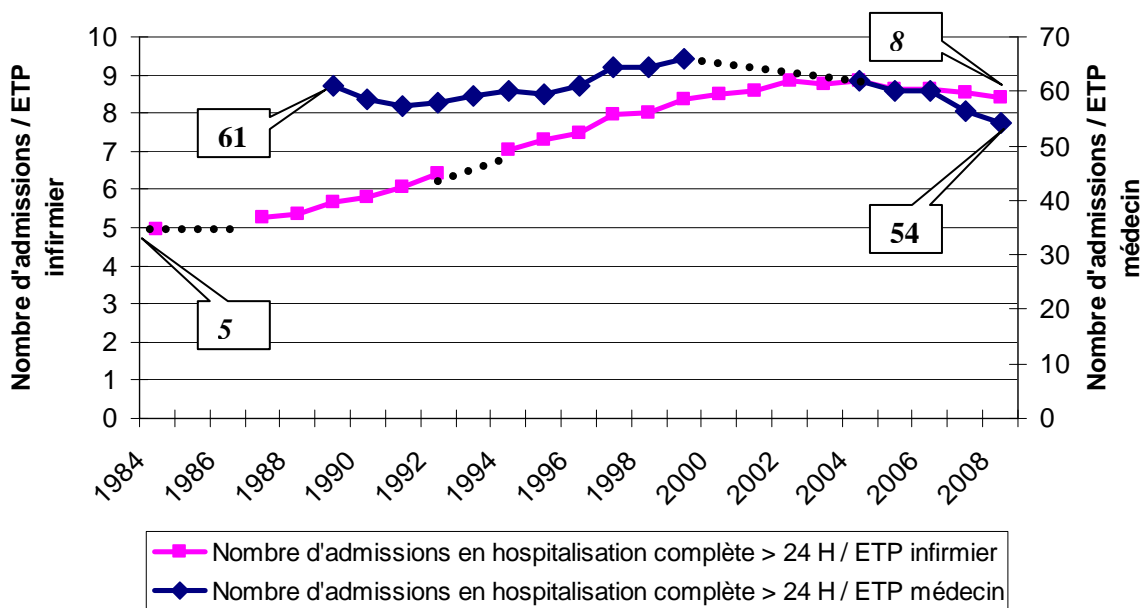


Source : Mission à partir des données en ligne Ecosanté

➤ **Cependant la charge de travail du personnel infirmier s’est accrue.**

La diminution du nombre de lits en hospitalisation complète s’est accompagnée d’une augmentation du nombre des admissions, du fait d’une plus courte durée de séjour, et d’une intensification des soins. Au cours des vingt dernières années, le nombre d’admissions en hospitalisation complète est passé de 5 à 8 pour un ETP infirmier, et de 61 à 54 pour un ETP médecin. **La charge de travail des infirmiers en hospitalisation complète s’en est trouvée alourdie, au contraire de celle des praticiens.**

Schéma 4 : Nombre d’admissions en hospitalisation à temps complet par ETP médecin et par ETP infirmier au cours de la période 1984-2008

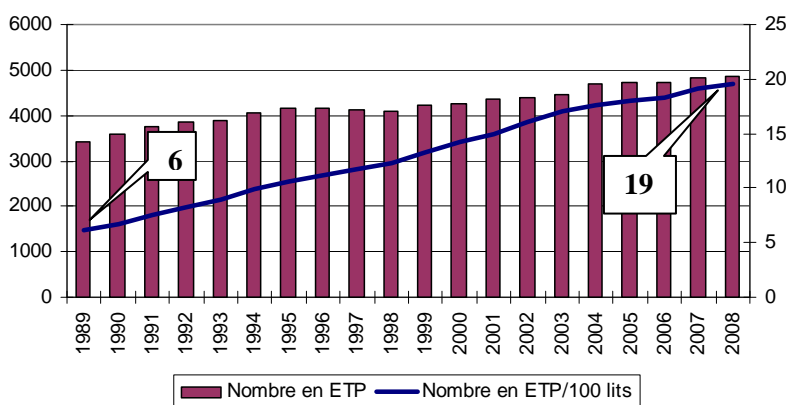


Source : mission à partir des données Ecosanté et SAE en ligne
 Note : les données annuelles indisponibles figurent en pointillés

➤ **Le nombre de personnels médicaux, toutes disciplines confondues, employés dans les CHS a régulièrement augmenté depuis 1989.**

Dans les CHS, les deux dernières décennies ont vu le ratio médecins/lits multiplié par trois, de 6 ETP pour 100 lits en 1989 à 19 ETP pour 100 lits en 2008. Là encore, l'activité médicale s'est recentrée sur le suivi ambulatoire des malades, parallèlement à la diminution du nombre de lits. Au cours des quatre dernières années, le nombre de psychiatres est en légère diminution dans les établissements PSPH (- 1 % en 2009 par rapport à 2004), mais continue d'augmenter régulièrement dans les CHS (+ 6 % par rapport à 2004).

Schéma 5 : Personnels médicaux en ETP et en ETP / 100 lits dans les CHS (1989-2009)



Source : Calculs mission à partir des données Ecosanté et SAE

Cette situation a priori confortable masque une répartition inégale de l'offre dans le territoire, selon les établissements et les secteurs (voir en annexe 9 la dernière analyse de la DREES à partir des données disponibles en 2003). L'IGAS et le CGLPL¹⁸⁸ ont vu des établissements qui rencontrent des difficultés pour recruter des médecins psychiatres ou des personnels soignants infirmiers et où l'insuffisance des effectifs peut conduire à une dégradation de la qualité des soins, dès lors que l'encadrement n'a pas pris les mesures nécessaires pour pallier le déficit (réaffectation des effectifs, redéploiement des tâches, recours au travail temporaire ou aux heures supplémentaires...).

Dans la palette des stratégies possibles, certains privilégient la promotion interne des aides-soignants pour remédier au manque d'infirmiers, notamment la nuit et les week-ends. D'autres recrutent des aides-soignants (PACA) ou embauchent des praticiens contractuels (Picardie). D'autres pratiques sont plus contestables et ne produisent pas les effets attendus, comme la mise en place de conditions de travail particulièrement favorables extra-statutaires pour les médecins (Picardie) ou l'attribution aux personnels soignants d'avantages sociaux dérogatoires de la convention collective (PACA).

Recommandation n°56 : Favoriser les mutations de PH en psychiatrie dans les zones faiblement pourvues. Réfléchir à la création pour les IDE de masters en soins infirmiers psychiatriques.

¹⁸⁸ Rapport d'activité 2008 du CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE

➤ **Le temps de travail disponible auprès des malades a diminué en dépit de l'augmentation des effectifs.**

Plusieurs phénomènes ont joué : d'une part la réduction du temps de travail (RTT) et la réforme des gardes médicales ont diminué pour tous et partout le temps de travail disponible des médecins ou des infirmiers. Mais à ce phénomène général s'est ajouté par endroits l'effet de négociations trop favorables, voire laxistes.

Le contrôle de l'IGAS réalisé en 2007 portant sur la gestion des ressources humaines¹⁸⁹ montrait que le temps de présence médicale avait chuté de 20 % entre 2001 et 2005 dans certains établissements. L'inspection avait constaté également dans plusieurs établissements des conditions particulièrement avantageuses en matière de décompte des congés annuels et de mise en place du protocole RTT, qui a pu conduire à une réduction du temps de présence des personnels soignants, et à une diminution du temps disponible pour les malades.

Exemples d'avantages consentis dans deux établissements

- Le CH E. Toulouse de Marseille (enquête réalisée en 2007)

L'impact du protocole d'accord en heures non travaillées par rapport aux obligations réglementaires équivaut à une fourchette de 30 à 35 ETP (rapporté à un total de 962 ETP en 2006). Il prévoit des amplitudes journalières et une gestion des tableaux de service qui paraît plus se situer dans l'intérêt des personnels que dans les besoins fonctionnels du service. Trop d'agents sont présents le week-end et insuffisamment en semaine, ce qui conduit à un recours massif aux heures supplémentaires.

- Le CH de Pau (enquête réalisée en 2005)

Le décompte des congés annuels et la durée annuelle de temps de travail dérogent à la réglementation.

Les agents à repos variables, qui travaillent 1488 heures au lieu des 1540 heures légales, bénéficient de 18 jours de repos hebdomadaires supplémentaires par rapport aux textes (soit au total 122 jours). Les agents à repos fixe qui travaillent 1 548 heures (au lieu des 1 568 heures légales) bénéficient de 48 jours RTT, ceux qui travaillent à repos variable de 16 jours RTT (pour une durée annuelle de 1 488 heures). Une journée de congé est accordée pour 3 dons de sang par an (cela concerne 10 % des agents), ainsi qu'aux récipiendaires de la médaille du travail. Le travail des personnels soignants est organisé par roulement, correspondant à 4 jours de travail suivis de 2 jours de repos, sans personnel dédié à la nuit. Le temps de repas est intégré dans le temps de travail quelle que soit la catégorie du personnel (30 minutes, ce qui représente l'équivalent de 37 postes pour les personnels qui ne devraient pas bénéficier de ce temps). Un forfait de 4 jours de temps d'habillage est accordé à tous les personnels, ce qui représente 12 postes pour les personnels à repos fixe qui ne devraient pas en bénéficier.

¹⁸⁹ «La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie», H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, Rapport IGAS 2007-033 P, juillet 2007

Recommandation n°57 : Inscrire la renégociation des avantages sociaux dérogatoires dans une démarche de refondation des ressources humaines. Prendre en compte les dimensions d'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation, la rémunération et l'évaluation des personnels.

3.4.2. Le temps de présence des personnels est presque partout réduit

Comme on l'a vu, le temps que les équipes soignantes consacrent aux malades a diminué au cours de la dernière décennie, du fait des vacances de postes médicaux ou infirmiers ainsi que par l'effet combiné de la RTT et de la réforme des gardes médicales. D'autres facteurs viennent diminuer le temps restant disponible : une présence médicale insuffisante, l'absentéisme des personnels (cf. infra). Cette évolution est défavorable aux malades, dans la mesure où, en psychiatrie plus que dans d'autres disciplines médicales, l'aspect relationnel est fondamental.

3.4.2.1. Une présence médicale parfois insuffisante

L'absentéisme ou le manque d'assiduité des praticiens peuvent contribuer au délaissement des malades. Dans deux établissements ayant fait l'objet de signalements, l'inspection a relevé une présence médicale insuffisante, qui avait pour conséquence de graves dysfonctionnements, tant dans la conduite du service et l'encadrement des équipes, que dans le diagnostic, le suivi et les soins prodigués aux patients.

Exemples de présence médicale problématique

A la suite d'une enquête réalisée en 2010 dans un établissement picard, l'inspection a constaté que les médecins qui n'exercent pas une activité d'intérêt général conventionnée et située dans le département ont la possibilité d'être absents une journée par semaine, sans justification. La durée de la journée de travail est raccourcie. Certains praticiens habitant la région parisienne arrivent vers 10h00 et repartent vers 16h00.

En 2010, dans un établissement de la région PACA, les psychiatres effectuent de nombreuses autres activités que leur activité de soins à l'hôpital ou en CMP. En semaine, la présence constatée des psychiatres n'atteint pas 50 % des effectifs prévus dans les services. Leur présence n'est pas prévue le samedi, le dimanche et les jours fériés. La pauvreté des dossiers médicaux des malades reflète une carence générale. Le temps de présence médical n'est jamais contrôlé, les tableaux de service prévisionnels et réels ne sont pas tenus, et comme les médecins ne badgent pas, il n'est pas possible de vérifier l'heure d'arrivée ni l'heure de départ. Les médecins bénéficient par ailleurs des avantages accordés à l'ensemble des salariés en matière de congés (21 jours de RTT, récupération des jours fériés qui tombent le week-end...).

Certains chefs de service et praticiens hospitaliers consacraient la quasi totalité de leur temps aux consultations cliniques et délaissaient leur rôle institutionnel, de coordination et d'organisation des équipes (deux établissements de PACA, un établissement en Haute Normandie). Cette réduction du temps de présence contribue à terme à une dégradation de la qualité de la prise en charge. La littérature a montré que le manque de communications entre les professionnels de la santé et entre le personnel soignant, et les patients et leurs familles, a été associé aux incidents liés à la sécurité

des patients. Il se commet moins d'erreurs liées à la sécurité des patients dans les systèmes où le personnel est bien coordonné et reçoit beaucoup de rétroactions¹⁹⁰.

Enfin, il faut souligner qu'une rotation rapide des cadres de santé dans certains secteurs ou pavillons est complexe à gérer pour les équipes soignantes et les médecins chefs de service, comme l'a mis en évidence une mission réalisée dans un CHS en Picardie. Une prise en charge de qualité découle en partie de la stabilité, de la complémentarité et de la bonne entente du duo médecin - cadre supérieur de santé. Cette relation étroite rassure les membres de l'équipe et les conforte dans leur activité.

Recommandation n°58 : Pour les établissements concernés, assurer le contrôle du service fait et de la présence médicale, étudier les motifs de démotivation ou d'absence des praticiens. Le suivi l'indicateur de la durée moyenne de séjour des patients par unité de soins s'avère à cet égard pertinent.

3.4.2.2. *L'absentéisme des personnels soignants.*

Un fort taux d'absentéisme dans une équipe ou un service est souvent le signe d'un malaise plus profond. Fort heureusement ce n'est pas toujours le cas, mais la charge de travail, le stress lié à l'organisation du travail¹⁹¹, peuvent jouer un rôle prépondérant dans l'apparition de ce phénomène. Dans les CHS où l'IGAS a enquêté après un accident ou la dénonciation de faits de maltraitances, l'inspection a souvent trouvé un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne nationale (qui est d'environ 10 %), et des écarts sensibles avec les autres services. Les personnels interrogés ont évoqué leurs difficultés à mettre en œuvre un travail clinique convenable et exprimé un réel découragement. Beaucoup ont évoqué la « *perte du sens* » de leur métier et ont alors eu le sentiment d'une dégradation des conditions de travail.

L'absentéisme dans deux établissements de la région PACA, ayant fait l'objet de signalements :

- Dans le premier établissement, l'accord RTT prévoit que toute absence inférieure ou égale à 5 jours ouvrés consécutifs ne donne pas lieu à décompte de droit RTT, ce qui permet en cas de plusieurs absences de 5 jours au cours de l'année de conserver l'intégralité des droits. Un infirmier diplômé d'Etat (IDE) est en moyenne absent 38 jours dans l'année, un aide-soignant 47 jours.
- Dans le second établissement, en l'absence de délai de carence, les salariés qui cumulent plusieurs activités peuvent s'absenter sans risquer de perdre leur rémunération – les arrêts maladie inférieurs ou égaux à 3 jours représentent 80 % des types d'absence en 2009. Un salarié est en moyenne absent 24 jours dans l'année (2009). Les ASH détiennent le record, toutes qualifications confondues avec plus de 60 jours annuels d'absence. L'absentéisme atteint un niveau hors normes

¹⁹⁰ « *Safe staffing and patient safety literature review. Report for the Australian Council for Quality and Safety in Health Care (Australian Resource Centre for Hospital Innovations, 2003)* » cité par BRICKELL, T. A., NICHOLLS, T. L., PROCYSHYN, R. M., MCLEAN, C., DEMPSTER, R. J., LAVOIE, J. A. A., SAHLSTROM, K. J., TOMITA, T. M., & WANG, E. (2009) dans « *La sécurité des patients et la santé mentale* », Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario

dans certains pôles. Par exemple, un pôle de psychiatrie générale enregistre un taux d'absentéisme de 34 %, de jour comme de nuit (décembre 2009). Dans le pôle spécialement aménagé de psychiatrie, qui comprend l'USIP, le taux d'absentéisme double entre le jour et la nuit (de 18 % à 40 %).

... et dans deux établissements, n'ayant pas fait l'objet de signalements :

- Au CH Henri Laborit (Poitiers), l'absentéisme lié aux congés maladies est de 21 ETP agents / an, celui des congés maternités 10 postes agents / an (effectif de 763,8 ETP au 31/12/2009), soit un taux d'absentéisme de 4 %.
- Au CH Sainte Anne (Paris), le taux d'absentéisme atteint 7,5% en 2009 (soit 20 jours d'absence par ETP hospitalier). Il varie de 8 % à 10 % selon les catégories de personnels et l'équipe de jour et de nuit.

Les services confrontés à ce phénomène ne mènent pas toujours la réflexion nécessaire à une allocation plus efficiente des personnels et font appel aux heures supplémentaires et à l'intérim, ce qui peut entraîner d'autres difficultés de fonctionnement (rotation des soignants, difficultés dans la transmission des informations relatives aux patients, esprit d'équipe difficile à construire).

Recommandation n°59 : Lutter contre l'absentéisme des personnels soignants après avoir étudié ses motifs (conditions de travail, management) et, le cas échéant, systématiser les entretiens au retour des personnels absents pour s'informer des causes de l'arrêt. Engager des procédures disciplinaires en cas d'abus évident.

3.4.2.3. Les infractions à la durée légale du temps de travail

Quelques régions (notamment l'Ile de France et la région PACA) sont confrontées au cumul d'emplois par les personnels soignants. Dans un établissement de la région PACA, il est ressorti que 30 % des aides-soignants travaillant de nuit avaient déclaré aux services fiscaux plusieurs employeurs (2008) – ce taux étant probablement sous estimé en raison de l'importance du travail non déclaré. Dans le cas d'espèce, la baisse de vigilance des personnels peut expliquer le fait que l'on découvre parfois le matin, des malades traumatisés dans leur lit, sans que personne ne paraisse savoir dans quelles conditions ces événements sont survenus.

S'agissant des praticiens, l'IGAS a également constaté des infractions à la législation en matière de durée du travail, telle qu'une durée de travail supérieure à la durée maximale légale¹⁹², ou du non respect des dispositions relatives au repos de sécurité.¹⁹³ Bien qu'il soit interdit aux praticiens de travailler plus de 24 heures consécutives¹⁹⁴, il arrive que ces derniers ne prennent pas leur repos de sécurité (exemple d'un CHS en Ile de France) ou qu'ils accumulent les gardes et les services de jour.

¹⁹¹ Rapport IGAS 2007-033 P rendu en juillet 2007 par H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER sur la «gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie»

¹⁹² 48 heures au maximum, cf. article 6 de la directive communautaire du 23 novembre 1993

¹⁹³ article 26-10, 31-1, 43-1 du décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

¹⁹⁴ circulaire DHOS/M2/2003 du 6 mai 2003

Enfin, nos interlocuteurs ont signalé des difficultés pour contrôler la durée du travail des travailleurs intérimaires inscrits dans plusieurs établissements. De nombreuses études ont démontré un lien entre des horaires de travail excessifs, la privation de sommeil et le risque de survenue d'un accident, du fait de la fatigue.

Recommandation n°60 : Faire respecter par les personnels la législation relative à la durée légale du travail, en rappelant, si besoin, les obligations légales et les risques encourus par les patients.

3.4.3. L'expérience et la formation du personnel sont déterminantes pour garantir la sécurité des patients.

Certains facteurs ont un effet direct sur la qualité et la sécurité des soins en psychiatrie, au premier rang desquels la formation initiale et continue des personnels, qui doit permettre de prévenir et de gérer les situations difficiles, ou le respect de la durée légale du travail, qui permet de rester vigilant.

3.4.3.1. La formation doit permettre aux personnels de prévenir et de gérer les situations de violence

Le comportement des professionnels joue un rôle fondamental dans les incidents liés à la sécurité des patients. Les taux d'agression, d'automutilation et de fuite sont influencés par la capacité des professionnels à adopter une attitude positive et à contrôler leur peur et leur colère envers les patients¹⁹⁵. D'après la DREES¹⁹⁶, 88 % des secteurs déclarent en 2003 avoir permis à l'un ou plusieurs membres de leur équipe de bénéficier d'une formation adaptée aux situations de violence (contre 75 % en 2000). Cette étude ne précise cependant pas quelles catégories de personnels sont concernées, ni si cette formation est suivie d'exercices pratiqués régulièrement pour entretenir les compétences acquises.

➤ Les nouvelles recrues IDE, du fait de leur manque d'expérience et de formation spécifique, doivent être accompagnées par des personnels expérimentés

Depuis 1992 et la fusion des diplômes IDE et de secteur psychiatrique¹⁹⁷, les établissements recrutent des infirmiers généralistes, dont la formation initiale en psychiatrie a été sensiblement réduite¹⁹⁸. La composition des équipes soignantes s'en est trouvée modifiée, et depuis 2007, les infirmiers IDE sont majoritaires parmi les personnels infirmiers employés dans les CHS (cf. données détaillées en annexe 9). L'inexpérience en santé mentale et l'absence de formation

¹⁹⁵ BOWERS, SIMPSON, & ALEXANDER, 2005 cités par BRICKELL, T. A., NICHOLLS, T. L., PROCYSHYN, R. M., MCLEAN, C., DEMPSTER, R. J., LAVOIE, J. A. A., SAHLSTROM, K. J., TOMITA, T. M., & WANG, E. (2009) dans « *La sécurité des patients et la santé mentale* », Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario

¹⁹⁶ « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* », M.COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007.

¹⁹⁷ Les infirmiers psychiatriques étaient auparavant recrutés par un concours spécifique et recevaient une formation spécifique. Le premier examen d'Etat pour les infirmiers des asiles publics d'aliénés est créé par le décret du 25 décembre 1927.

¹⁹⁸ « *La réforme des études en soins infirmiers, point de vue de professionnels de la psychiatrie et perspective historique* », Pluriels N°83, juin 2010, Mission nationale d'appui en santé mentale

spécifique des jeunes recrues IDE est parfois ressentie dans les services. 85 % des secteurs ont eu en 2003 au cours de l'année des déclarations d'accidents du travail du personnel liés à des agressions (75 % en 2000)¹⁹⁹. Les infirmières sont les principales cibles des agressions physiques²⁰⁰, ce qui s'explique par le fait que les femmes sont majoritaires dans les équipes soignantes²⁰¹ et par le rôle joué par les IDE.

Pour répondre à ce besoin spécifique, un dispositif de tutorat et de compagnonnage a été mis en place de 2003 à 2010. L'évaluation du dispositif par la DGOS en 2010 met en évidence des effets bénéfiques en matière de cohésion des équipes et de fidélisation des stagiaires, qui confirme, lorsqu'il est bien mené, qu'il existe un besoin de formation complémentaire à la formation initiale généraliste pour sécuriser les pratiques des professionnels²⁰². Ce diagnostic rejoint celui porté par nos interlocuteurs.

Recommandation n°61 : Renouveler le dispositif de tutorat et de compagnonnage pour les jeunes recrues IDE.

- **La formation continue doit permettre aux personnels d'acquérir les compétences et la pratique nécessaires au contrôle des agressions.**

Même formé aux techniques de contrôle des agressions, lorsque l'accident survient, le soignant agressé n'a pas toujours le réflexe d'utiliser ses connaissances personnelles pour les mettre en pratique.

Exemples de politique volontariste de formation destinée à sécuriser les pratiques.

- Le CH Henri Laborit (Poitiers) prévoit en 2011 de former 15 agents à la maîtrise des entretiens difficiles, 54 agents à la prise en charge des situations d'agressivité et de violence, 20 agents à la gestion du stress professionnel et 12 agents à la contenance, ce qui représente potentiellement un quart des personnels soignants exerçant dans les unités d'hospitalisation à temps plein²⁰³.

¹⁹⁹ « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 ». Série Etudes n° 70 DREES novembre 2007 ; M.COLDEFY et J. LEPAGE.

²⁰⁰ Etude sur les actes de violence physique de patients présentant des troubles mentaux, hospitalisés, à l'encontre des soignants, réalisée au CH Laborit entre janvier 2006 et mai 2008, citée dans la thèse de M. VOYER : « dangerosité psychiatrique : l'état de la question ; réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux » (Université de Poitiers, 2008)

²⁰¹ 74 % des infirmières, 75 % des aides soignantes, 85 % des ASH sont des femmes. (DREES, série Etudes n° 70, novembre 2007)

²⁰² « Rapport d'étude sur le tutorat / compagnonnage des professionnels infirmiers en psychiatrie », Plein sens, DGOS, septembre 2010

²⁰³ Le CH Laborit (Poitiers) compte 673 personnels soignants en ETP, dont 404 exerçant dans les unités d'hospitalisation à temps plein (SAE 2009).

- Le plan de sécurité du CH Sainte Anne prévoit de garantir un parcours « *formation sécurité* » à tout professionnel. Au cours des quatre dernières années, 104 IDE et 64 professionnels ont participé à la formation en compagnonnage de « consolidation des savoirs », 154 personnes ont suivi la formation de prévention des conduites agressives, principalement des IDE (72 %) et des aides-soignants (19 %) (période 2008-2010). 15 internes ont été formés en 2009 à gérer l'agressivité et les menaces dans leur formation d'accueil et 10 IDE ont été formés en 2010 à la prise en charge du patient en chambres à niveau de sécurité renforcée.

- L'EPSM Lille Métropole a développé en 2004 un programme de formation à la prévention et à la gestion des situations de violence, en partenariat avec le Québec (OMEGA). Depuis 2007, tous les personnels – toutes catégories, soit 1 900 personnes – ont été formés et seront appelés à suivre une formation complémentaire en 2011.

Recommandation n°62 : Mettre en œuvre des formations spécifiques à destination des nouvelles recrues, toutes catégories professionnelles confondues, pour apprendre à prévenir et à gérer les situations d'agressivité

Recommandation n°63 : Développer, dans le cadre de la formation continue, des stages sur les procédures de sécurité, sur la prévention des incidents et la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent et proposer des entraînements physiques réguliers au contrôle des agressions à l'ensemble des personnels (par exemple des exercices de mise en situation par le biais d'activités sportives...)

3.4.3.2. *La valorisation des compétences*

Outre les carences en personnels, la modification des pratiques, l'évolution des modes d'intervention en psychiatrie aurait dû conduire les professionnels à engager une réflexion commune sur les perspectives d'évolution des métiers et la valorisation des compétences, d'autant que l'exercice de la psychiatrie fait intervenir des psychologues, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, et des éducateurs. Cela semble avoir été trop rarement le cas²⁰⁴.

Recommandation n°64 : Il convient, pour les établissements qui ne l'ont pas fait, d'engager une réflexion portant sur l'évolution des métiers et des compétences.

* * *

Au total, le raccourcissement des durées de séjours hospitaliers confronte les équipes à des patients dont l'état nécessite une densité de soins plus importante et rend nécessaire une formation et une coordination rigoureuse des intervenants. Tout effort pour améliorer la sécurité des patients et des personnels, dans et hors les murs, sera vain en l'absence de mobilisation des personnels pour faire émerger la « *culture de sécurité et de qualité* » qui manque encore à certains établissements.

²⁰⁴ « *La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », rapport IGAS 2007-033 P, H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, juillet 2007

3.5. *Les autorités de tutelle ne contribuent pas suffisamment à l'évolution du dispositif hospitalier de santé mentale*

3.5.1. **La sécurisation des hôpitaux ne fait pas partie des priorités stratégiques des établissements et des autorités de tutelle.**

Les aspects organisationnels et techniques de la sécurité, et plus précisément la sécurité incendie ou la sécurité des soins sont abordés au quotidien dans un établissement. Ils sont plus rarement envisagés sous un angle stratégique. Bien souvent, un acte de violence est géré uniquement par l'équipe soignante dans l'unité de soins, sans que soit toujours réalisé le retour d'expérience permettant d'améliorer le processus global. Il faut un accident emblématique pour que la prise de conscience s'opère et qu'une réflexion soit engagée. Par exemple, au CH de Pau, en 2004, la sécurité des personnels faisait bien partie des sujets abordés quelques mois avant l'assassinat d'une infirmière et d'une aide-soignante, mais l'inspection relève dans le procès verbal du CHSCT que l'organisation retenue est demeurée minimaliste au motif que « *l'intervention lors d'une situation de violence [est] un soin* ». Lors du drame, la procédure mise en place lors des situations d'urgence nécessitant la présence de renforts n'était pas opérationnelle et les personnels n'étaient pas dotés du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI).

Exemple d'établissements ayant mis en place des plans d'action à la suite d'un accident

- En 2003, à l'EPSM Lille Métropole, une jeune infirmière, ayant un très bon niveau de judo, mais n'ayant pas osé s'en servir, avait failli être étranglée par un patient hospitalisé d'office. Elle avait été sauvée par l'intervention de trois autres patients, également hospitalisés d'office. Lors de l'agression, son bip s'était cassé. Cet incident a fait prendre conscience à l'établissement des nécessités de mettre à plat ses méthodes. Le CH a consacré une journée de réflexion sur le thème de [la] « *Violence à l'hôpital : comment la prévenir ?* » en présence de 250 professionnels, qui a abouti à une série de propositions.

- En 2005, après le drame de Pau, le CH Sainte Anne à Paris a mis en place un plan global qui aborde la sécurité sous plusieurs aspects : gouvernance, sécurité des personnes et des biens, sécurité incendie, autres risques professionnels (amiante, rayonnements ionisants...), sécurité du système d'information).

L'intérêt des autorités de tutelle pour la sécurisation des établissements psychiatriques paraît également faible sur le plan stratégique. Au cours des cinq dernières années, les DDASS ont généralement attendu qu'un accident grave survienne pour diligenter une mission d'inspection, voire, dans certains départements, n'en ont diligencé aucune. Au niveau régional, les ARH ont concentré leurs efforts sur le développement d'une offre de soins ambulatoires et décliné les orientations des SROS à partir des réflexions nationales et locales, qui n'ont pas permis un rééquilibrage des moyens consacrés, d'une part, à l'hospitalisation traditionnelle, d'autre part, aux structures extrahospitalières.

Comme le montre le tableau ci-dessous, pris globalement, les moyens financiers attribués aux établissements publics et PSPH ont augmenté régulièrement entre 2005 et 2010 (en moyenne annuelle + 2 % par an), un peu plus rapidement que la file active, en hausse de 8,5 % entre 2005 et 2009, alors que les moyens alloués aux établissements croissent de 11% sur la même période. **Les ARH – maintenant les ARS - disposent donc des moyens financiers nécessaires pour mener une politique incitative visant à réorganiser et sécuriser le dispositif de santé mentale, et**

pourraient récompenser les établissements les plus méritants. Toutes les ARS ne le font pas, comme le soulignent certains de nos interlocuteurs, qui regrettent que le montant de la DAF ne tienne pas suffisamment compte des efforts fournis par les établissements pour améliorer directement ou indirectement la qualité et la sécurité des soins aux patients (par exemple, l'ouverture des CMP le week-end...).

Tableau 9 : Financement des établissements psychiatriques par une dotation annuelle et financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (2005-2010)

	2005	2006	2 007	2008	2009	2010
DAF, en M€	7 394,9	7 598,7	7 764,4	7 939,5	8 130, 6	8 239,4
FMESPP, en M€		39,1	60,5	49,1	70, 1	41,1
Total (DAF+FMESPP)	7 394,8	7 637,8	7 824,8	7 988,6	8 200,7	8 280,4
File active (*)	866 159	794 574	943 779	904 274	939 867	n.d.
Total / file active, en €	8 537	9 612	8 291	8 834	8 725	n.d.

Source : DGOS, SAE en ligne – (*) la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, sans double compte) a été estimée sur les 5 dernières années à partir du taux de double compte de 20% relevé en 2009. – n.d. non déterminé

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a permis de financer les dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements de santé à la fois dans le cadre des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », et, dans le cadre du plan de relance 2009-2010, les dépenses liées au financement de la sécurisation des établissements de santé psychiatriques (30 M€) et de la création de quatre nouvelles unités pour malades difficiles (40 M€).

Les crédits de sécurisation attribués dans le cadre du plan de relance pour la sécurisation des établissements de santé psychiatriques ont provoqué un **effet d'aubaine plus qu'ils n'ont participé à la mise en place d'une offre de soins sécurisée**. Les ARH ont répondu généralement aux demandes de crédits qui leur ont été présentées par les établissements, sans garantie que les matériels financés soient effectivement ceux qui sont prioritaires pour l'établissement bénéficiaire.

Les opérations éligibles concernaient la sécurisation des enceintes hospitalières (réduction du nombre de points d'entrée, mise en œuvre d'un système de vidéosurveillance, installation de barrières de contrôle d'accès aux entrées de l'établissement), la création de 200 chambres d'isolement, l'organisation d'unités ou d'espaces fermés ou susceptibles d'être fermés, l'utilisation de systèmes et de dispositifs de surveillance qui permettent aux patients de se déplacer librement sans pour autant sortir de l'établissement ou d'un périmètre particulier de déplacement. Au total, 315 opérations ont été financées pour un montant total de 29,9 M€, dont 8,6 M€ ont été utilisés pour créer 162 nouvelles chambres d'isolement et rénover 189 chambres d'isolement²⁰⁵.

Recommandation n°65 : Les ARS devraient mettre en place des mesures financières incitatives en faveur des établissements les plus dynamiques, en se basant sur des critères stricts et en évaluant les effets obtenus.

²⁰⁵ Bilan de la DGOS

3.5.2. Des efforts d'investissement sont nécessaires pour restructurer et construire des bâtiments adaptés aux évolutions thérapeutiques

Les leçons tirées du XIX^{ème} siècle ont montré les limites du dispositif asilaire (cf. annexe 10). Il n'empêche que la qualité de l'aménagement d'une unité détermine en partie les violences qui peuvent s'y développer.

Les 4 900 bâtiments hospitaliers se caractérisent par leur hétérogénéité. Depuis les années 1970, parallèlement à la diminution du nombre de lits, la plupart des établissements ont engagé des travaux d'« *humanisation* » et d'amélioration des lieux d'accueil. Dans les années 2000, plusieurs plans se sont succédés, qui ont aidé les établissements à développer une politique d'investissement et de modernisation (plan « *psychiatrie et santé mentale 2005-2008* », plan « *hôpital 2007* » et « *hôpital 2012* »). Le patrimoine bâti des établissements est aujourd'hui le fruit de constructions successives, comme le CH Sainte Anne, inscrit à l'inventaire des Monuments historiques, dont la forme en carré central a évolué au fil du temps. Les potagers et les vergers ont été remplacés par des bâtiments hétérogènes où l'architecture du XIX^{ème} siècle côtoie celle des années 1970. Dans l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, l'hospitalisation est réalisée dans un établissement pavillonnaire créé en 1884, représentatif de la fin du XIX^{ème} siècle : 10 pavillons d'hospitalisation entourent un noyau central constitué de bâtiments administratifs ainsi que d'une chapelle. A moyen terme, l'implantation de nouvelles structures est prévue à Clamart et à Boulogne.

Ce mouvement est cependant loin d'être partout achevé. Les plans « *hôpital 2007* » et « *hôpital 2012* » ont permis de moderniser une partie du patrimoine hospitalier, mais ont laissé de côté les chantiers de modernisation lorsque l'état des bâtiments rendait nécessaire des travaux de grande ampleur. Le vieillissement du patrimoine bâti se traduit par des problèmes de sécurité, de conformité des installations, d'accessibilité, de confort des patients, de qualité des services, avec des retards importants et variables selon les établissements. Un environnement physique vétuste, un confort précaire et des locaux mal entretenus sont autant d'éléments qui suscitent chez les malades l'envie de s'en aller.

L'inspection a vu des rénovations de qualité, qui offrent aux malades des conditions d'hospitalisation dignes des standards actuels (CH Henri Laborit de Poitiers, certaines unités du CHI de Clermont de l'Oise), mais a également constaté l'existence de locaux très vétustes, qui ne sont parfois pas conformes aux normes d'hygiène et de sécurité (par exemple un établissement en PACA). Les directions d'établissements justifient parfois l'absence de travaux par la perspective d'une rénovation complète des locaux. En outre, les retards pris dans l'exécution de travaux de rénovation sont parfois le fait des établissements eux-mêmes.

Il convient également de relever la responsabilité des autorités de tutelle dans certains cas, où elles ont adopté une position d'attente, se traduisant par un soutien financier a minima – au prix d'une lente dégradation de la qualité de la prise en charge des patients, et alors même que le besoin de reconstruction était identifié comme étant « *majeur mais hors échelle régionale* ». Les ARS ne disposent d'ailleurs pas des outils juridiques nécessaires à leur mission quand l'établissement est défaillant dans un autre domaine que strictement financier (cf. paragraphe XXIII de l'article 1 de la loi HPST).

Recommandation n°66 : Demander aux ARS de faire le bilan des établissements à risque Doter l'ARS d'une palette de sanctions ou d'incitations qui lui font actuellement défaut lorsqu'un établissement fait courir un danger aux malades

4. LES PROPOSITIONS

4.1. *Un état d'esprit à changer de part et d'autre pour arriver à un équilibre*

Au vu des constats effectués, la mission a acquis la conviction que des améliorations assez simples du dispositif, pas forcément coûteuses, permettraient d'apporter rapidement des gains de sécurité, tout en assurant une meilleure prise en charge des malades mentaux. D'autres mesures en revanche demanderont des expérimentations préalables, des formations à plus longue portée et l'instauration d'un véritable débat pour élaborer des réformes permettant d'adapter le système de santé mentale aux évolutions constatées.

En tout cas jusqu'ici, l'**apparente rareté des conséquences graves a tenu lieu d'excuse face aux dysfonctionnements** qui s'accumulaient en réalité et toute proposition d'amélioration a été critiquée comme abusivement sécuritaire. Les personnels des établissements psychiatriques rencontrés (directeurs, médecins, infirmiers, syndicalistes...) sont les premiers à déplorer la stigmatisation des malades mentaux, mais ils signalent dans le même temps la dégradation de leurs conditions de travail. La réponse qu'ils font à un évènement dramatique consiste souvent à affirmer qu'il s'agit d'un phénomène rare et inévitable ; certains professionnels considérant que « *le principe de précaution appliqué aux détenus souffrant de troubles mentaux pour atteindre un risque zéro de récidive pollue les soins et les démarches de réinsertion* »²⁰⁶ et les syndicats dénonçant « *une réforme dictée sous le coup de l'émotion* ».

Cette réaction est inappropriée : d'une part, comme on l'a vu plus haut, certains dysfonctionnements sont quotidiens. Avec plus de 10 000 fugues et des centaines d'agressions, on est loin de l'application irréfléchie d'un principe de précaution maximaliste face à des risques imaginaires. Enfin si l'on croit à l'utilité du traitement et du suivi psychiatrique, comment admettre comme sans importance la rupture thérapeutique qu'entraîne inévitablement la fugue prolongée ?

La facilité extrême des fugues amène le public à penser que tout le monde peut facilement entrer et sortir d'un CHS. Le grand nombre des trafics de toute sorte montre d'ailleurs que tout le monde (fût-il indésirable) peut aisément entrer et sortir d'un établissement hospitalier de santé mentale. Cette aisance contribue à ancrer les citoyens dans l'opinion qu'il y a d'un côté la prison, d'où l'on ne sort pas, et de l'autre l'hôpital, d'où l'on sort et où l'on rentre comme on veut. Le père médecin d'un jeune malade mental agressé durant sa fugue, n'hésitait pas à dénoncer : « *un hôpital passoire...* ». Comment s'étonner dès lors que dans un réflexe de « défense sociale », les prisons se soient ainsi remplies de personnes reconnues malades mentales (au sens de l'article 122-1 deuxième alinéa), condamnées souvent pour des durées plus longues que des délinquants non malades, si le public est persuadé que le meurtrier sortira comme il le voudra de l'établissement de soins qui l'accueillera à l'issue de sa détention ? lorsqu'une fugue ou un meurtre a lieu, la défense des personnels consiste souvent à invoquer le fait que l'hôpital est un lieu de soins et non une prison. Bien sûr. Mais est ce une raison pour que le dispositif de soins surveille les malades avec désinvolture, alors qu'ils ont été placés là pour les protéger et les empêcher de nuire ou de se nuire ?

²⁰⁶ Troisième journée d'études psychiatrie et justice à Lille le 15 décembre 2010. Rapport APM

Il faut donc **changer l'état d'esprit**. Non seulement **la sécurité et la qualité des soins ne sont pas des notions opposées**, mais la sécurité fait partie de la qualité des soins. Quant au **respect des malades**, il contribue avec l'amélioration du confort et du bien être, à être le meilleur gage d'une baisse des tensions et d'une **prévention de la violence**.

Mais dans le même temps, il ne faut **pas demander à l'hôpital, son directeur et ses médecins plus qu'ils ne peuvent donner**. Il ne faut pas exiger de médecins des diagnostics ou des pronostics sûrs à 100 % ou des guérisons garanties, quand aucun système de santé au monde ne le permet et qu'aucune technique de prise en charge n'est fiabilisée. Les médecins ont des obligations de moyens, pas de résultats, et il ne faut pas imposer aux directeurs des responsabilités qui outrepassent leurs moyens et leurs compétences. Il convient de fournir des outils à chacun, comme les grilles d'évaluation par exemple, mais sans en attendre plus qu'elles ne peuvent apporter.

4.2. Rappel des recommandations

Les recommandations ayant été émises après chaque constat, le présent chapitre ne reprendra pas les motivations des mesures proposées, dont la liste est rappelée dans le tableau infra.

Les propositions elles mêmes peuvent être regroupées de la façon suivante :

- certaines recommandations nécessitent des modifications architecturales, des équipements, qui devraient être conformes à des cahiers des charges communs. Il n'a pas été possible d'estimer le coût de tels travaux, très variables selon les établissements et leurs capacités à dégager des financements ;
- le plus grand nombre demandent des modifications de l'organisation ou de la gestion, la mise en œuvre de nouvelles procédures ou bonnes pratiques, qui supposent pour certaines d'entre elles des expérimentations parfois, des modifications réglementaires souvent, plus rarement des modifications législatives. Parmi elles, les modifications de la gestion des ressources humaines et les besoins de formation méritent une place à part – là encore, les coûts de formation sont fonction des initiatives et des besoins locaux²⁰⁷ ;
- la communication, l'information, l'échange avec les proches, les tiers et la coordination avec les autres services sont une des voies d'amélioration ;
- enfin la recherche, l'évaluation, l'amélioration des systèmes d'information sont des outils indispensables pour analyser les évolutions et faire en sorte qu'elles aillent dans le bon sens.

4.2.1. Equiper, bâtir, rénover, adapter

Parmi les urgences, il existe plusieurs priorités :

- d'une part la rénovation des locaux trop vétustes et dégradés ;

²⁰⁷ Par exemple l'EPSM Lille métropole a formé des personnels en interne qui assurent les formations à la gestion des situations d'agressivité (OMEGA).

- d'autre part la création d'infrastructures de pédo-psychiatrie, quand leur absence conduit à hospitalier dans de très mauvaises conditions et parfois au milieu d'adultes en crise, des enfants et des adolescents. L'urgence est particulièrement flagrante en Guyane ;
- mais aussi la création de véritables sas d'entrée, qui laissent entrer et sortir les personnels, permettent d'informer et d'orienter les visiteurs, filtrent les sortants en **laissant librement passer les malades en hospitalisation libre** (qui ne sont pas en crise) et en retenant les autres (mineurs, HDT et HO, détenus) et qui arrêtent les indésirables (dealers et curieux). La mise en place de badges électroniques, comme il en existe dans les hôtels, permettrait de sécuriser et de simplifier ces procédures.

Parmi les recommandations dont l'application peut être programmé en fonction du niveau d'urgence locale, on recense l'équipement en PTI des personnels en ambulatoire, la rénovation des chambres triples ou quadruples, la mise en place d'équipements assurant la distraction des malades hospitalisés.

Une réflexion architecturale devrait être engagée au niveau national pour édicter un cahier des charges permettant d'éviter les angles morts, les couloirs sinueux et plus généralement ce qui ne facilite pas la surveillance et la fluidité dans les parties communes et ce qui permet au contraire une certaine intimité dans les chambres.

Enfin, à terme, et après une réflexion juridique sur le sujet, la création d'unités d'hébergement de longue durée permettant d'accueillir dans des conditions humaines et dignes des personnes aux antécédents d'homicides multiples et estimées très dangereuses, mais ne relevant pas du système pénal, devrait être mise en œuvre (type médico-social+ soins sous contrainte ou HO de longue durée).

Propositions 3, 7, 10, 22, 38, 45, 46

4.2.2. Organiser, restructurer, formaliser, gérer, former

► **En premier lieu, il s'agit d'organiser des unités de soins hospitaliers** répondant à des populations de malades homogènes, sans cohabitation forcée de sujets fragiles avec des sujets dangereux, de sujets en crise avec des personnes apaisées sur le point de sortir, et répondant à un projet médical cohérent et novateur. Ces unités peuvent être sectorielles ou intersectorielles selon une taille critique à déterminer.

Parmi ces unités, certaines seront destinées à des personnes hospitalisées sans consentement en crise et devront être **fermées**, et les autres seront **ouvertes**, c'est-à-dire que le malade devrait pouvoir aller et venir librement ; un badge électronique devrait réserver l'accès de sa chambre à lui et aux soignants, et à nul autre.

S'agissant des unités fermées, plus rares, elles devront disposer de jardins et de cours permettant une déambulation suffisante, avec une enceinte réellement sécurisée. Les distractions devront y être suffisantes et variées. Les chambres devraient pouvoir être individuelles et fermables. Chaque fois que possible le choix des malades hospitalisés sans consentement devrait être pris en compte (repas individuel, vêtement privé ou décent, location de télévision...). L'usage des chambres d'isolement devrait être strictement limité aux crises, avec des systèmes de pénalisation financière pour l'établissement, évitant tout abus.

Les circulations entre unités, ateliers thérapeutiques, services de consultation somatiques, etc, devraient faire l'objet de réflexions.

Recommandations 14, 15, 23, 31, 47, 48, 52

► **En deuxième lieu, de nombreuses bonnes pratiques restent à élaborer et à mettre en œuvre** : qu'il s'agisse de l'abord de la sexualité et des victimes d'agressions sexuelles, de l'usage des méthodes de contention, des procédures à suivre pour que la sortie de l'hôpital se fasse dans des conditions optimales de suivi et de prise en charge (suivi psychiatrique, biologique et somatique, contrôle des posologies, attention particulière portée aux effets secondaires des médicaments, etc.). Enfin l'usage du retour d'expérience et du débriefing devrait être généralisé à tout évènement indésirable grave afin d'examiner ce qui aurait permis de prévenir le geste ou de le minorer et la coopération avec les autres services établie, mise en œuvre et organisée (exemple : en cas de non suivi du traitement pour un malade traité sans consentement, quel service va ouvrir sa porte (pompiers ?), quel service va sécuriser les lieux (police ?), quel service va le ramener à l'hôpital (ambulancier, IDE ?).

Recommandations 1, 2, 5, 6, 7, 9, 11, 24, 26, 27, 28, 32, 33.

► **Enfin, la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux psychiatriques mérite un chantier d'envergure**. Il existe d'excellents services, bien conduits et bien encadrés, où les personnels sont présents, motivés et efficaces. Mais certains accords de RTT ont été établis de façon laxiste, il existe des services où les médecins ont des horaires insuffisants, et trop de personnels sont insuffisamment formés. Il faut donc examiner au cas par cas ces problèmes.

La formation des personnels est un autre chantier capital pour adapter à l'emploi et mettre à jour en formation continue les compétences du personnel.

Recommandations 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

4.2.3. Recenser, mesurer, évaluer, rechercher, expérimenter, valider, diffuser

Comme on l'a vu, de nombreuses études manquent en France pour apprécier valablement les besoins de santé mentale et évaluer l'efficacité des politiques. On est sans cesse obligé de se référer aux études internationales, en prenant le risque d'extrapoler des données non transposables. Il convient donc de remédier à ce déficit :

- en suscitant des recherches épidémiologiques sur les thèmes violence/maladie mentale et prise en charge de la maladie mentale ;
- en améliorant les statistiques d'homicides ;
- en menant des essais cliniques et des recherches thérapeutiques pour mieux évaluer les effets secondaires des traitements, les morts inexplicables ;

Par ailleurs il convient de mieux suivre les évènements indésirables graves survenus dans les hôpitaux :

- en déclarant de façon exhaustive les fugues, les chutes, les agressions contre les personnels et les malades ;

- en favorisant la pratique d'expérimentations, telles que les équipes mobiles, l'infirmier référent, la mise en pratique des grilles d'évaluation de la dangerosité, puis en évaluant ces expériences et en généralisant après amélioration celles qui se sont avérées probantes ;
- en évaluant les UHSA.

Recommandations 4, 19, 20, 21, 39, 40, 49, 53

4.2.4. Informer, communiquer, coordonner

A l'heure actuelle, la prise en charge de la maladie mentale -souvent laissée aux seules mains des médecins et des soignants, pour qui la tâche est lourde – peut paraître confisquée par ces professionnels, faute de communication suffisante.

Une meilleure communication est nécessaire en direction de trois catégories d'interlocuteurs :

- les malades eux mêmes,
- les proches qui les hébergent et les soignent (parents et conjoints notamment),
- d'autres professionnels appelés à intervenir, comme les maires, les services de police ou de gendarmerie, de sécurité civile...

Il convient non seulement de **mieux informer chaque patient** de ses droits et obligations, des risques de sa conduite, en essayant de tenir compte de ses choix lorsque c'est possible (vêtements, repas, distractions), mais aussi de **recueillir les avis** des proches avant, pendant et après l'hospitalisation et en tenir compte.

Il faut enfin informer les professionnels des bonnes pratiques et communiquer sur la maladie mentale plus largement.

Recommandations 1, 16, 18, 25 , 37, 43, 44, 50, 55

4.2.5. Légiférer, règlementer

Sur l'évolution des HSC, sur la mise en place d'une politique sanitaire active vis-à-vis du tabac à l'intérieur des enceintes hospitalières, de nouveaux textes seraient bien évidemment indispensables. Des réflexions sont d'ailleurs en cours, avec lesquelles la mission n'a pas souhaité interférer.

Dr Françoise LALANDE

Carole LEPINE

Recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Avant de renvoyer chez lui un malade en sortie d'essai, recueillir préalablement l'avis des personnes qui vivent avec lui ou qui vont l'héberger (parents, conjoint) sans se contenter de les informer simplement de la décision de sortie. D'une façon générale, l'avis de ces personnes devrait faire partie des éléments sur lesquels se fonde le médecin psychiatre pour apprécier les possibilités de sortie.	Etablissement
2	Former régulièrement tous les personnels en contact avec les malades mentaux (mais en priorité les infirmiers) à la gestion physique et mentale des agressions. Faire un débriefing à chaque agression grave. Examiner tout ce qui aurait permis de prévenir le geste ou de le minorer.	Etablissement
3	Equiper progressivement les personnels soignants de système de protection de travailleur isolé (PTI). Parallèlement, procéder à des exercices d'intervention et réexaminer annuellement les procédures d'alerte afin de les améliorer.	Etablissement
4	Recenser de manière homogène dans tous les établissements toutes les agressions subies par le personnel et par les malades, décrire leurs circonstances, et organiser chaque semestre une réunion avec les services pour examiner ce qui aurait pu être fait pour les éviter et quelles mesures mettre en œuvre à l'avenir.	Etablissement
5	Associer le référent police ou gendarmerie (cf. infra) de l'hôpital à ces réflexions.	Etablissement
6	Elaborer des bonnes pratiques concernant la façon de traiter la sexualité en établissement de santé mentale. Aborder le sujet dans les règlements intérieurs des hôpitaux	Etablissement
7	Eviter la mixité forcée, éviter que les hommes et les femmes n'aient à utiliser des locaux de toilettes communs. Permettre aux femmes et aux adolescents de fermer leurs chambres aux autres malades, sans interdire pour autant l'accès aux personnels soignants en s'inspirant des solutions en cours dans les hôtels (systèmes de badge permettant un accès différencié aux différents locaux).	Etablissement
8	Eviter à tout prix d'accueillir des enfants et des jeunes adolescents dans des services d'adultes hospitalisés sans leur consentement.	Etablissement

9	Former les personnels à l'écoute des victimes d'agressions sexuelles. En cas de plainte, séparer les protagonistes dans des unités différentes (sans dégrader le sort de la victime), reconforter les personnes fragilisées. Préciser les procédures à suivre en cas d'agression. Informer au plus tôt le procureur et le commissariat de police, pour faire effectuer les examens nécessaires à l'UMJ dans les plus brefs délais, et prendre toutes mesures pour que ces évènements ne puissent pas se reproduire.	Etablissement
10	Créer d'urgence des structures spécialisées de pédopsychiatrie tant en hospitalisation qu'en ambulatoire en Guyane	DGOS
11	Former régulièrement les professionnels contre la maltraitance. Demander aux directeurs de soins de passer dans chaque service plusieurs fois par mois, sans annoncer leur passage. Organiser des échanges avec des services d'autres hôpitaux ou entre services.	Etablissement
11	Rénover les services trop dégradés	Etablissement, ARS
12	Améliorer le système de déclaration des fugues afin d'avoir un indicateur fiable pour pouvoir mesurer par la suite l'impact des mesures prises. Privilégier l'exhaustivité et déterminer les services qui ne déclarent pas correctement les fugues, en contrôlant par des sondages et en affichant les résultats.	Etablissement, DGOS DREES, ARS
13	Evaluer après la première tranche de construction des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), prévue par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 pour fin 2012, la couverture réelle des besoins d'hospitalisation des personnes détenues.	DGOS
14	Organiser et contrôler les accès au sein des hôpitaux psychiatriques, au moyen de sas et de badges, de façon à protéger les personnes qui leur sont confiées	Etablissement
15	Ordonner les circulations internes de l'établissement	Etablissement
16	Informers par oral et par écrit les malades et leurs proches de leur statut d'hospitalisation (HL, HO, HDT, sortie d'essai), des lieux et des comportements permis et de ceux qui ne le sont pas.	DGOS, établissement
17	Réévaluer régulièrement les procédures de signalement aux autorités publiques, au besoin au moyen d'exercices.	Etablissement, ARS
18	Diffuser largement les travaux préparatoires de l'HAS auprès des différents services accueillant des malades mentaux	HAS, établissement
19/21	Susciter des recherches épidémiologiques françaises sur des thèmes associant la maladie mentale, les modes de prise en charge et la	DGOS

	violence : cohortes, croisements de données judiciaires et médicales	
20	Demander à l'INSERM de proposer toutes mesures permettant de fiabiliser les statistiques de décès par homicide et de diminuer les causes d'origine inconnue, obliger les instituts médico-légaux à rendre leurs données au CepiDC	INSERM, DGOS
22	Faire progressivement disparaître les chambres ou les dortoirs communs afin de respecter l'intimité de chacun. Eviter, lors des travaux de restructuration des unités de soins, de créer ce type de chambre, qui impose aux patients une cohabitation forcée.	Etablissement
23	Organiser des unités fermées pour les malades hospitalisés sous contrainte en crise qui soient véritablement fermées et des unités ouvertes pour les autres malades qui soient réellement ouvertes.	Etablissement
24	Recenser et faire un bilan avantages / inconvénients des dispositifs matériels et des règles de vie qui sont intrusifs pour les patients, et supprimer ceux qui le sont	Etablissement
25	Permettre aux malades d'exprimer leurs choix. Ne pas restreindre la liberté d'aller et venir des malades hospitalisés librement qui ne sont pas en crise. A l'exception des détenus et des malades hospitalisés sans consentement pour lesquels cette mesure est réévisagée jour par jour, laisser les malades accéder librement au téléphone	Etablissement
26	Permettre aux malades de disposer de leurs propres vêtements. Ne pas utiliser le port du pyjama comme moyen antifugue	Etablissement
27	Utiliser les chambres d'isolement uniquement en cas de crise, sur renouvellement semi-quotidien de l'indication médicale, et conformément aux bonnes pratiques. Conserver la chambre d'origine pour que le malade puisse y revenir à tout instant.	Etablissement
28	Etablir des recommandations de bonnes pratiques en matière de contention physique et utiliser la contention en dernier recours pour en limiter l'usage.	HAS
29	Adapter les structures en pédopsychiatrie à la prise en charge des enfants dont les troubles mentaux sont particulièrement graves, et qui ne peuvent pas être accueillis dans les structures classiques ; développer de manière urgente une offre de soins pédopsychiatrique en Guyane(cf. recommandation 12)	DGOS
30	Engager rapidement une réflexion au niveau national pour créer des unités fermées de longue durée pour les malades extrêmement dangereux (de 50 à 150 places environ) ou leur réserver quelques places dans les futures UMD.	DGOS
31	En attendant des places suffisantes en UHSA, faire en sorte que les détenus hospitalisés, lorsque leur état clinique le permet, aient accès à	ARS, direction

	des locaux sécurisés pourvus de patios ou de cours, suffisamment fermés pour qu'ils ne puissent pas s'échapper facilement, mais suffisamment vastes pour qu'ils puissent déambuler.	d'établissement
32	Proposer aux malades mentaux hospitalisés des sources de distractions quotidiennes, culturelles et sportives ; étudier, lors de la réhabilitation des unités, le rapport bénéfices / risques de l'accès individuel à la télévision dans les chambres.	Etablissement
33	Mener des actions de prévention et d'aide au sevrage auprès des personnels en vue de la mesure suivante un an plus tard.	Etablissement
34	Interdire dans un deuxième temps au personnel hospitalier de fumer sur toute l'emprise de l'établissement	Etablissement
35	Interdire au personnel hospitalier de fumer sur toute l'emprise du centre hospitalier.	Etablissement
36	Lancer des expérimentations dans quelques services volontaires où le tabac sera proscrit et où des méthodes de sevrage seront dispensées. Analyser les résultats en vue d'une éventuelle généralisation	Etablissement
37	Mener une politique active de prévention anti tabac ; prendre en charge les patches antitabac pour les malades volontaires	Etablissement
38	Assurer le contrôle des entrées en établissement au moyen de badges, et empêcher les dealers de s'installer dans les établissements. Mettre en place avec les services de police une coordination et une surveillance pour lutter contre les trafics	Etablissement
39	Susciter des expérimentations des instruments d'évaluation clinique par des professionnels. Généraliser ensuite leur usage en tenant compte des observations enregistrées. Utiliser les outils d'évaluation longitudinale du risque de violence et évaluer les résultats obtenus	DGOS, ARS, Etablissement
40	Face à un patient difficile, l'évaluation de la dangerosité devrait être élargie à un groupe de pairs et répondre à des bonnes pratiques.	HAS
41	Demander aux praticiens, aux Dim et aux certificateurs de s'assurer que les dossiers médicaux sont correctement tenus et mis à jour pour permettre, en connaissance de cause, au médecin d'analyser les critères de dangerosité et les facteurs de risque.	Etablissement, HAS
42	Faire émerger une recommandation de bonne pratique concernant l'information des proches et la protection des tiers en danger	HAS
43	Recueillir l'avis des proches qui hébergent le malade avant toute décision de sortie. les informer de la décision prise	Etablissement

44	Au vu de l'éparpillement des informations entre les services, et de la diversité des organisations mises en place dans les territoires, mettre en place des partenariats locaux pour clarifier le rôle de chacun dans l'articulation des procédures (préfet, maire, ARS, communauté médicale, directeurs d'établissement, forces de sécurité).	Préfet, ARS
45	Comme pour tout établissement public, et sans doute plus encore car l'hôpital accueille des personnes fragiles, l'accès d'un établissement hospitalier doit être surveillé. La sécurisation matérielle des accès est nécessaire, à la fois pour éviter les accidents, prévenir les fugues de personnes hospitalisées sans consentement, permettre la sortie des malades hospitalisés librement, guider les visiteurs et éviter l'intrusion de personnes indésirables. Des badges magnétiques doivent être fournis pour que chaque catégorie de personnes ait librement accès aux sites qui lui sont ouverts et à ceux là seulement.	Etablissement
46	Equiper progressivement l'ensemble des personnels soignants de système de PTI. Procéder à des exercices réguliers pour tester la rapidité d'intervention de l'équipe de sécurité et améliorer la procédure d'alerte.	Etablissement
47	Elaborer un corpus de principes architecturaux pour faciliter le travail de conception des équipes lors de la reconstruction / réhabilitation des locaux.	DGOS
48	Organiser, en application de la loi HPST, des unités d'hospitalisation homogènes autour d'un projet médical commun défini selon le statut d'hospitalisation, la pathologie ou la situation de crise ou non (malades entrants, préparation à la sortie, etc.). Mettre en place une coordination étroite avec l'ambulatorio.	Etablissement
49	Demander aux services qualité des établissements accueillant des malades mentaux d'enregistrer toutes les chutes, de mener avec le personnel des enquêtes dans les services où elles sont les plus fréquentes, de vérifier à chaque chute la posologie de chaque produit et l'absence d'interactions médicamenteuses. Associer les pharmacies hospitalières à la surveillance des traitements	Etablissement
50	Informers les malades et leur entourage des risques possibles des traitements et de la nécessité de la surveillance. Assurer aux malades traités sous contrainte en ambulatorio (sortie d'essais ou futurs soins ambulatoires sans consentement) un suivi somatique étroit, qui doit faire l'objet de documents de suivi.	Etablissement
51	Effectuer des contrôles biologiques réguliers dès la sortie pour rechercher une éventuelle reprise de toxiques (alcool, drogues). Rappeler aux malades en soins sans consentement que la prise de toxiques est néfaste à leur état et qu'il sera réhospitalisé en cas de problème	Etablissement

52	Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée au cours des 20 premières semaines.	Etablissement
53	Evaluer l'apport des équipes mobiles intersectorielles dans la prise en charge des patients suivis en ambulatoire.	DGOS, ARS, Etablissement
54	Expérimenter la mise en place d'un infirmier référent dans des services volontaires.	DGOS, ARS, établissement
55	Dans les départements où la coopération des services est mal assurée, il serait souhaitable que les directions des soins des établissements organisent, en partenariat avec le référent du service de police ou de gendarmerie, une session de sensibilisation des forces de sécurité aux spécificités de la prise en charge d'un malade mental.	Etablissement
56	Favoriser les mutations de PH en psychiatrie dans les zones faiblement pourvues. Réfléchir à la création de masters en soins infirmiers psychiatriques	DGOS
57	Inscrire la renégociation des avantages sociaux dérogatoires dans une démarche de refondation des ressources humaines de manière à prendre en compte les dimensions d'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation, la rémunération et l'évaluation des personnels.	Etablissement
58	Dans les établissements où elle est faible, assurer le contrôle de la présence médicale et du service fait et étudier les motifs d'absence des praticiens.	Etablissement
59	Lutter contre l'absentéisme des personnels soignants après avoir étudié ses motifs (conditions de travail, management) et, le cas échéant, systématiser les entretiens au retour des personnels absents pour s'informer des causes de l'arrêt. Engager des procédures disciplinaires en cas d'abus évident	Etablissement
60	Faire respecter par les personnels la législation relative à la durée légale du travail, en rappelant, si besoin, les obligations légales et les risques encourus par les patients.	Etablissement
61	Renouveler le dispositif de tutorat et de compagnonnage pour les jeunes recrues IDE	DGOS, ARS, établissement
62	Mettre en œuvre des formations d'adaptation à l'emploi pour apprendre à prévenir et gérer les situations d'agressivité à destination des nouvelles recrues, toutes catégories professionnelles confondues	Etablissement
63	Développer, dans le cadre de la formation continue, des stages sur les procédures de sécurité, sur la prévention des incidents et la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.	Etablissement

64	Engager, pour les établissements qui ne l'ont pas fait, une réflexion sur l'évolution des métiers et des compétences.	Etablissement
65	Les ARS devraient mettre en place des mesures financières incitatives en faveur des établissements dynamiques	ARS
66	Demander aux ARS de faire le bilan des établissements à risque et doter les ARS d'une palette d'incitations ou de sanctions qui lui font actuellement défaut lorsqu'un établissement fait courir un danger aux malades	ARS, DGOS

Références bibliographiques numérotées par ordre d'apparition dans le rapport

- ² « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* », M. COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007
- ⁴ « *Les établissements de santé, un panorama pour 2007* », DREES, collection Etudes et statistiques, p.134
- ⁹ « *Risk of violence and serious mental disorders* », J.L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILLAUD *Annales Médico-psychologiques* 163(2005) 852-865.
- ¹⁰ « *Bilan national des remontées de signalement de violence en milieu hospitalier* », ONVH, avril 2010, page 22
- ¹² « *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux* », R. RIERA, S. BABRE, IGA, J. BOURQUARD, F. THOMAS, IGSJ, G. LAURAND, A. LOPEZ, IGAS, page 25, février 2006
- ¹⁴ « *La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes* », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* 56 (2008) 197-207 A.M. LOVELL, J. COOK et L.VELPRY
- ¹⁵ « *Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête événements de vie et santé.* » C. CAVALIN. *Etudes et résultats* N° 705 Octobre 2009
- ¹⁷ « *La psychiatrie face à la sexualité des patients et au VIH* ». C.CHARMASSON. juin 2001
- ²⁵ « *L'organisation des soins aux détenus* », rapport IGAS/IGSJ n°2001-054 de T. FATOME, B. FROMENT, F. LALANDE, M. VALDES-BOULOUQUE, M. VERNEREY, juin 2001
- ³⁶ « *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* », A. LOPEZ et I. YENI, IGAS, M. VALDES-BOULOUQUE et F. CASTOLDI, IGSJ, mai 2005, rapport n°2005-064
- ³⁹ « *L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale, essai d'analyse jurisprudentielle* », V. DUJARDIN, *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°14, 2007
- ^{43, 44} « *Les malades mentaux sont ils plus violents que les citoyens ordinaires ?* », J.L. SENON, M. HUMEAU et L.GOTZAMANIS, *info psy* 2006 ; 82 : 645-52
- ⁴⁵ « *Stigma : a lack of awareness and understanding* » National mental health Association 1987 citation de J.L DUBREUCQ.
- ⁴⁶ « *Mental Illness and violence : an epidemiological appraisal of the evidence* » *Can JI Psy* vol. 43 ; n° 10 1998, P 989-996 ARBOLEDA FLOREZ
- ⁵⁰ « *Avoidable deaths* » dec. 2006 ; Five year of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. University of Manchester
- ⁵³ « *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé. Commission violence et santé mentale* », A. LOVELL, mars 2005

⁵⁴ « *Violence and delusions : data from the Mc Arthur violence risk assesment study* » P. APPELBAUM, P. ROBBINS et J. MONAHAN in *Am J Psy* 2000 ; 157 : 566-72 . « *Rethinking risk assesment : the Mc Arthur study* » J.MONAHAN, H.STEADMAN Oxford University press 2001

⁵⁵ Cf texte des experts in Audition publique. HAS ; décembre 2010 « *dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur.* »

⁵⁷ « *Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature* ». S. RICHARD-DEVANTOY, J.P. OLIE et R. GOUREVITCH in *l'encéphale* (2009) 35, 521-530. Conclusion reprise de l'étude canadienne « *Risque de violence et troubles mentaux graves* » de J.L. DUBREUCQ, C. JOYAL et F. MILLAUD. *Ann médico-Psychologiques* (2005) 163 ; 852-865.

⁵⁸ C. TASSONE MONCHICOURT, N. DAUMERIE, A. CARIA et J.L. ROELANDT dans « *Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités* » [ccoms@epsm-lille-metropole.fr](mailto:cocom@epsm-lille-metropole.fr)

^{63, 64} « *Avoidable deaths* » dec. 2006 ; Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. University of Manchester, page 105.

⁶⁸ « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* », M.COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007

⁷³ « *Chambre d'isolement : du point de vue des patients. Impact d'un temps d'élaboration sur le vécu des patients après un séjour en chambre d'isolement dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte* », mémoire de recherche de C. Mouillerac, Université Paris 8, 2006-2007

⁷⁴ « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*», ANAES, juin 1998

⁷⁶ « *Rapport de visite du CH Esquirol (Limoges, Haute Vienne)* », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 9 au 11 décembre 2008

⁷⁷ « *Rapport de visite du CH de la Côte Basque (Bayonne, Pyrénées-Atlantiques)* », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 5 au 7 mai 2009

⁷⁹ Cité dans le cahier des charges COMPAQH sur l'utilisation des chambres d'isolement : MORELLO R, RIOU M, MOREL P, THOUIN A. « *Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique* ». *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996;44:214-20.

⁸⁰ « *Rapport de visite du CHS de la Savoie, Bassens* », CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE, 16 au 18 septembre 2008

⁸¹ GUEDEMAN, J. E., SHORE, M. F., 1984, « *Beyond deinstitutionalization: A new class of facilities for the mentally ill* », *New England Journal of Medecine*, 311, 832-836

⁸² « *Seven Oaks — Un nouveau regard sur les soins tertiaires* », T. E. NEWTON et P. SCHIELDROP, *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 1, 2005, p. 31-45.

⁸⁴ Rapport d'activité 2009 du CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE

⁸⁷ « *Comparison of self reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients* » R. de BEAUREPAIRE, M. LUKASIEWICZ et al in *Eur. Psy.* 22(2007) 540-548.

⁹⁰ « *Smoking and symptoms of psychosis* » et « *smoking is linked to positive symptoms in acutely ill psychiatric patients* » deux articles à paraître de R. de BEAUREPAIRE, P. RAT, P.BEAUVERIE et al.

⁹¹ “*Patients rights and law: tobacco smoking in psychiatric wards and the Israeli prevention of smoking act.*” Nurs.Ethics 2004 sep; 11(5):472-8; “*implementing a smoking ban in an acute psychiatric admissions unit*”. Psychosoc Nurs Ment Health Ser 2005 Nov ; 43 (11) : 33-6, “*Exposure to environmental tobacco smoke and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings*”

⁹³ Etude menée sur 2000 personnes actives par B. DAUTZENBERG, J. OSMANN et C. TAIEB avec l’aide de PIERRE FABRE SANTE. OFT

⁹⁷ “*Excess mortality of mental disorder*” British journal of Psychiatry (1998), 173, 11-53, métaanalyse de 152 articles en langue anglaise, « *La mortalité des malades mentaux en France* » ; F. CASADEBAIG, A. PHILIPPE et col. Confrontations psychiatriques, World federation for mental health. Journée mondiale Octobre 2010, etc.

⁹⁸ “*Physical diseases in schizophrenia and affective disorders*” J.Clin Psy 1983. “*Cancer incidence of schizophrenic patients*” Br J Psychiatry 1992, 162 suppl 75-83

⁹⁹ “*Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives*” Arch gen psychiatry vol 59 8 June 2001.

¹⁰⁰ “*The incidence of cancer in schizophrenic patients*” J. Epidemiol Community health. Mortensen PB

¹⁰² « *What every adolescent needs to know : cannabis can cause psychosis* » in JI Psy. Research 69 (2010) 533-549 G.K SHAPIRO, L.BUCKLEY-HUNTER

¹⁰³ « *A longitudinal study of Swedish conscripts* » in Lancet 1987 ; 330 :1483-6 et « *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969. Historical cohort study* » BMJ 2002 ;325 :1199-201

¹⁰⁴ Arch gen psychiatry. 2011 ; 5 Matthew Large New (South Wales ; Australia) en ligne

¹⁰⁵ « *Cannabis use in Canada* » Can J Pub Health 2009 ; 100 :101-3 B.FISCHER, J.REHM et al

¹⁰⁶ « *Comparison of self reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients* » R. de Beaurepaire, M. Lukasiewicz et al in Eur. Psy. 22(2007) 540-548.

¹⁰⁸ Cf. travaux de B. HARCOURT, cités par M. FLECK, « *L’étude et le traitement judiciaire de la récidive à Chicago, 1920 – 1940* », Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie, Vol. V | 2008, mis en ligne le 26 novembre 2008.

¹⁰⁹ « *Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l’ère de la « nouvelle pénologie » ? Une perspective internationale* », note de veille du Centre d’analyse stratégique, n°106, juillet 2008

¹¹⁰ « *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux* », rapport à M. le Président de la République de V. LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, mai 2008

¹¹¹ texte des experts Pr MILLAUD et du Pr DUBREUCQ , psychiatres à l’Institut P. Pinel et professeurs à l’Université de Montréal : « *« malades mentaux » ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d’évaluation partagée dans l’équipe soignante* », audition publique de la HAS « *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l’humeur* », décembre 2010

¹¹² « *Dangerosité psychiatrique et prédictivité* », M. VOYER, J.L. SENON, C. PAILLARD, N. JAAFARI, L’information psychiatrique vol. 85, n°8, octobre 2009

¹¹³ « *Le concept de dangerosité dans le cadre de la privation de liberté à des fins d’assistance – présentation du droit suisse*», S. HATAM, Droit, déontologie et soin, septembre 2004, vol.4, N°3

- ¹¹⁴ Rapport de la commission santé justice, présidée par M. J.F. BURGELIN, juillet 2005
- ¹¹⁵ « *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux* », rapport à M. le Président de la République de V. LAMANDA, Premier président de la Cour de cassation, mai 2008
- ¹¹⁶ « *Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ?* », B. GRAVIER, article en ligne
- ¹¹⁷ Rapport de la commission santé justice, présidée par M. J.F. BURGELIN, juillet 2005
- ¹¹⁸ Etude sur les actes de violence physique de patients présentant des troubles mentaux, hospitalisés, à l'encontre des soignants, réalisée au CH Henri Laborit entre janvier 2006 et mai 2008, citée dans la thèse de M. VOYER : « *Dangerosité psychiatrique : l'état de la question ; réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux* » (Université de Poitiers, 2008)
- ¹²⁰ Travaux de la Commission de la réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins, René L., mars 1994
- ¹¹⁸ « *Architecture et psychiatrie* », V. KOVESH-MASFETY, D. SEVERO, D. CAUSSE, J.C. PASCAL
- ¹²³ « *Dangerosité et obligation du thérapeute : perspective canadienne* », G. MELANÇON, J. AUBUT, Revue canadienne de psychiatrie, vol. 40, octobre 1995
- ¹²⁴ J.C. BACK, cité par SHANE dans le document présentant la position de l'association des psychiatres du Canada, Revue canadienne de psychiatrie, 1985 ; 30 :293-296
- ¹²⁶ « *La divulgation du secret professionnel* », S. ROUSSEL et P. LANDRY, Le journal du barreau du Québec, vol. 31, N°9, mai 1999
- ¹²⁷ « *Psychothérapie, éthique et dangerosité* », M. THOMAS, revue québécoise de psychologie, vol. 23, N°1, 2002
- ¹²⁸ « *Droits des patients en psychiatrie* », J.L. SENON, C. JONAS, EMC-Psychiatrie 1 (2004) 107–127
- ¹²⁹ « *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* », rapport n°2005-064, A. LOPEZ et I. YENI, IGAS, M. VALDES-BOULOUQUE et F. CASTOLDI, IGSI, mai 2005
- ¹³⁰ Mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à Jean-Paul GARRAUD, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux (2006)
- ¹³¹ « *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux* », R. RIERA, S. BABRE, IGA, J. BOURQUARD, F. THOMAS, IGSI, G. LAURAND, A. LOPEZ, IGAS, page 25, février 2006
- ^{143, 144} « *Architecture et psychiatrie* », V. KOVESH-MASFETY, D. SEVERO, D. CAUSSE, J.C. PASCAL
- ¹⁴⁷ « *Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale...* » M. COLDEFY, P. LEFUR, V.LUCAS-GABRIELLI et col., IRDES n° 1812 Novembre 2010
- ¹⁴⁸ « *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation* », M. COLDEFY, P.LEFUR, IRDES n° 145 août 2009
- ¹⁵¹ « *Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique* », F.CHAPEREAU, Etudes et résultats, DREES, n° 304, avril 2004

¹⁵² « *Excess mortality of mental disorder* ». Br Journal Psychiatry (1998) 173, 11-53. E ; CLARE HARRIS et B. BARRACLOUGH

¹⁵⁴ World J Biol Psychiatry (2005), 132-191 traduit par F.SCHÜRHOFF et A. SZÖKE. U INSERM 513

¹⁵⁵ « *Schizophrenia and diabetes 2003 : an expert consensus meeting* » Br J Psychiatry 2004 ; 184 suppl 47

¹⁶² « *Patients difficiles : les leçons d'un échec* », A. BOTTERO, Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2007 ; 30 : 13-15

¹⁶³ « *Treatment engagement and violence risk in mental disorders* », E.B. ELBOGEN., R. A. VAN DORN, J.W. SWANSON, M.S. SWARTZ, J. MONAHAN, Br. J. Psychiatry, 2006;189:354-360

¹⁶⁵ « *Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods* », Henry J. STEADMAN, Edward P. MULVEY, John MONAHAN, Pamela Clark ROBBINS, Paul S. APPELBAUM, Thomas GRISSO, Loren H. ROTH, and Eric SILVER. Archives of general psychiatry 55.5 (1998).

¹⁶⁶ « *rethinking risk assessment : the Mac Arthur Study of mental disorder and violence* », J. MONAHAN, H. STEADMAN, E. SILVER, P. APPELBAUM, P. ROBBINS, E. MULVEY, L. ROTH, T. GRISSO, S. BANKS, Psychiatric Bulletin 2003 27: 237-238

¹⁶⁷ « *Risque de violence et troubles mentaux graves* », J.-L. DUBREUCQ, C. JOYAL , F. MILLAUD, Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 852–865

¹⁶⁸ « *disorders and homicidal behavior in Finland* », ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J. Mental. Arch Gen Psychiatry 1996;53:497–501. et HODGINS S, JANSON C. « *Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm metropolitan project.* » Cambridge: Cambridge University Press; 2002.

¹⁶⁹ « *Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up* », M. ROBIN, M. BRONCHARD, S. KANNAS, Social Psychiatry psychiatric Epidemiology, vol 43, n°6, Juin 2008

¹⁷³ « *La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », rapport IGAS 2007-033 P, H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, juillet 2007

¹⁷⁷ Enquête de l'ONVH à l'hôpital psychiatrique de Saint Egrève le 20 novembre 2008

¹⁷⁹ Rapport d'activité 2008 du CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE

¹⁸⁰, ¹⁸² « *La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », rapport IGAS 2007-033 P, H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, juillet 2007

¹⁸¹ « *Safe staffing and patient safety literature review. Report for the Australian Council for Quality and Safety in Health Care (Australian Resource Centre for Hospital Innovations, 2003)* » cité par BRICKELL, T. A., NICHOLLS, T. L., PROCYSHYN, R. M., MCLEAN, C., DEMPSTER, R. J., LAVOIE, J. A. A., SAHLSTROM, K. J., TOMITA, T. M., & WANG, E. (2009) dans « *La sécurité des patients et la santé mentale* », Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario

¹⁸⁶ BOWERS, SIMPSON, & ALEXANDER, 2005 cités par BRICKELL, T. A., NICHOLLS, T. L., PROCYSHYN, R. M., MCLEAN, C., DEMPSTER, R. J., LAVOIE, J. A. A., SAHLSTROM, K. J., TOMITA, T. M., & WANG, E. (2009) dans « *La sécurité des patients et la santé mentale* », Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario

¹⁸⁷ « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* », M.COLDEFY et J. LEPAGE, série Etudes n° 70 DREES novembre 2007.

¹⁸⁹ « *La réforme des études en soins infirmiers, point de vue de professionnels de la psychiatrie et perspective historique* », Pluriels N°83, juin 2010, Mission nationale d'appui en santé mentale

¹⁹⁰ « *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* ». Série Etudes n° 70 DREES novembre 2007 ; M.COLDEFY et J. LEPAGE.

¹⁹¹ Etude sur les actes de violence physique de patients présentant des troubles mentaux, hospitalisés, à l'encontre des soignants, réalisée au CH Henri Laborit entre janvier 2006 et mai 2008, citée dans la thèse de M. VOYER : « *Dangerosité psychiatrique : l'état de la question ; réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux* » (Université de Poitiers, 2008)

¹⁹³ « *Rapport d'étude sur le tutorat / compagnonnage des professionnels infirmiers en psychiatrie* », Plein sens, DGOS, septembre 2010

¹⁹⁵ « *La gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », rapport IGAS 2007-033 P, H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER, juillet 2007



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-071P

Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter

RAPPORT
TOME 2 - ANNEXES

Établi par

Dr Françoise LALANDE

Carole LEPINE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Sommaire

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES CONSULTEES	5
ANNEXE 2 : ETUDE DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)	9
ANNEXE 3 : LISTE DES SIGLES.....	31
ANNEXE 4 : DONNEES STATISTIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES.....	35
ANNEXE 5 : TABLEAU DETAILLE DES FUGUES REPERTORIEES DANS SEPT ETABLISSEMENTS	47
ANNEXE 6 : L'UTILISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT.....	51
ANNEXE 7 : EXEMPLES D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES	53
ANNEXE 8 : EXEMPLES DE JURISPRUDENCE ADMINISTRATIVE CONCERNANT L'ENGAGEMENT DE LA RESPONSABILITE DES ETABLISSEMENTS SPECIALISES EN SANTE MENTALE.....	55
ANNEXE 9 : LES EFFECTIFS DE PERSONNELS.....	61
ANNEXE 10 : LES EVOLUTIONS ARCHITECTURALES	65

Annexe 1 : Liste des personnes consultées

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

Direction générale de l'organisation des soins

Mme BRONNEC, chef du bureau des prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale

Mme LYS, chef de pôle psychiatrie, addictions, détenus, précarité, bureau des prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale

Direction générale de la santé

Mme BAUCHET, chef du bureau santé mentale

Mme LAVY, adjointe, bureau santé mentale

Mme FLAMENT, bureau santé mentale,

M. DE BRUYN, chef du bureau des pratiques addictives

Mme GOLHEN, chargée de mission, bureau des pratiques addictives

Melle PERON, stagiaire, bureau des pratiques addictives

Observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH)

Mme GUERRIERI, Commissaire Divisionnaire, Chargée de mission ONVH

Inspection générale des affaires sociales

Dr. JEANTET, Inspectrice

Mme JOSEPH-JEANNENEY, Inspectrice générale

M. KHENNOUF, Inspecteur

M. LECOQ, Inspecteur

Dr. LOPEZ, Inspecteur général

Mme MESCLON-RAVAUD, Inspectrice

Dr. PICARD, Inspecteur

Mme STROHL, Inspectrice générale

Mme YENI, Inspectrice générale

Dr MARSALA, CGES

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

Participation au colloque du 24 novembre 2010 sur la sécurité des patients

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTREMER, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION

M. COMET, secrétaire général

M. JALLET, chef du bureau de l'organisation et des missions de l'administration territoriale, direction de la modernisation et de l'action territoriale

M. BRUEL, chef du bureau de la liberté individuelle, direction des libertés publiques et des affaires juridiques

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES

M. QUERE, Magistrat au Bureau de la politique d'action publique générale

Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

M. SCOTTO, Sous directeur de l'état-major de sécurité, Direction de l'administration pénitentiaire

Ministère de la justice et des libertés

MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE

M. RICOUR, directeur du pôle santé et sécurité des soins

Mme MOUNIER, chargée de mission du pôle santé et sécurité des soins

M. CREMNITER, praticien hospitalier, référent de la cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU de Paris

M. MORANZINI, ancien directeur du CHS de Pierrefeu du Var

DEFENSEURE DES ENFANTS

M. FELTESSE, délégué général

Mme LEQUEUX, coordinatrice du pôle traitement des réclamations

Mme BOUY, chargée de mission du pôle traitement des réclamations

CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DES LIBERTES

M.DUPONT, chef de service

Mme le Dr BRAHMI, coordinatrice de l'inspection

M. DELLOZ, magistrat

HAUTE AUTORITE DE SANTE

M. ROMANEIX, directeur

M. LALY, adjoint au chef de service Certification des établissements de santé

M. DOSQUET, chef du Service Bonnes pratiques professionnelles

M. BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service développement de la certification

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE

Dr. KANNAS, président

Mme RIVET, directrice d'hôpital ;

Dr. BARRERE, médecin de santé publique ;

M. Pierre JUAN, directeur d'hôpital

ATIH

Dr. BURONFOSSE, service classification et information médicale

Dr MENU, service classification et information médicale

Mme BOURGOIN, cellule d'analyse de l'activité

Mme STENOUE, cellule d'analyse de l'activité

AGENCE REGIONALE DE SANTE (ILE DE FRANCE)

Mme BABEL, directrice générale adjointe

M. REYES, chargé de mission Psychiatrie - Santé mentale

CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIT (POITIERS)**Direction**

M. HAAS, directeur

Mme CHATEL, directrice des ressources humaines

M. TARRADE, directeur des soins

M. TONNELIER, gestionnaire de risques à la direction des usagers, des risques et de la qualité

M. PRIEUR, responsable qualité

M. JOUBERT, service admissions

Mme DUMONT, service des usagers

Services, secteurs et pôles de psychiatrie

Dr BOUET, président de la CME, DIM

Pr. SENON, médecin chef responsable du pôle 2

Dr LAFAY, praticien, pôle 2

M. COLIN, cadre supérieur de santé, pôle 2

Dr GIRARD, médecin chef responsable du pôle 4

M. AVRIL, cadre supérieur de santé, pôle 4

Dr DREANO, médecin chef responsable du pôle 3

Mme GAUBAN, cadre supérieur de santé, pôle 3

CENTRE HOSPITALIER SAINTE ANNE (PARIS)**Direction**

M. CHASSAGNIOL, directeur

Mme ALAMOWITCH, directrice adjointe,

Mme CAMUS, direction des usagers et des affaires juridiques,

Mme MONNOT, responsable qualité et gestion des risques

Dr CHOMETTE, DIM

Dr LAUNAY, responsable de l'observatoire de la violence

Services, secteurs et pôles de psychiatrie

Dr. MASSE, président de la CME

Dr CAROLI, ancien président de la CME, médecin médiateur et président de la commission de l'hospitalisation

Dr GUEDJ, médecin chef de service du CPOA

Dr VACHERON-TRYSTRAM, médecin chef de service du secteur 13

EPSM LILLE METROPOLE (ARMENTIERES)**Direction**

M. HALOS, directeur

Dr ELIA, médecin chef de pôle 59G20

Dr IVANEZ, praticien hospitalier

Dr THEVENON, médecin chef de pôle 59G16 (Unités Tourquennoises de Psychiatrie)

M. GIESE, cadre de santé

Mme BOURGEOIS, coordinatrice générale, directrice des soins

Mme NAVY, Directrice des Relations Humaines et de la formation continue

Mlle KLOECKNER, directrice des relations avec les usagers et de la qualité

M. DELAGRANDE, directeur adjoint des soins

M. OLIVE, cadre supérieur de santé

M. NYS, directeur de la maintenance et des travaux

Services, secteurs et pôles de psychiatrie

Dr. ROELANDT, psychiatre, médecin chef du pôle 59G21

Dr DEFROMONT, praticien, DIM

M. FRANCOIS, cadre de santé, clinique J. Bosch

M. TASNIERE, praticien hospitalier, clinique J. Bosch

M. KRUELSKI, cadre supérieur de santé, CCOMS

M. BOULONGNE, cadre de santé du service intensif intégré dans la cité

Mme DOSSOU, famille d'accueil

CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (VILLEJUIF)

Services, secteurs et pôles de psychiatrie

Dr DE BEAUREPAIRE, médecin chef du pôle 94G11

Dr LACHAUX, médecin chef du pôle UMD Henri Colin

M. POINSIGNON, directeur

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

M. CAILLET, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-social

Mme SANCHEZ, adjointe au responsable du pôle

Mme DORE, directrice des soins

ADESM

M. HALOS, président

CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CHS

Dr HALIMI, président

ASSOCIATIONS D'USAGERS

M. CANNEVA, président de l'UNAFAM

M. ETHUIN, président de NORD MENTALITES

Mme FINKELSTEIN, présidente nationale de la FNAPSY

AUTRES PERSONNALITES

Mme LOVELL, Directrice de Recherche au Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société (CERMES 3, INSERM)

Mme VELPRY, sociologue, Maître de conférences à l'Université Paris 8, CERMES 3

Pr J.L. SENON, PU-PH de psychiatrie, organisateur de l'audition publique HAS

Dr ROELANDT, directeur du CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Dr LACHAUX, médecin chef UMD

Annexe 2 : Etude de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

PATIENTS PRIS EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET SUSCEPTIBLES DE PRESENTER DES TROUBLES METTANT EN DANGER LEUR VIE OU LA VIE D'AUTRUI

Analyse des RIM-P 2009 – Février 2011

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a été sollicitée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans le cadre d'une mission qui est actuellement menée relative à des événements dramatiques récents impliquant des malades soignés par le dispositif de santé mentale.

L'objectif de cette mission conduite par l'IGAS est de dresser la typologie des divers accidents, d'examiner quelles sont les personnes soumises à ces risques, de repérer les points faibles du fonctionnement ou de l'organisation des soins hospitaliers ou ambulatoires, et d'examiner les méthodes et les moyens de remédier à ces dysfonctionnements de façon à améliorer la sécurité dans les établissements, à mieux prévenir les accidents et à améliorer la qualité des soins.

La base nationale des résumés d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) constitue, dans ce cadre, une source de données susceptible d'éclairer certains aspects du sujet. Les données d'activité recueillies permettent en effet de caractériser la population des patients pris en charge en psychiatrie et susceptibles de présenter des troubles mettant en danger leur vie ou la vie d'autrui ; leurs modalités de recours à l'offre de soins en psychiatrie peuvent également être étudiées. Dans ce cadre, des analyses statistiques ont été menées par l'ATIH sur la base des indicateurs disponibles. Les résultats de cette étude sont exposés dans la présente note.

METHODE

L'étude a porté principalement sur les RIM-P de l'année 2009. Quelques analyses ciblées ont nécessité l'examen des RIM-P du 1^{er} semestre 2010. Une étude croisée avec les données PMSI du court séjour MCO a conduit à exploiter les Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) de l'année 2009.

La population des patients pris en charge en psychiatrie et susceptibles de présenter des troubles mettant en danger leur vie ou la vie d'autrui pouvait être caractérisée selon différentes approches : soit une approche reposant sur une sélection de pathologies psychiatriques, soit une approche reposant sur l'examen des modes légaux d'hospitalisation et/ou le recours à des structures de prises en charge particulières. Cette seconde approche a été retenue afin de privilégier la robustesse de l'étude. Ce faisant, **cette population a été appréciée sur la base de plusieurs indicateurs indirects :**

- **Patients hospitalisés sous contrainte** (cette information n'est renseignée que pour les seules hospitalisations à temps plein) ; le mode légal d'hospitalisation enregistré dans le RIM-P correspond alors à l'une des modalités suivantes :
 - o Hospitalisation à la demande d'un tiers (**code 2**),
 - o Hospitalisation d'office (**code 3**),
 - o Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables (**code 4**),
 - o Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (**code 5**),
 - o pour les détenus, art. D 398 du code de procédure pénale (**code 6**).
- **Détenus pris en charge par les Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR)** dans le cadre d'une hospitalisation librement consentie¹ ; ces prises en charge peuvent se dérouler en hospitalisation complète ou partielle.

¹ Les patients pris en charge en SMPR dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte relèvent du groupe précédent.

Un focus spécifique a par ailleurs été fait sur les séjours des patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles (UMD), en hospitalisation à temps plein ou à temps partiel.

L'étude est ciblée sur les patients âgés de plus de 15 ans.

L'étude comporte quatre volets distincts.

1. L'analyse des RIM-P a tout d'abord porté sur **les séjours hospitaliers à temps plein** comportant au moins une séquence temporelle **d'hospitalisation sous contrainte** ainsi que les séjours des patients pris en charge en **SMPR**. Lorsque plusieurs modalités d'hospitalisation sous contrainte étaient successivement enregistrées au cours d'un même séjour², une seule a été retenue selon la règle suivante :
 - o pour les autres patients âgés de plus de 15 ans : le code 6 a prévalu sur le code 4 qui a prévalu sur le code 3 qui a prévalu sur le code 2 ;
 - o le mode légal d'hospitalisation codé 5 a été retenu en priorité pour les patients âgés de 16 et 17 ans.

Les séjours des patients pris en charge en SMPR en hospitalisation libre ont été individualisés.

Les indicateurs d'analyse qui ont été retenus sont notamment les suivants :

- o Volume d'activité
 - o Passages en chambre d'isolement
 - o Modalités d'entrée et de sortie des séjours ; les sorties d'essai ont fait l'objet d'une tentative de zoom particulier justifiant l'analyse conjointe des RIM-P de l'année 2009 et du 1^{er} semestre 2010.
 - o Caractéristiques démographiques des patients considérés
 - o Diagnostics principaux et associés
2. **Les séjours** des patients pris en charge au sein des **Unités pour Malades Difficiles** (UMD) ont ensuite été analysés. Les indicateurs retenus sont les mêmes que ceux du point précédent.
 3. Cette approche par séjour a ensuite été complétée par une **analyse longitudinale**, sur l'année 2009, de la fréquence et de la nature des recours aux soins psychiatriques de la population étudiée caractérisés dans le premier volet de l'étude. Lorsqu'un même patient avait été pris en charge au cours de l'année selon plusieurs modalités d'hospitalisation sous contrainte, une seule de ces modalités a été retenue pour ce patient. La règle suivante a alors été appliquée :
 - o pour les autres patients âgés de plus de 15 ans : le code 6 a prévalu sur le code 4 qui a prévalu sur le code 3 qui a prévalu sur le code 2 ;
 - o le mode légal d'hospitalisation codé 5 a été retenu en priorité pour les patients âgés de 16 et 17 ans.
 4. **Les séjours MCO** correspondant à des entrées par mutation ou transfert de la psychiatrie ont enfin fait l'objet de travaux d'analyse spécifiques conduits sur les RSA de l'année 2009. Les GHM ont particulièrement été étudiés ; le but était d'identifier des séjours MCO qui auraient pu potentiellement être la conséquence de comportements auto ou hétéro-agressifs de patients hospitalisés en psychiatrie.

RESULTATS

1. SEJOURS DE LA POPULATION DES PATIENTS ETUDIES HOSPITALISES SOUS CONTRAINTE OU EN SMPR [RIM-P 2009]

Le premier volet de l'étude porte sur les séjours d'hospitalisation à temps plein comportant au moins une séquence d'hospitalisation sous contrainte et sur les séjours en SMPR.

Ce volet de l'étude concerne :

² Un séjour hospitalier peut en effet comporter **plusieurs séquences temporelles** au cours desquelles le **mode légal d'hospitalisation du patient peut évoluer** : à la phase aiguë de la symptomatologie, le patient peut, par exemple, être hospitalisé sous contrainte et cette contrainte peut être levée lorsque le tableau clinique s'est amélioré (la prise en charge peut alors se poursuivre dans le cadre d'une hospitalisation librement consentie).

Au sein d'un même séjour, on peut donc constater un « panachage » des modes légaux d'hospitalisation. **L'annexe 1** présente la répartition des **différentes combinaisons de modes légaux d'hospitalisation observées dans les séjours** étudiés.

- **93 348 séjours** (soit 10% des séjours de la base nationale RIM-P 2009),
- **4 692 552 journées** (soit 18% des journées de la base nationale RIM-P 2009).

1.1. Répartition des séjours par mode légal d'hospitalisation

Parmi l'ensemble des séjours retenus dans le cadre de ce volet de l'étude, 94,8 % d'entre eux comportaient au moins une séquence avec hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office. Ces séjours représentaient 97,5% des journées considérées.

Les séjours comportant une hospitalisation d'office se caractérisaient par des durées de prise en charge plus longues³. Les séjours des patients jugés pénalement irresponsables présentaient la même caractéristique³.

Mode Légal	Nb séjours	% séjours	Nb moyen journées présence par séjour	Nb Journées présence	% Journées présence
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	70 103	75,1	44,6	3 123 132	68,2
Hospitalisation d'office (code 3)	18 368	19,7	73,0	1 340 354	29,3
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	465	0,5	157,6	73 266	1,6
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	128	0,1	36,3	4 649	0,1
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 466	1,6	25,4	37 181	0,8
Détenus en SMPR en hospitalisation libre*	2 818	3,0	-	-	-
TOTAL	93 348	100,0	50,6	4 578 582	100,0

* En 2009, près de 100 000 journées ou venues de détenus en hospitalisation libre en SMPR étaient dénombrées (près de la moitié correspondaient à des prises en charge à temps partiel).

1.2. Journées d'hospitalisation sous contrainte rapportées à l'ensemble des journées des séjours considérés

Parmi les 4 578 582 journées de prise en charge étudiées, près de quatre millions d'entre elles correspondaient à des séquences temporelles d'hospitalisation sous contrainte (85,5 % de l'ensemble des journées). Cette prégnance des journées correspondant à des hospitalisations sous contrainte caractérisait tous les modes légaux de prise en charge considérés. Elle était toutefois plus marquée pour les modes légaux codés 4, 5 et 6.

Les séquences temporelles relatives à une hospitalisation sous contrainte codée « 4 - personnes jugées pénalement irresponsables » ou « 3 - patients hospitalisés d'office » étaient en moyenne d'une durée plus longue.

Mode Légal	Séjours dans leur globalité		Séquences temporelles en hospitalisation sous contrainte		
	Nb séjours	Nb journées présence	Nb journées de présence sous contrainte	% journées sous contrainte sur le total des journées	Nb moyen journées sous contrainte par séjour
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	70 103	3 123 132	2 602 783	83,3	37,1
Hospitalisation d'office (code 3)	18 368	1 340 354	1 200 816	89,6	65,4
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	465	73 266	70 672	96,5	152,0
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	128	4 649	4 386	94,3	34,3
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 466	37 181	36 723	98,8	25,0
TOTAL	90 530	4 578 582	3 915 380	85,5	43,2

1.3. Chambre d'isolement

17,7% des séjours considérés comportaient au moins une « journée » en chambre d'isolement⁴.

Cette proportion variait en fonction des modes légaux :

- de 15% des séjours des patients hospitalisés à la demande d'un tiers,
- à près de 60% des séjours des détenus relevant de l'art. D 398 CPP.

Les séjours avec passage en chambre d'isolement se caractérisaient par des durées moyennes de prise en charge plus longues par rapport à l'ensemble des séjours considérés :

- 65,6 journées d'hospitalisation pour les séjours avec au moins un passage en chambre d'isolement
- 50,6 journées d'hospitalisation pour tous les séjours 2009 de la population étudiée

³ L'indicateur « n^b moyen de journées de présence par séjour » doit être interprété avec précaution. Ce point sera explicité plus avant dans le chapitre consacré à la discussion.

⁴ Le recueil RIM-P ne permet pas d'apprécier la durée horaire des passages en chambre d'isolement sur une journée. L'indicateur « nombre de journées en isolement » comptabilise à la fois des passages de quelques heures et des journées complètes en chambre d'isolement.

Parmi les séjours comportant au moins un passage en chambre d'isolement, un tel épisode avait été noté pour 22,4% des journées ; en moyenne, on comptabilisait 14,7 « journées » en chambre d'isolement par séjour.

Ces résultats sont détaillés en annexe 2.

1.4. Modes d'entrée, modes de sortie des séjours

Cette analyse porte sur les seuls **séjours terminés en 2009, soit** $\frac{3}{4}$ des séjours de la base (**71 505 séjours**).

Le **mode d'entrée** le plus représenté était le « **domicile**⁵ » : il concernait 55 % des séjours considérés. D'autres modes d'entrée étaient notés, notamment pour les séjours relevant d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office. Pour ces séjours, il s'agissait, par ordre de fréquence décroissante, des modes suivants : admission après passage au SAU, mutation ou transfert du MCO, mutation ou transfert de psychiatrie.

Le **mode de sortie** le plus représenté était le « **domicile**⁶ » : il concernait 79 % des séjours considérés. Le second mode de sortie le plus fréquent correspondait aux mutations/transferts en psychiatrie (10%). Un décès du patient était enregistré pour 0,3 % des séjours (n = 215).

1.5. Sorties d'essai

Les analyses statistiques menées pour apprécier la fréquence des sorties d'essai et leur durée n'ont pas produit de résultats fiables. Les premiers résultats ont en effet mis en exergue la très médiocre qualité du recueil de la donnée « séquence d'essai » dans les RIM-P. Cet aspect n'a donc pas été exploré plus avant.

1.6. Âge et sex-ratio des patients dont les séjours sont étudiés

L'âge moyen des patients était de 41,3 ans. La distribution par classes d'âge a été étudiée. Elle a mis en évidence que 80 % des séjours considérés portaient sur des patients âgés de 20 à 59 ans. Ces résultats sont détaillés en annexe 2.

La répartition des séjours selon le sexe ratio a été analysée. 61,8% des séjours concernaient des hommes. Les hommes étaient notamment représentés dans les séjours comportant une hospitalisation sous contrainte codée 3, 4 et 6 ou dans les séjours en hospitalisation libre en SMPR.

Mode Légal	Nb séjours	âge moyen	sex ratio
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	70 103	42,4	54,6
Hospitalisation d'office (code 3)	18 368	39,4	81,3
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	465	37,6	92,5
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	128	16,5	64,8
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 466	32,2	93,9
Détenus en SMPR en hospitalisation libre	2 818	33,5	92,2
TOTAL	93 348	41,3	61,8

1.7. Diagnostiques principaux des séjours

Les diagnostics principaux ont fait l'objet d'un regroupement par catégories tel que précisé ci-dessous. Sur cette base, la répartition des séjours par catégories diagnostiques a été étudiée, globalement et en fonction des modes légaux d'hospitalisation.

Les troubles schizophréniques et apparentés (codes F20 à F29) étaient les plus fréquents (39 % de l'ensemble des séjours considérés). Cette catégorie diagnostique représentait 49 % des séjours relatifs aux patients hospitalisés d'office et 74 % des séjours des patients jugés pénalement irresponsables.

Les troubles de l'humeur (codes F30 à F39) représentaient 17 % de l'ensemble des séjours considérés et 19 % des séjours relatifs aux patients hospitalisés à la demande d'un tiers.

⁵ Pour les détenus, la prison est assimilée au domicile.

⁶ Pour les détenus, la prison est assimilée au domicile.

Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (codés en diagnostic principal) représentaient 11 % de l'ensemble des séjours considérés.

Catégorie diagnostique	Total séjours		Répartition par mode légal ou SMPR					
			HDT	HO	Irresp.	OPP	Art.D 398	SMPR
	Nb	%	code 2	code 3	code 4	code 5	code 6	en HL
F20-F29	36 748	39%	38%	49%	74%	12%	28%	23%
F30-F39	15 704	17%	19%	9%	4%	4%	13%	12%
<i>Autre</i>	11 221	12%	11%	13%	7%	5%	12%	24%
F10-F19	10 579	11%	12%	9%	3%	5%	5%	10%
F60-F69	7 140	8%	7%	10%	7%	31%	21%	13%
F40-F48	4 995	5%	5%	4%	1%	9%	16%	12%
F00-F09	2 380	3%	3%	1%	2%	0%	1%	1%
F99	1 542	2%	2%	2%	0%	8%	2%	1%
F70-F79	1 403	2%	2%	2%	1%	2%	1%	1%
F80-F89	798	1%	1%	1%	1%	6%	0%	1%
F90-F98	436	0%	0%	1%	0%	19%	1%	1%
F50-F59	402	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	93 348	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			70 103	18 368	465	128	1 466	2 818

F00-F09	Tb mentaux organiques (démences, ...)
F10-F19	Tb mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F20-F29	Schizophrénie, tb schizotypique et tb délirants
F30-F39	Tb de l'humeur (affectifs)
F40-F48	Tb névrotiques, tb liés à des facteurs de stress, tb somatoformes
F50-F59	Sd comorbidement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (tb alimentation, sommeil, ...)
F60-F69	Tb de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Tb du développement psychologique
F90-F98	Tb du comportement et tb émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Tb mental sans précision
Autres codes que 'F'	Pathologie neurologique, auto-intoxication, ...

1.8. Diagnosics ou facteurs associés relatifs à la consommation d'alcool ou de drogue

Des troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, drogues) ont été codés en diagnostics associés significatifs (DAS) dans 6 % de l'ensemble des séjours considérés

(n = 6 132). Ces séjours regroupaient 8% de l'ensemble des journées d'hospitalisation considérées.

Mode Légal	Nb séjours avec DAS dépendance "alcool ou drogue" (F10.- à F19.-)	% <u>Journées présence des séjours avec DAS dépendance "alcool ou drogue" (F10.- à F19.-)</u>
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	4 510	7,8
Hospitalisation d'office (code 3)	1 349	8,4
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	55	16,2
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	3	0,3
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	94	6,2
Détenus en SMPR en hospitalisation libre	121	4,1
TOTAL	6 132	8,0

2. **SEJOURS DES PATIENTS HOSPITALISES EN UNITES POUR MALADES DIFFICILES** [RIM-P 2009]

Ce volet de l'étude porte sur :

- **826 séjours** (soit 0,1% des séjours de la base nationale RIM-P 2009),
- **148 947 journées** ou venues (soit 0,6% des journées ou venues de la base nationale RIM-P 2009).

Les 826 séjours analysés concernent des prises en charge en **unité d'hospitalisation temps plein** mais aussi en **hospitalisation temps partiel** (centre accueil thérapeutique, atelier thérapeutique et hôpital de jour).

De ce fait, **aucune durée moyenne de prise en charge n'a été calculée dans les résultats présentés ci-dessous.**

2.1. Caractéristiques administratives des « séjours en UMD »

Plus de 90% des journées [ou venues] des « séjours en UMD » concernaient des séquences temporelles caractérisées par une hospitalisation sous contrainte ; 73% des journées correspondaient à des hospitalisations d'office.

Mode Légal	Nb séjours	% séjours	Nb Journées présence ou venues	% Journées présence ou venues
Hospitalisation libre (code 1)	87	10,5	14 050	9,4
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	2	0,2	199	0,1
Hospitalisation d'office (code 3)	607	73,5	108 756	73,0
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	57	6,9	14 290	9,6
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	55	6,7	10 118	6,8
Non renseigné	18	2,2	1 535	1,0
TOTAL	826	100,0	148 947	100,0

Les **passages en chambre d'isolement**⁷ concernaient 59 % des séjours considérés. Cette proportion était plus importante pour les patients hospitalisés sous contrainte, en particulier pour les séjours en hospitalisation d'office.

Mode Légal	Nb séjours avec au moins un passage en isolement	% séjour avec au moins un passage en isolement	Nb "journées" en isolement	% "journées" en isolement sur le nb total de journées en UMD	% "journées" en isolement sur le nb total de journées des séjours avec au moins un passage en isolement
Hospitalisation libre (code 1)	30	34,5	625	4,4	15,2
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	1	50,0	13	6,5	10,5
Hospitalisation d'office (code 3)	382	62,9	13 589	12,5	17,3
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	39	68,4	1 294	9,1	13,2
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	35	63,6	390	3,9	6,5
Non renseigné	0	0,0	0	0,0	0,0
TOTAL	487	59,0	15 911	10,7	16,1

La répartition des **modes d'entrée et de sortie** des « séjours en UMD » a été calculée sur les seuls **séjours terminés en 2009** (n = 405).

Le mode d'entrée n'était **pas renseigné** pour 7% des séjours ; le mode de sortie n'était pas renseigné pour 4% des séjours.

Les **modes d'entrée** les plus fréquents étaient :

- mutation / transfert de Psychiatrie : 49,6% des séjours,
- domicile : 27,4%,
- mutation / transfert de MCO : 11,9%.

Les **modes de sortie** les plus fréquents étaient :

- mutation / transfert en Psychiatrie : 50,6% des séjours,
- domicile : 32,3%,
- mutation / transfert en MCO : 4,7%.

Le mode de sortie décès était observé pour 0,7% des séjours (n = 3).

⁷ Le recueil RIM-P ne permet pas d'apprécier la durée horaire des passages en chambre d'isolement sur une journée. L'indicateur « nombre de journées en isolement » comptabilise à la fois des passages de quelques heures et des journées complètes en chambre d'isolement.

2.2. Caractéristiques médicales des patients des « séjours en UMD »

L'âge moyen des patients des « séjours en UMD » était de 33 ans ; les hommes représentaient 90% des séjours.

Mode Légal	Nb "séjours UMD"	Âge moyen	Sex-ratio
Hospitalisation libre (code 1)	87	32,5	80,5
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	2	34,0	100
Hospitalisation d'office (code 3)	607	32,5	92,3
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	57	36,1	100
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	55	35,3	100
Non renseigné	18	27,7	5,6
TOTAL	826	32,9	90,2

71 % des « séjours en UMD » concernaient des **patients âgés de 20 à 39 ans**. 11 séjours étaient associés à des patients de 16-17 ans.

Les **diagnostics principaux** ont fait l'objet d'un regroupement par catégories tel que précisé ci-dessous. Sur cette base, la répartition des séjours par catégories diagnostiques a été étudiée, globalement et en fonction des modes légaux d'hospitalisation.

Les troubles schizophréniques et apparentés (codes F20 à F29) étaient les plus fréquents (60 % de l'ensemble des séjours considérés).

Les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (codes F60 à F69) représentaient 17 % de l'ensemble des séjours considérés.

Catégorie diagnostique	Total séjours		Répartition par mode légal					
			HL	HDT	HO	Irresp.	Art.D 398	Non
	Nb	%	code 1	code 2	code 3	code 4	code 6	renseigné
F20-F29	496	60,0%	66,7%	0,0%	57,7%	82,5%	58,2%	50,0%
F60-F69	142	17,2%	16,1%	50,0%	16,8%	3,5%	32,7%	27,8%
F70-F79	47	5,7%	0,0%	50,0%	6,9%	5,3%	0,0%	5,6%
F80-F89	47	5,7%	6,9%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	16,7%
Autre	38	4,6%	3,4%	0,0%	5,4%	0,0%	3,6%	0,0%
F30-F39	19	2,3%	1,1%	0,0%	2,5%	3,5%	1,8%	0,0%
F00-F09	13	1,6%	1,1%	0,0%	1,6%	3,5%	0,0%	0,0%
F10-F19	13	1,6%	2,3%	0,0%	1,3%	1,8%	3,6%	0,0%
F40-F48	8	1,0%	1,1%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%
F99	2	0,2%	1,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
F90-F98	1	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	826	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

F00-F09	Tb mentaux organiques (démences, ...)
F10-F19	Tb mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F20-F29	Schizophrénie, tb schizotypique et tb délirants
F30-F39	Tb de l'humeur (affectifs)
F40-F48	Tb névrotiques, tb liés à des facteurs de stress, tb somatoformes
F50-F59	Sd comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (tb alimentation, sommeil, ...)
F60-F69	Tb de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Tb du développement psychologique
F90-F98	Tb du comportement et tb émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Tb mental sans précision
Autres codes que 'F'	Difficultés liées à l'emprisonnement, précarité, ...

Des troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool, drogues) ont été codés en diagnostics associés significatifs pour 33 « séjours en UMD ».

3. APPROCHE PATIENT : ANALYSE LONGITUDINALE DU RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE SUR L'ANNEE 2009 [RIM P 2009]

Cette approche permet de compléter l'analyse des séjours correspondant au premier volet de l'étude. Au-delà de l'étude des seuls séjours comportant une séquence d'hospitalisation sous contrainte ou réalisés en SMPR, le parcours de soins de la population des patients étudiée a été reconstitué sur l'année 2009, en prenant en compte toutes les forme de prise en charge.

Ce volet de l'étude a porté sur **77 469 patients** (soit 4% des patients de la base nationale RIM-P 2009). A des fins de lisibilité des résultats, chaque patient a été caractérisé par un et un seul mode d'hospitalisation sous contrainte selon la règle hiérarchique énoncée dans le chapitre « Méthode ».

3.1. Répartition des patients par mode légal d'hospitalisation

95,4 % des patients ont été classés dans les catégories « hospitalisation à la demande d'un tiers » ou « hospitalisation d'office ». Cette proportion est comparable à celle des séjours et des journées de la population étudiée en première partie de l'étude.

Mode Légal	Nb Patients	% Patients	% séjours sous contrainte	% Journées présence
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	58 108	75,0	75,1	68,2
Hospitalisation d'office (code 3)	15 788	20,4	19,7	29,3
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	377	0,5	0,5	1,6
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	86	0,1	0,1	0,1
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 165	1,5	1,6	0,8
Détenus en SMPR en hospitalisation libre	1 945	2,5	3,0	-
TOTAL	77 469	100,0	100,0	100,0

3.2. Âge et sex-ratio des patients

L'âge d'un patient évoluant en cours d'année, le choix a été fait de fixer un seul âge par patient en 2009 pour éviter les double-comptes des patients entre 2 catégories d'âge⁸.

L'âge moyen des patients était de 41,8 ans ; 61,4% des patients sont des hommes.

83 % des patients considérés étaient âgés de 20 à 59 ans. La répartition des patients par classe d'âge et le sex-ratio sont détaillés en annexe 3.

Mode Légal	Nb Patients	âge moyen	sex-ratio
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	58 108	42,9	54,2%
Hospitalisation d'office (code 3)	15 788	39,5	80,8%
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	377	38,4	91,2%
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	86	16,5	64,0%
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 165	32,3	93,9%
Détenus en SMPR en hospitalisation libre	1 945	33,6	92,4%
TOTAL	77 469	41,8	61,4%

⁸ L'âge le plus fréquent parmi les séquences RIM-P de chaque patient est retenu. Du fait d'erreurs dans le renseignement de la variable « sexe » de certains patients, une règle identique a été appliquée pour fixer le sexe attribué à chaque patient.

La **comparaison** de la structure par âge de la population étudiée de l'étude avec celle de la **population générale** des 16 ans et plus fournie par l'INSEE montre que les patients de l'étude étaient plus jeunes : 68% avaient entre 20 et 50 ans, ce taux étant de 49% dans la population générale.

La part des hommes était également nettement supérieure dans l'étude à celle de la population générale : 61% contre 48%. Cet écart existe pour toutes les classes d'âge, sauf pour les 60-75 ans. L'écart était le plus important pour les personnes de 20 à 35 ans : plus de 70% d'hommes dans l'étude et environ 50% d'hommes dans les données INSEE.

Ces résultats sont détaillés en annexe 3.

3.3. Répartition des patients par combinaisons de prise en charge et par mode légal d'hospitalisation

Le parcours de soins des patients a été caractérisé en fonction des différents types de prise en charge dont le patient a bénéficié au cours de l'année 2009.

Pour les patients hospitalisés sous contrainte ou en SMPR en 2009 les combinaisons de prise en charge en psychiatrie les plus représentées étaient :

- pour 42,9% des patients : hospitalisation temps plein sous contrainte (ou en SMPR) ET prise en charge ambulatoire ;
- pour 24,5% des patients : hospitalisation temps plein sous contrainte exclusive (ou en SMPR) ;
- pour 11,8% des patients : hospitalisation à temps plein sous contrainte (ou en SMPR) ET hospitalisation à temps plein libre ET prise en charge ambulatoire.

D'autres combinaisons de recours aux soins psychiatriques ont concerné un nombre significatif de patients des catégories « hospitalisation d'office » ou « hospitalisation à la demande d'un tiers » :

- prises en charges à temps partiel en complément de l'hospitalisation temps plein sous contrainte (ou en SMPR) ET des prises en charge ambulatoires ;
- combinaison de 4 modalités de recours : hospitalisation à temps plein sous contrainte (ou en SMPR) ET hospitalisation à temps plein libre ET prises en charge à temps partiel ET prises en charge ambulatoires.

Enfin en SMPR, près de 60% des patients n'ont pas été hospitalisés en temps complet ; ils étaient pris en charge à temps partiel ET en ambulatoire exclusivement.

Ces résultats sont détaillés en annexe 3.

3.4. Répartition des journées, venues et actes pour les principales combinaisons de prise en charge

La répartition des volumes annuels par mode légal d'hospitalisation sous contrainte ou en SMPR des journées de présence à temps complets ou des venues et demi-venues à temps partiels et des actes ambulatoires est présentée en annexe 3.

L'hospitalisation temps plein sous contrainte a représenté la forme de prise en charge prépondérante parmi l'ensemble des modalités de soins.

Le recours aux autres structures de prise en charge à temps complet (centre de crise, appartement thérapeutique, centre de postcure psychiatrique, etc.) a été très faible, en particulier pour les codes 4, 5, 6 et les patients en SMPR.

La durée médiane de prise en charge en hospitalisation à temps plein ou le nombre médian de venues à temps partiel ou le nombre médian d'actes par patient ont été calculés et sont présentés en annexe 3.

4. SEJOURS MCO AVEC ADMISSION PAR MUTATION OU TRANSFERT DE PSYCHIATRIE – RSA 2009

Ce volet de l'étude porte sur :

- 13 559 séjours MCO relatifs à des patients âgés de plus de 15 ans.
- Les séjours relatifs aux enfants âgés de moins de 16 ans n'ont pas été retenus (n = 135)

L'analyse a porté sur les aspects médicaux susceptibles d'éclairer les motifs de prise en charge en MCO. Pour ce faire, les Groupes Homogènes de Malades (GHM) ont été étudiés et regroupés par « domaines d'activité⁹ ». Pour certains GHM, cette démarche a été complétée d'un examen des diagnostics et des actes codés.

La répartition des séjours par « domaines d'activité » a mis en évidence une dispersion importante entre les différentes catégories. Certaines d'entre elles étaient toutefois plus représentées que les autres :

- D28 : autres symptômes ou motifs médicaux : 30,8 % des séjours
- D01 : digestif : 10,1 % des séjours
- D09 : pneumologie : 9 % des séjours
- D22 : psychiatrie : 8,9 % des séjours
- D23 : toxico, intoxications, alcool : 7,3 % des séjours
- D05 : système nerveux (hors cathétérismes vasculaires) : 5,7 % des séjours

29,4% des séjours étaient groupés dans les GHM « 23K03 : Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire » et « 23M06 : Autres facteurs influant sur l'état de santé ». Pour la quasi-totalité d'entre eux, les séjours comportaient un **acte de sismothérapie**.

Les libellés des divers GHM sélectionnés ne permettent pas de repérer avec fiabilité des séjours MCO qui seraient la conséquence de lésions auto ou hétéro infligées par des patients en psychiatrie. Les racines suivantes pourraient permettre cette interprétation bien que l'origine accidentelle ne puisse être écartée :

- 21M10 : effets toxiques des médicaments et substance biologiques, âge > 17 ans (317 séjours de la sélection),
- 01M13 : troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique (80 séjours de la sélection),
- 08C49 : interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge > 17 ans (75 séjours de la sélection),
- 08C47 : prothèses de hanche pour traumatismes récents (64 séjours de la sélection),
- 09M03 : traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge > 17 ans (43 séjours de la sélection),
- 08M37 : fractures du bras et de l'avant-bras (19 séjours de la sélection),
- 21M02 : effets toxiques des médicaments et substance biologiques, âge < 18 ans (18 séjours de la sélection),
- 21M14 : autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications (17 séjours de la sélection),
- 01M19 : autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions (16 séjours de la sélection),
- 08M07 : fractures, entorses, luxations et dislocations de jambe, âge > 17 ans (14 séjours de la sélection),
- 08M26 : fractures du rachis (11 séjours de la sélection),
- 01C03 : craniotomies pour traumatisme, âge > 17 ans (9 séjours de la sélection),
- 01M18 : lésions traumatiques intracrâniennes sévères (9 séjours de la sélection),
- 08M22 : fractures, entorses, luxations et dislocations de main (9 séjours de la sélection),
- 03M02 : traumatismes et déformations du nez (8 séjours de la sélection),
- 22C02 : brûlures non étendues avec greffe cutanée (8 séjours de la sélection),
- 08C53 : interventions sur le genou pour traumatismes (7 séjours de la sélection),
- 08M21 : entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge > 17 ans (7 séjours de la sélection).

Ces résultats sont détaillés en annexe 3.

DISCUSSION

La discussion sera ciblée sur des éléments de méthode afin de mettre l'accent sur les précautions qui doivent encadrer l'utilisation et l'interprétation de certains résultats de l'étude.

L'exhaustivité du recueil RIM-P 2009 est satisfaisante (96 % d'exhaustivité en masse financière pour chacun des deux secteurs¹⁰) mais la qualité des données recueillies reste perfectible.

⁹ Nomenclature des « regroupements de GHM V11 » et méthodologie de construction disponibles sur le site ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000250002EFF>

¹⁰ Le taux d'exhaustivité exprimé en FINESS (nombre d'établissements participants au recueil / nombre d'établissements attendus) est de 84,5% dans le secteur sous DAF et 95,5 % dans le secteur sous OQN.

Les analyses qui ont été menées portent, pour la plupart, sur les RIM-P de l'année 2009. Or, les hospitalisations en psychiatrie s'inscrivent, pour certaines d'entre elles, dans la durée, notamment pour les patients les plus lourds. Ce faisant, certains séjours débutés en 2009 se sont poursuivis en 2010 et ce « volet 2010 » n'a pas été étudié. En miroir, certains séjours de 2009 ont débuté en 2008 voire auparavant et ce « volet antérieur à 2009 » n'a pas non plus été étudié. Cet écueil avait été anticipé lors de la « formulation » du protocole d'étude mais cette méthodologie avait néanmoins été retenue pour des raisons de faisabilité. Il convient donc de rester prudent sur l'interprétation des durées de prises en charge quand elles sont indiquées. Certains séjours étant tronqués, les durées moyennes d'hospitalisation peuvent être artificiellement diminuées.

De plus, pour les séjours en hospitalisation libre, une troncature artificielle des séjours est parfois observée du fait de permissions prolongées plus de 48h.

Pour les variables suivantes (modes d'entrée - sortie, sortie d'essai, sexe, diagnostic associé), le défaut ou les anomalies de renseignement semblent fréquentes et incitent à la mesure dans l'utilisation des indicateurs liés.

Les modes d'entrée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignés. Lorsqu'ils le sont, les informations recueillies sont parfois erronées et vont dans le sens d'une surestimation du code « domicile ».

Les préconisations en matière de recueil de l'information lors d'une sortie d'essai ne sont parfois pas suivies (séquences de sortie d'essai non produites par certains établissements ; oubli de clôture des séquences de sortie d'essai dans d'autres établissements).

Pour de quelques patients, le code « sexe » variait au cours de l'année 2009, d'une séquence de prise en charge à une autre.

La part des séjours avec présence d'un diagnostic associé « alcool, drogues » paraît faible et permet de suspecter un défaut de codage des contextes d'addiction.

Par ailleurs, le guide méthodologique de production des RIM-P est en cours de révision afin notamment de rendre plus fonctionnelle la caractérisation de certaines situations. C'est le cas par exemple des prises en charge en chambre d'isolement. En 2009, le recueil de cette information ne permettait pas de faire état de la durée horaire des passages en chambre d'isolement sur une journée. Lorsqu'un tel passage était noté, il pouvait correspondre à une prise en charge limitée à quelques heures ou couvrir l'ensemble de la journée. Dans le cadre de notre étude, cette impression rend donc délicate l'interprétation des durées de prise en charge en chambre d'isolement.

Enfin, lors de l'analyse longitudinale des prises en charge des anomalies rares mais majeures d'enregistrement des données RIM-P ont été repérées :

- patients différents partageant un même numéro de séjour,
- recueil de prises en charges différentes sous un même numéro de séjour (hospitalisation temps complet et hospitalisation temps partiel).

Pour certaines analyses, les données concernées ont été écartées.

CONCLUSION

En réponse à une demande de l'IGAS, l'ATIH a exploité les données RIM-P 2009 afin de définir les caractéristiques des patients pris en charge en psychiatrie et susceptibles de présenter des troubles mettant en danger leur vie ou la vie d'autrui.

La population ciblée est constituée des patients âgés de plus de 15 ans hospitalisés sous contrainte ou en hospitalisation libre en SMPR.

Les patients hospitalisés à la demande d'un tiers ou hospitalisés d'office représentent 95% de cette population (et 97% des journées de prise en charge).

L'âge moyen de cette population est de 42 ans et plus de 60% des patients sont des hommes.

Les prises en charge en psychiatrie de ces patients reposent majoritairement sur l'hospitalisation temps plein. Cependant, hors des périodes d'hospitalisation sous contrainte, des prises en charge en ambulatoire ou à temps partiel sont réalisées.

Pour plus de la moitié des séjours, le diagnostic principal codé représente soit la schizophrénie, les troubles schizotiques et les troubles délirants soit les troubles affectifs de l'humeur.

Les séjours avec passage en chambre d'isolement semblent être de durée plus prolongée.

Le focus sur les patients pris en charge en UMD n'a permis de repérer qu'un nombre très faible de séjours dans la base RIM-P 2009. La population est plus jeune (33 ans) et massivement représentée par des hommes (90%).

Plus de la moitié des séjours en UMD précèdent ou sont suivi d'un séjour dans une unité de psychiatrie. Pour plus des trois-quarts des séjours, le diagnostic principal codé représente soit la schizophrénie, les troubles schizotiques et les troubles délirants soit les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

L'étude des séjours MCO en provenance d'une unité de psychiatrie n'a pas permis de repérer de manière certaine des séjours qui seraient la conséquence de comportements auto ou hétéro agressifs de patients en psychiatrie.

La fiabilisation du numéro anonyme des patients en psychiatrie est indispensable pour mener, à l'avenir, ce type d'étude grâce au chainage des séjours entre les champs psychiatrique et MCO.

Annexe 1. Combinaisons des modes légaux d'hospitalisation des séjours comportant au moins une séquence temporelle d'hospitalisation sous contrainte (RIM-P 2009, patients âgés de 16 ans et plus) (hors séjours en hospitalisation libre en SMPR)

Les combinaisons présentées ci-dessous ne prennent pas en compte la chronologie de succession des modes légaux d'hospitalisation au cours du séjour.

Mode légal	Nb Séjours	%
1- 2	30 972	34,2
1- 2- 3	416	0,5
1- 2- 3- 4	2	0,0
1- 2- 4	1	0,0
1- 2- 5	1	0,0
1- 2- 6	1	0,0
1- 3	6 193	6,8
1- 3- 4	10	0,0
1- 3- 4- 5	1	0,0
1- 3- 4- 6	1	0,0
1- 3- 5	3	0,0
1- 3- 6	31	0,0
1- 4	42	0,0
1- 5	20	0,0
1- 6	388	0,4
2	37 546	41,5
2- 3	537	0,6
2- 3- 4	3	0,0
2- 3- 6	1	0,0
2- 4	4	0,0
2- 5	2	0,0
2- 6	4	0,0
3	10 637	11,7
3- 4	41	0,0
3- 4- 6	1	0,0
3- 5	5	0,0
3- 6	34	0,0
4	337	0,4
4- 6	5	0,0
5	103	0,1
6	996	1,1
- 1- 2*	749	0,8
- 1- 2- 3*	12	0,0
- 1- 3*	260	0,3
- 1- 3- 4*	2	0,0
- 1- 4*	1	0,0
- 2*	833	0,9
- 2- 3*	15	0,0
- 2- 4*	1	0,0
- 3*	294	0,3
- 3- 4*	4	0,0
- 3- 6*	3	0,0
- 4*	16	0,0
- 5*	1	0,0
- 6*	1	0,0
Total	90 530	100,0

Modes légaux d'hospitalisation

- 1 : Hospitalisation libre
- 2 : Hospitalisation à la demande d'un tiers
- 3 : Hospitalisation d'office
- 4 : Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- 5 : Ordonnance Provisoire de Placement (OPP)
- 6 : Article D 398 du code de procédure pénale (détenus)
- * : Mode légal d'hospitalisation non renseigné

* au moins une séquence temporelle pour laquelle le mode légal n'est pas renseigné

Annexe 2. Séjours 2009 de la population des patients hospitalisés sous contrainte ou en SMPR :

« Journées avec passage en isolement » au sein des séjours de la population étudiée

Mode Légal	Séjours dans leur globalité			Séjours avec au moins un passage en chambre d'isolement					
	Nb séjours	Nb journées présence	Nb moyen journées présence par séjour	Nb séjours avec au moins 1 passage en isolement	% séjours avec au moins 1 passage en isolement	Nb moyen journées présence des séjours avec au moins un passage en isolement	Nb "journées" en chambre d'isolement	% "journées" en chambre d'isolement sur total journées des séjours concernés	Nb moyen "journées" en chambre d'isolement des séjours concernés
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	70 103	3 123 132	44,6	10 541	15,0	61,1	144 584	22,4	13,7
Hospitalisation d'office (code 3)	18 368	1 340 354	73,0	4 907	26,7	79,2	83 746	21,5	17,1
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	465	73 266	157,6	135	29,0	186,5	4 740	18,8	35,1
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	128	4 649	36,3	31	24,2	55,2	395	23,1	12,7
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 466	37 181	25,4	878	59,9	24,5	9 032	42,0	10,3
Détenus en SMPR en hospitalisation libre*	2 818	-	-	28	1,0	-	-	-	-
TOTAL	93 348	4 578 582	50,6	16 520	17,7	65,6	242 497	22,4	14,7

* Séjours en SMPR en hospitalisation libre : pas de calcul de journées du fait du regroupement d'hospitalisations temps plein et temps partiel (CATTP et HDJ)

Classes d'âge et sex-ratio des séjours de la population des patients étudiée

Répartition en Nb séjours	HDT		HO		Irresp.		OPP		Art. D398 CPP		SMPR		TOUS modes légaux	
	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes
de 16 ans a 17 ans	136	54,4	164	84,8	1	100,0	128	64,8	18	88,9	46	78,3	493	70,8
de 18 ans a 19 ans	2 263	63,2	390	87,2	12	91,7			65	98,5	107	94,4	2 837	68,6
de 20 ans a 24 ans	7 175	67,7	1 635	90,7	35	94,3			291	92,8	514	94,6	9 650	73,9
de 25 ans a 29 ans	7 800	67,4	2 378	89,2	79	96,2			344	98,0	575	95,8	11 176	74,6
de 30 ans a 34 ans	7 434	63,0	2 689	86,5	89	91,0			236	92,8	457	93,7	10 905	70,9
de 35 ans a 39 ans	8 445	57,6	2 764	83,5	88	97,7			189	91,5	373	95,4	11 859	65,6
de 40 ans a 44 ans	8 158	53,1	2 476	79,7	53	92,5			143	92,3	300	88,0	11 130	60,6
de 45 ans a 49 ans	7 443	47,1	2 043	74,9	36	91,7			90	88,9	179	92,2	9 791	54,3
de 50 ans a 54 ans	6 184	46,3	1 370	77,2	26	76,9			32	100,0	107	77,6	7 719	52,5
de 55 ans a 59 ans	4 905	45,3	1 019	69,1	16	81,3			32	84,4	85	75,3	6 057	50,1
de 60 ans a 64 ans	3 309	42,2	689	72,3	11	90,9			17	100,0	41	80,5	4 067	48,1
de 65 ans a 69 ans	2 021	40,4	308	66,6	7	100,0			2	100,0	17	82,4	2 355	44,3
de 70 ans a 74 ans	1 748	40,0	210	60,5	4	75,0			2	100,0	12	91,7	1 976	42,6
de 75 ans a 79 ans	1 398	41,4	122	53,3	4	75,0			1	100,0	3	100,0	1 528	42,6
de 80 ans a 84 ans	973	45,6	61	52,5	4	100,0			4	100,0	2	100,0	1 044	46,6
de 85 ans a 89 ans	585	42,7	42	61,9									627	44,0
de 90 ans a 94 ans	104	31,7	5	40,0									109	32,1
95 ans et plus	21	38,1	3	100,0									24	45,8
TOTAL	70 103	54,6	18 368	81,3	465	92,5	128	64,8	1 466	93,9	2 818	92,2	93 348	61,8

- **HDT** Hospitalisation à la demande d'un tiers
- **HO**Hospitalisation d'office
- **Irresp.**.....Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- **OPP** Ordonnance Provisoire de Placement
- **Art. D398**...Article D 398 du code de procédure pénale (prise en charge des détenus)

Annexe 3. Analyse de la population des patients hospitalisés sous contrainte ou en SMPR :

Classes d'âge et sex-ratio de la population étudiée

Répartition Nb PATIENTS	HDT		HO		Irresp.		OPP		Art. D398 CPP		SMPR		TOUS modes légaux	
	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes	Nb	% hommes
de_16_ans_a_17_ans	130	53,1%	151	86,1%	1	100,0%	86	64,0%	16	87,5%	34	85,3%	418	71,3%
de_18_ans_a_19_ans	1 869	64,2%	343	86,3%	11	90,9%			49	98,0%	70	91,4%	2 342	69,0%
de_20_ans_a_24_ans	5 798	67,2%	1 429	90,6%	30	93,3%			230	92,6%	343	93,9%	7 830	73,5%
de_25_ans_a_29_ans	6 255	67,2%	2 054	89,1%	62	96,8%			274	97,8%	398	94,2%	9 043	74,5%
de_30_ans_a_34_ans	5 951	62,3%	2 224	85,7%	60	86,7%			183	93,4%	320	94,7%	8 738	70,2%
de_35_ans_a_39_ans	6 858	56,7%	2 357	84,2%	62	96,8%			154	91,6%	263	96,2%	9 694	65,3%
de_40_ans_a_44_ans	6 688	52,8%	2 160	79,5%	53	92,5%			113	92,0%	201	91,0%	9 215	60,6%
de_45_ans_a_49_ans	6 183	47,2%	1 730	74,0%	30	90,0%			69	88,4%	122	91,0%	8 134	54,1%
de_50_ans_a_54_ans	5 243	45,8%	1 182	76,1%	25	80,0%			29	100,0%	75	81,3%	6 554	52,0%
de_55_ans_a_59_ans	4 133	45,7%	921	68,8%	16	81,3%			26	88,5%	67	79,1%	5 163	50,6%
de_60_ans_a_64_ans	2 855	42,9%	541	67,7%	10	90,0%			16	100,0%	27	81,5%	3 449	47,5%
de_65_ans_a_69_ans	1 781	40,5%	286	66,4%	6	100,0%			2	100,0%	12	75,0%	2 087	44,5%
de_70_ans_a_74_ans	1 536	40,4%	192	59,9%	4	75,0%			2	100,0%	8	87,5%	1 742	42,9%
de_75_ans_a_79_ans	1 261	42,3%	110	54,5%	3	66,7%			1	100,0%	3	100,0%	1 378	43,5%
de_80_ans_a_84_ans	899	45,2%	59	52,5%	4	100,0%			1	100,0%	2	100,0%	965	46,0%
de_85_ans_a_89_ans	547	43,0%	41	61,0%									588	44,2%
de_90_ans_a_94_ans	99	30,3%	5	40,0%									104	30,8%
95_ans_et_plus	20	40,0%	3	100,0%									23	47,8%
TOTAL	58 106	54,2%	15 788	80,8%	377	91,2%	86	64,0%	1 165	93,9%	1 945	92,4%	77467*	61,4%

* pour 2 patients le sexe n'était renseigné sur aucune séquence => exclusion de l'analyse des âges et sex-ratio

- **HDT** Hospitalisation à la demande d'un tiers
- **HO** Hospitalisation d'office
- **Irresp.**.....Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- **OPP** Ordonnance Provisoire de Placement
- **Art. D398**...Article D 398 du code de procédure pénale (prise en charge des détenus)

Répartition par classes d'âge et sex-ratio de la population étudiée versus la population totale

Répartition Nb <u>PATIENS</u>	Patients de l'étude		POP. totale au 01/01/2009 (1)		Répartition par classe d'âge	
	Total	% hommes	Total	% hommes	Patients étude	POP. totale
de_16_ans_a_17_ans	418	71,3%	1 551 626	51,1%	0,5	3,1
de_18_ans_a_19_ans	2 342	69,0%	1 605 063	51,1%	3,0	3,2
de_20_ans_a_24_ans	7 830	73,5%	3 976 531	50,4%	10,1	7,9
de_25_ans_a_29_ans	9 043	74,5%	3 935 202	49,7%	11,7	7,8
de_30_ans_a_34_ans	8 738	70,2%	3 859 866	49,9%	11,3	7,7
de_35_ans_a_39_ans	9 694	65,3%	4 391 771	49,7%	12,5	8,7
de_40_ans_a_44_ans	9 215	60,6%	4 383 717	49,4%	11,9	8,7
de_45_ans_a_49_ans	8 134	54,1%	4 326 109	49,1%	10,5	8,6
de_50_ans_a_54_ans	6 554	52,0%	4 162 292	48,7%	8,5	8,3
de_55_ans_a_59_ans	5 163	50,6%	4 127 519	48,8%	6,7	8,2
de_60_ans_a_64_ans	3 449	47,5%	3 573 014	48,6%	4,5	7,1
de_65_ans_a_69_ans	2 087	44,5%	2 519 332	47,4%	2,7	5,0
de_70_ans_a_74_ans	1 742	42,9%	2 431 193	44,7%	2,2	4,8
de_75_ans_a_79_ans	1 378	43,5%	2 250 662	41,3%	1,8	4,5
de_80_ans_a_84_ans	965	46,0%	1 741 952	36,9%	1,2	3,5
de_85_ans_a_89_ans	588	44,2%	1 077 976	31,9%	0,8	2,1
de_90_ans_a_94_ans	104	30,8%	290 537	24,8%	0,1	0,6
95_ans_et_plus	23	47,8%	133 985	18,2%	0,0	0,3
Total	77 467	61,4%	50 338 347	47,8%	100,0	100,0

Principales combinaisons de prise en charge de la population étudiée

Combinaisons	HO	HDT	Irresp.	OPP	Art. D398	SMPR	Total	Total
H-Tplein sous contrainte (ou SMPR) + Ambulatoire	43,5%	43,6%	26,0%	41,9%	57,1%	16,7%	42,9%	33 270
H-Tplein sous contrainte (ou SMPR)	23,3%	30,0%	47,2%	19,8%	29,9%	10,0%	24,5%	18 993
H-Tplein sous contrainte + H-Tplein <u>sans</u> contrainte + Ambulatoire	13,3%	8,5%	1,6%	12,8%	3,9%	0,0%	11,8%	9 138
H-Tplein sous contrainte (ou SMPR) + Tpartiel + Ambulatoire	8,4%	10,0%	13,0%	8,1%	5,9%	1,0%	8,5%	6 610
H-Tplein sous contrainte (ou SMPR) + H-Tplein <u>sans</u> contrainte + Tpartiel + Ambul	5,0%	2,7%	1,3%	8,1%	1,0%	0,3%	4,3%	3 338
H-Tplein sous contrainte + H-Tplein <u>sans</u> contrainte	3,3%	2,2%	1,6%	7,0%	0,9%	0,0%	2,9%	2 264
Tpartiel + Ambulatoire						59,7%	1,5%	1 161
Autres combinaisons	3,3%	3,0%	9,3%	2,3%	1,3%	12,3%	3,5%	2 695
Nb Total <u>PATIENTS</u>	58 108	15 788	377	86	1 165	1 945	77 469	

- **HDT** Hospitalisation à la demande d'un tiers
- **HO** Hospitalisation d'office
- **Irresp.** Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- **OPP** Ordonnance Provisoire de Placement
- **Art. D398** Article D 398 du code de procédure pénale (prise en charge des détenus)

Volumes d'activité annuels par nature de prise en charge pour la population étudiée

Mode légal	Nb Patients	Nb TOTAL Journées Présence			Nb TOTAL Venues et demi-venues à TPartiel	Nb TOTAL Actes Ambulatoires
		H-Tplein sous contrainte	H-Tplein <u>sans</u> contrainte	Temps Complet autres*		
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	58 108	3 073 846	449 786	38 290	278 297,0	670 037
Hospitalisation d'office (code 3)	15 788	1 376 406	66 865	11 177	85 448,0	220 072
Personnes jugées pénalement irresponsables (code 4)	377	73 848	1 149	568	5 740,5	5 028
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)	86	4 731	1 411	17	361,5	1 047
Détenus, art. D 398 CPP (code 6)	1 165	41 664	1 326	94	3 128,5	20 277
Détenus en SMPR en hospitalisation libre*	1 945	0	50 173	228	44 387,0	40 699
TOTAL	77 469	4 570 495	570 709	50 374	417 362,5	957 160

* autres Temps complets : centres de crise, appartements thérapeutiques, centres post-cure psychiatrique, séjours thérapeutiques, HAD, placement familial thérapeutique

Durée médiane de prise en charge pour les principales combinaisons de recours aux soins de la population étudiée

Mode légal	Combinaisons	Nb Patients	Nb Médian Journées Présence			Nb Médian Venues et demi-venues à TPartiel	Nb Médian Actes Ambulatoires
			H-Tplein sous contrainte	H-Tplein sans contrainte	Temps Complet autres		
HDT	H-Tplein sous C + Ambu	25 270	22				6
	H-Tplein sous C exclusif	13 514	16				
	H-Tplein +/- C + Ambu	7 728	25	15			9
	H-Tplein sous C + Tpartiel + Ambu	4 880	44			11,5	16
	H-Tplein +/- C + Tpartiel + Ambu	2 889	38	25		9,5	17
	H-Tplein +/- C	1 897	24	15			
HO	H-Tplein sous C + Ambu	6 876	35				9
	H-Tplein sous C exclusif	4 741	33				
	H-Tplein sous C + Tpartiel + Ambu	1 586	66			15,0	18
	H-Tplein +/- C + Ambu	1 348	35	13			8
	H-Tplein +/- C + Tpartiel + Ambu	419	59	21		9,0	16
	H-Tplein +/- C	344	38	13			
Irresp.	H-Tplein sous C exclusif	178	299				
	H-Tplein sous C + Ambu	98	52				14
	H-Tplein sous C + Tpartiel + Ambu	49	104			52,0	17
OPP	H-Tplein sous C + Ambu	36	21				8
	H-Tplein sous C exclusif	17	17				
Art. D398	H-Tplein sous C + Ambu	665	8				11
	H-Tplein sous C exclusif	348	13				
	H-Tplein sous C + Tpartiel + Ambu	69	19			15,5	22
	H-Tplein +/- C + Ambu	45	10	8			13
SMPR en HL	Tpartiel + Ambu	1 161				4,0	12
	H-Tplein + Ambu	325		37			7
	Tpartiel exclusif	194				31,5	
	H-Tplein exclusive	187		70			

Annexe 4. Séjours MCO 2009 des patients admis par mutation ou transfert de Psychiatrie :

Répartition des séjours par « domaines d'activité »

Domaine d'activité		Nb séjours	% séjours
D28	Autres symptômes ou motifs médicaux	4 182	30,8
D01	Digestif	1 371	10,1
D09	Pneumologie	1 218	9,0
D22	Psychiatrie	1 206	8,9
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	984	7,3
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	769	5,7
D02	Orthopédie traumatologie	501	3,7
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	480	3,5
D19	Endocrinologie	477	3,5
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	428	3,2
D10	ORL, Stomatologie	239	1,8
D16	Hématologie	238	1,8
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	220	1,6
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	194	1,4
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	170	1,3
D27	Séances	135	1,0
D08	Vasculaire périphérique	120	0,9
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	110	0,8
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	108	0,8
D04	Rhumatologie	97	0,7
D11	Ophthalmologie	88	0,6
D12	Gynécologie - sein	76	0,6
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	64	0,5
D13	Obstétrique	61	0,4
D21	Brûlures	15	0,1
D90	Séjours en erreur	4	0,0
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	3	0,0
D25	Transplant. d'organes	1	0,0
TOTAL		13 559	100,0

Répartition des séjours par « racine de GHM » : racines regroupant 75% des séjours

Racine GHM		Nb séjours	% séjours
23K03	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	3 414	25,2
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	567	4,2
20Z04	Ethylisme avec dépendance	430	3,2
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	343	2,5
21M10	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	317	2,3
19M11	Névroses dépressives	234	1,7
19M14	Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères	226	1,7
19M16	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans	213	1,6
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	201	1,5
01M25	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans	196	1,4
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	190	1,4
04M13	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	185	1,4
10M16	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	170	1,3
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	166	1,2
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	156	1,2
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	149	1,1
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	148	1,1
06M06	Occlusions intestinales non dues à une hernie	147	1,1
20Z05	Ethylisme aigu	132	1,0
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	122	0,9
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	103	0,8
04M10	Embolies pulmonaires	100	0,7
01M08	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	99	0,7
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	99	0,7
06M18	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	98	0,7
04M03	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	96	0,7
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	91	0,7
19M02	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial	91	0,7
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	87	0,6
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	83	0,6
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	82	0,6
01M13	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	80	0,6
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	75	0,6
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	68	0,5
11M12	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	68	0,5
07M07	Cirrhoses alcooliques	67	0,5
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	65	0,5
06M04	Hémorragies digestives	65	0,5
10M18	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	65	0,5
08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	64	0,5
05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	61	0,4
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	61	0,4
05M13	Douleurs thoraciques	58	0,4
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	58	0,4
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	55	0,4
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	55	0,4
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	54	0,4
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	53	0,4
05M05	Syncopes et lipothymies	52	0,4
11M06	Insuffisance rénale, sans dialyse	52	0,4
06K02	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	51	0,4
18M04	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans	51	0,4
Autres racines		3 546	26,2
TOTAL		13 559	100,0

Annexe 3 : Liste des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée par la HAS)
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation (remplacée par l'ARS)
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASH	Agent de service hospitalier
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHR&U	Centre hospitalier régional universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CPP	Code de procédure pénale
CSP	Code de la Santé Publique
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire (Justice)
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (Justice)
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DAPTI	Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'outre-mer
EIG	Evènement Indésirable Grave
ESPIC	Etablissement de soins privés d'intérêt collectif
EPSM	Etablissement public de santé mentale

ETP	Equivalent Temps Plein
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute Autorité de Santé
HCR-20	Echelle « Historical clinical risk management-20 »
HDT	Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers
HL	Hospitalisation Libre
HO	Hospitalisation d'office
HO D 398	Hospitalisation d'office sous le statut de l'article D 398 du code de procédure pénale (détenu)
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires (loi)
HSC	Hospitalisation sans consentement
ICT	« Iterative classification tree »
IDE	Infirmier, infirmière Diplômée d'Etat
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
IGN	Inspection de la Gendarmerie Nationale
IGPN	Inspection Générale de la Police Nationale
IMPC	Instrument de mesure des progrès cliniques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
NHS	National Health Service
OAS	Echelle « Overt aggression scale »
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONVH	Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PCL-R	Echelle de psychopathie de Hare révisée
PH	Praticien Hospitalier
PRISM	Plan régional d'investissement en santé mentale
PTI	Protection travailleur isolé
RIMP	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RH	Ressources humaines
RTT	Réduction du temps de travail
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SE	Sortie d'essai
SAMU	Service d'aide médicale urgente

SMPR	Service médico-psychologique régional (en secteur pénitentiaire)
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UMJ	Unité médico-judiciaire
USIP	Unité pour soins intensifs psychiatriques
VRAG	Violence risk appraisal guide

Annexe 4 : Données statistiques et épidémiologiques

1. DONNEES RELATIVES AU MODE D'HOSPITALISATION

Les développements ci-dessous sont extraits de l'article « les hospitalisations sans consentement en psychiatrie », M. COLDEFY, dans l'ouvrage collectif « la prise en charge de la santé mentale », DREES, 2007

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré le droit du patient de consentir aux soins. Cependant, les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être hospitalisées sans leur consentement, dès lors que ces troubles altèrent la conscience du besoin de soins, et sous réserve que les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles soient limitées à celles nécessitées par l'état de santé de la personne et la mise en œuvre de son traitement. 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 leur conditions d'hospitalisation distingue deux régimes :

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), prononcée par le directeur de l'hôpital au vu de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés. Le premier certificat ne peut être rempli que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La loi mentionne la **présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation, la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante** en milieu hospitalier. La demande est présentée soit par un membre de la famille, soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil. La demande d'admission doit être manuscrite et signée de la personne qui la formule.

- L'hospitalisation d'office (HO), prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. Pour l'HO, la loi se réfère à la **présence de troubles mentaux, la nécessité de soins, l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public**.

En résumé, la loi fait référence à la nécessité de soins et de surveillance pour l'HDT et à la nécessité de soins et à la dangerosité pour l'HO. À noter qu'il n'existe pas de critères pour définir dans la loi le concept de « nécessité de soins » : il est donc recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié (HAS, 2005). Enfin, contrairement à d'autres pays, la loi n'écarter aucun diagnostic psychiatrique.

Dans les deux cas, il existe des procédures d'urgence :

– **L'HDT d'urgence** introduit la notion de péril imminent, c'est-à-dire de « *risque de dégradation grave de l'état de santé de la personne en l'absence d'hospitalisation* ». Ce constat peut être fait par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. Dans ce cas, le directeur d'hôpital peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical. Cette procédure d'urgence ne requiert donc pas nécessairement d'avis médical extérieur.

– **L’HO d’urgence** introduit la notion de danger imminent pour la sûreté des personnes, lequel doit être attesté par un avis médical, ou à défaut par la notoriété publique. Dans ce cas, le **maire** (et les commissaires de police à Paris) arrêtent, à l’égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge au préfet d’en référer dans les 24 heures.

Les maintiens en HDT ou HO sont soumis à la rédaction de certificats de suivi médical à différents stades de la procédure. Ils précisent la nature et l’évolution des troubles et indiquent clairement si les conditions d’hospitalisation sont toujours réunies. Ce type de certificat, rédigé dans les trois derniers jours de la première quinzaine d’hospitalisation autorise le maintien en hospitalisation pour une durée maximale d’un mois. Il est ensuite révisé au moins une fois par mois.

Les sorties d’HDT et levées d’HO

Dans le cas des HDT, les sorties peuvent se faire sur avis médical : le psychiatre, au vu de l’amélioration clinique, « certifie que les conditions de l’HDT ne sont plus réunies » ; elles peuvent aussi être adressées par un tiers, ou par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), ou enfin sur ordre du préfet en cas de disparition des troubles ayant justifié la mesure, d’amélioration clinique ou d’absence des certificats de suivi médical exigés.

La levée de la mesure d’HO se fait, quant à elle, sur décision préfectorale, après avis motivé du psychiatre de l’établissement, soit par décision préfectorale sur proposition de la CDHP, soit par décision judiciaire. La levée d’HO n’entraîne pas obligatoirement une sortie de l’établissement : le patient peut en effet, après la levée de l’HO, être hospitalisé librement ou à la demande d’un tiers.

Les tableaux ci-dessous ont été reconstitués par la mission à partir de différentes sources, qui sont indiquées.

Tableau 1 : Evolution du nombre de patients hospitalisés, par mode d’hospitalisation, en nombre (établissements publics et privés, toutes catégories d’établissement)

	2006	2007	2008	2009	Evolution 2009/2006, en %
Hospitalisation libre (HL)	292 722	309 055	339 367	341 010	16,5%
Hospitalisation sans consentement (HSC) dont :	55 586	68 959	70 705	80 235	44,3%
- Hospitalisation à la demande d'un tiers (article L.3213-1 et L.3213-3 du CSP)	43 957	53 788	55 230	62 155	41,4%
- Hospitalisation d'office (art. L 3213-1 et L 3213-2 du CSP)	10 578	13 783	13 430	15 570	47,2%
- Hosp. d'office pour irresponsabilité pénale (*)	221	353	453	589	166,5%
- Hospitalisation d'office après une ordonnance judiciaire (article 706-135 du CPP)			103	38	
- Hospitalisation d'office d'un détenu (article D. 398 du CPP)	830	1 035	1 489	1 883	126,9%
Nombre total de patients (HL+HSC)	348 308	378 014	410 072	421 245	20,9%
HSC / nombre total de patients	15,9%	18,2%	17,2%	19%	

Source : SAE (données en ligne non corrigées), calculs mission – Sont comptabilisées le nombre de patients, d’entrées totales et de journées d’hospitalisation selon le mode légal de séjour. Un patient peut être comptabilisé plusieurs fois (mais une seule fois dans chaque mode d’hospitalisation) s’il a fait l’objet de plusieurs modes d’hospitalisation dans l’année. - à noter que la qualité de ces données est relative du fait d’un taux de réponse des établissements parfois insuffisant. () HO après un classement sans suite, le prononcé d’un non lieu, d’une relaxe ou d’un acquittement pour irresponsabilité pénale (article L. 122-1 du CPP et article L.3213-7 du CSP)*

Tableau 2 : Evolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007
(France métropolitaine et DOM)

	1998	1999	2000	2003	2005	2007
Hospitalisation d'office (HO)	8 817	9 487	9 208	11 211	11 939	11 579
Hospitalisation à la demande d'un tiers	55 097	58 986	62 708	66 915	62 880	61 019
Hospitalisation sans consentement (HSC)	63 914	68 473	71 916	78 126	74 819	72 598
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	580 543	610 381	610 815	615 244	618 288	606 040
HO / HSC, en %	14	14	13	14	16	16
HSC / H, en %	11	11	12	13	12	12

Source : DGS, rapports d'activité des CDHP, DREES, SAE – extrait « les établissements de santé – panorama pour 2007 », Etudes et statistiques, DREES

Tableau 3 : Hospitalisation sans consentement en 2009 (établissements publics et PSPH)

	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Nombre de séquences avec sortie d'essai	Age moyen	% homme	% provenance domicile (*)	% séjours terminés	% destination domicile
HDT	71 865	2695123,50	60 034	43 734	42,3	55	72,5	57,6	79,7
HO	18 949	1 182 911	16 108	17 706	39,3	81,9	74,7	47,5	70,7
HO 122-1 CPP	475	64 994	392	679	37,1	93,3	53	40,2	58,4
OPP	223	8 886	170	39	17,2	62,6	80,8	81,7	87,2
HO D398	1 434	30 754	1 143	37	32,2	93,9	85,6	91,2	84,7
Total	91 788	3982668,50	75 661	62 195	41,5	61,1	73,1	56,1	78,3

Source : ATIH, données en ligne mise à jour juin 2010 -La différence entre les données du SAE et celles de l'ATIH s'explique en partie par le fait que les données ne sont pas corrigées et le type d'établissements retenus. (*) maison d'arrêt pour les détenus

Tableau 4 : Nombre de journées par patient et par mode d'hospitalisation (établissements publics et privés, toutes catégories : CH, CHS...)

	2006	2007	2008	2009	Moyenne
Nombre de journées / patient HL	36,9	42,2	38,3	40,1	39
Nombre de journées / patient HDT	37,3	40,3	41,6	40,1	40
Nombre de journées / patient HO	71,5	66	74,5	69,6	70
Nombre de journées / patient HO 122.1	255,6	169,5	166,5	177,2	192
Nombre de journées / patient HO judiciaire			65,1	480,4	273
Nombre de journées / patient HO D 398	23,1	25,8	26,5	25,7	25
Nombre de journées / patient OPP	44,3	48,4	33,4	40	41

Source : SAE (données en ligne), calculs mission

Tableau 5 : Nombre d'entrées par mode d'hospitalisation (établissements publics et privés, toutes catégories : CH, CHS...)

	2006	2007	2008	2009
Hospitalisation libre	350 997	412 248	430 683	347 177
Hospitalisation à la demande d'un tiers	52 744	58 849	60 881	63 158
Hospitalisation d'office (art. L 3213-1 et L 3213-2)	12 010	14 331	14 512	14 576
Hospitalisation d'office selon Art. 122.1 du CPP et article L3213-7 du CSP	146	303	458	477
Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	0	0	104	23
Hospitalisation selon l'Art. D 398 du CPP	1 047	1 189	1 717	2 254
Ordonnance Provisoire de Placement	1 295	1 083	411	378

Source : SAE, données en ligne

Tableau 6 : Nombre de journées par mode d'hospitalisation (établissements publics et privés, toutes catégories : CH, CHS...)

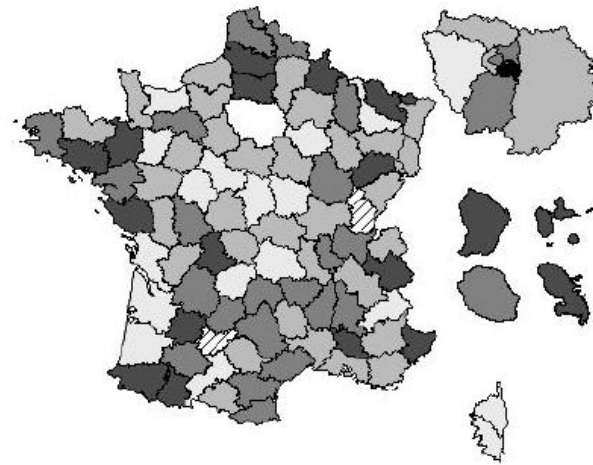
	2006	2007	2008	2009
Hospitalisation libre	10 790 408	13 027 646	12 983 124	13 672 097
Hospitalisation à la demande d'un tiers	1 638 929	2 167 195	2 298 410	2 490 930
Hospitalisation d'office (art. L 3213-1 et L 3213-2)	756 120	910 127	1 000 859	1 083 025
Hospitalisation d'office selon Art. 122.1 du CPP et article L3213-7 du CSP	56 477	59 844	75 409	104 400
Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	0	0	6 705	18 256
Hospitalisation selon l'Art. D 398 du CPP	19 145	26 689	39 483	48 439
Ordonnance Provisoire de Placement	22 929	31 629	13 214	14 837

Source : SAE, données en ligne

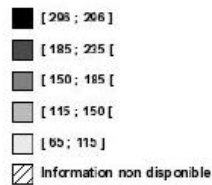
L'étude du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge¹¹ rappelle qu'il existe une **forte disparité départementale des mesures HSC**. Au niveau national, 134 mesures de HDT et 25 mesures HO sont dénombrées pour 100 000 habitants de plus de 20 ans, mais ce taux varie respectivement de 1 à 5 et de 1 à 9 suivant les départements, avec un record du nombre de mesures HSC rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète enregistré dans les départements du Finistère et de Côte d'Or (plus de 40%), et un minimum dans les départements corses (2 %).

¹¹ Mai 2010

Graphique 1 : Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2007.



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



Champ : France métropolitaine et DOM

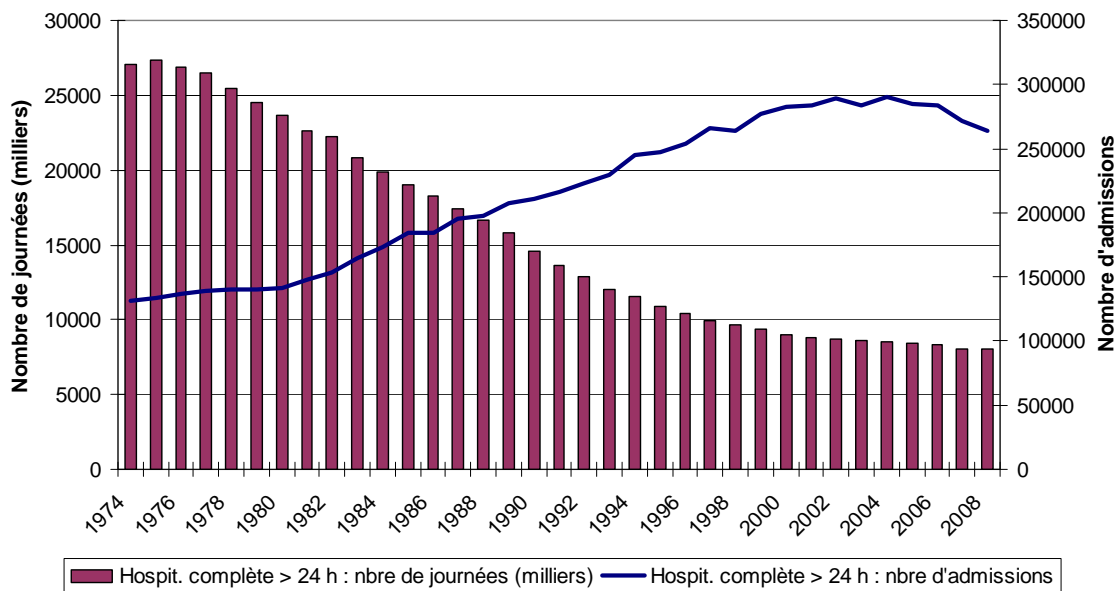
Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données statistiques ;
INSEE, Estimations de population au 1er janvier 2007.

Source : étude d'impact du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

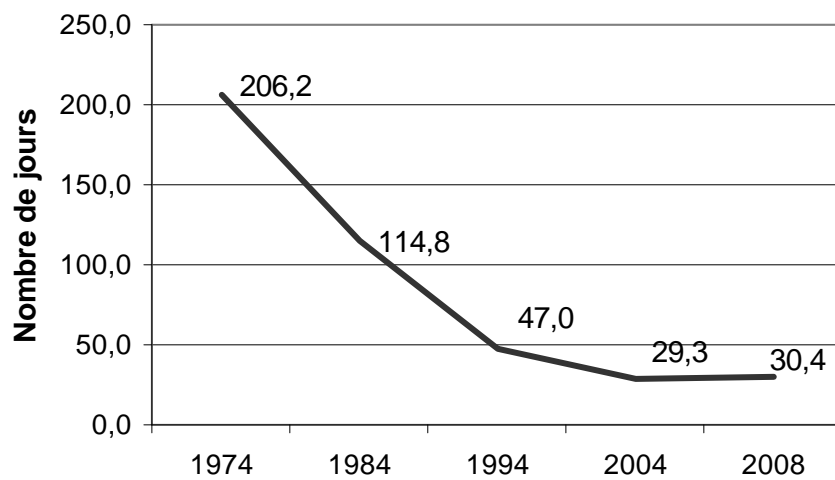
2. EVOLUTION DE L'ACTIVITE

Le nombre de journées en hospitalisation complète (> 24 heures), de 27 111 000 en 1974, a été divisé par 3,4 en 2008 (8 042 000). Parallèlement, les admissions en hospitalisation complète (> 24 heures) ont doublé, passant de 131 489 en 1974 à 264 194 en 2008. La durée moyenne de séjour dans les CHS a considérablement diminué sur la période (de 206 jours en 1974 à 30 jours en 2008). Elle est de l'ordre d'environ 30 jours depuis 2002.

Graphique 2 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète > 24 heures, du nombre d'admission en hospitalisation complète > 24 heures et de la durée moyenne de séjour **dans les CHS** (1974-2008)



Durée moyenne de séjour



Source : données en ligne Ecosanté, mars 2011

Tableau 7 : Indicateurs statistiques PMSI sans distinction de la taille des établissements, de l'âge des malades et de la nature de la prise en charge (par défaut tous), année 2009

	Etablissements publics	Etablissements PSPH
Nombre d'établissements	237	134
Nombre d'établissements géographiques	1 847	379
Nombre de secteurs distincts	1 307	184
Nombre de journées de présence	17 975 041,5	3 478 544,50
Nombre de séjours	695 910	102 207
Age moyen des patients hospitalisés, années	42	41,3
Patients de sexe masculin en hospitalisation, %	60,1	57,7
Score AVQ physique moyen, points	6	6,1
Score AVQ psychologique moyen, points	4,8	4,7
Nombre de séjours complets	497 524	68 644
Durée moyenne de ces séjours, jours	29,7	29
Nombre de séjours sous contrainte	84 649	10 630
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	21 910	3 588
Nombre d'actes ambulatoires	13 819 688	1 952 732
Age moyen des patients ambulatoires, années	36	38,4
Patients de sexe masculin en ambulatoire, %	52,7	49,3
Nombre d'actes de type entretien	7 849 127	1 096 075
Nombre d'actes de type entretien par un médecin	3 723 026	494 343
Nombre d'actes de type démarche	724 882	95 751
Nombre d'actes de type groupe	819 661	155 178
Nombre d'actes de type accompagnement	306 593	51 913
Nombre d'actes de type réunion	201 914	26 886
Nombre d'actes de type réunion avec un médecin	186 034	32 58
Nombre total de patients distincts	1 509 927	225 418

Source : Base nationale RIMP, ATIH, date de mise à jour 8 juin 2010

Tableau 8 : Principales combinaisons de prise en charge des patients hospitalisés en 2009 sans leur consentement, en %

	HO	HDT	IRR	OPP
HSC à temps plein et suivi ambulatoire	43,5	43,6	26	41,9
HSC à temps plein, et hospitalisation libre et suivi ambulatoire	13,3	8,5	1,6	12,8
HSC à temps plein, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	8,4	10	13	8,1
HSC à temps plein, hospitalisation libre, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	5	2,7	1,3	8,1
Proportion totale des patients ayant fait l'objet d'un suivi ambulatoire	70,2	64,8	41,9	70,9
HSC à temps plein contrainte uniquement, pas de suivi ambulatoire	23,3	30	47,2	19,8
HSC à temps plein et hospitalisation libre, pas de suivi ambulatoire	3,3	2,2	1,6	7
Proportion totale de patients n'ayant pas fait l'objet d'un suivi ambulatoire	26,6	32,2	48,8	26,8
Autres combinaisons	3,3	3	9,3	2,3

Source : ATIH - Champ : les patients admis ou non en 2009 et sortis ou non en 2009 - Note : ces combinaisons ne sont pas chronologiques, une prise en charge ambulatoire peut précéder une hospitalisation à temps plein ; et vice versa

* HO : hospitalisation d'office

** HDT : hospitalisé à la demande d'un tiers

*** OPP : ordonnance provisoire de placement

**** IRR : Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables

Tableau 9 : Principales combinaisons des modes de prise en charge des patients **hospitalisés d'office** (admis ou non en 2009 et sortis ou non en 2009)

	Nombre de patients	Nb médian d'actes ambulatoires	Nb de venues et demi-venues à temps partiel
HSC à temps plein et suivi ambulatoire	6 876	9	Sans objet
HSC à temps plein, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	1 586	18	15
HSC à temps plein, hospitalisation libre et suivi ambulatoire	1 348	8	Sans objet
HSC à temps plein, hospitalisation libre, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	419	16	9
HSC à temps plein sans suivi ambulatoire	5 085	Sans objet	Sans objet

Source : ATIH - Champ : les patients admis ou non en 2009 et sortis ou non en 2009 - Note : ces combinaisons ne sont pas chronologiques, une prise en charge ambulatoire peut précéder une hospitalisation à temps plein ; et vice versa

Tableau 10 : Principales combinaisons des modes de prise en charge des patients **hospitalisés à la demande d'un tiers**

	Nombre de patients	Nb médian d'actes ambulatoires	Nb de venues et demi-venues à temps partiel
HSC à temps plein, et suivi ambulatoire	25 270	6	Sans objet
HSC à temps plein, hospitalisation libre et suivi ambulatoire	7 728	9	Sans objet
HSC à temps plein, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	4 880	16	11,5
HSC à temps plein, hospitalisation libre, hospitalisation à temps partiel et suivi ambulatoire	2 889	17	9,5
HSC à temps plein, sans suivi ambulatoire	15 411	Sans objet	Sans objet

Source : ATIH - Champ : les patients admis ou non en 2009 et sortis ou non en 2009 - Note : ces combinaisons ne sont pas chronologiques, une prise en charge ambulatoire peut précéder une hospitalisation à temps plein ; et vice versa

Tableau 11 : Catégories diagnostiques dans les établissements publics, sans distinction de la taille des établissements, de l'âge des malades et de la nature de la prise en charge (par défaut tous), année 2009

Catégorie de diagnostics	Nombre de journées diagnostic principal	Nombre de journées diagnostics associés	Nombre d'actes diagnostic principal	Nombre d'actes diagnostics associés
F00 - Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-)	174 141	25 330	50 392	6 104
F01 - Démence vasculaire	50 827	11 765	11 220	2 662
F02 - Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs	51 546	11 926	8 054	1 351
F03 - Démence, sans précision	105 595	33 883	25 391	6 007
F04 - Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives	8 322	1 033	1 049	291

Catégorie de diagnostics	Nombre de journées diagnostic principal	Nombre de journées diagnostics associés	Nombre d'actes diagnostic principal	Nombre d'actes diagnostics associés
F05 - Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives	12 541	4 357	4 920	975
F06 - Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonct. cérébral, et à une affection somatique	99 244	30 786	41 127	11 734
F07 - Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonct. cérébraux	98 334	28 298	26 768	6 647
F09 - Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision	22 604	5 635	6 533	1 378
F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1 151 084	415 522	508 112	180 624
F11 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	45 543	37 672	138 856	30 262
F12 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	41 719	120 531	34 742	49 730
F13 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques	17 598	26 030	15 894	15 061
F14 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne	5 048	10 636	5 006	6 607
F15 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine	4 735	2 938	2 058	1 222
F16 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes	1 624	1 195	1 076	327
F17 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac	8 340	101 351	8 629	27 459
F18 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils	1 338	648	352	97
F19 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'util. de drogues multiples ou autres subst. psycho-actives	81 103	74 386	95 412	37 493
F20 - Schizophrénie	4 890 590	262 143	1 818 770	115 265
F21 - Trouble schizotypique	114 354	15 581	65 713	7 480
F22 - Troubles délirants persistants	708 955	75 123	325 068	31 114
F23 - Troubles psychotiques aigus et transitoires	296 631	30 507	148 316	14 631
F24 - Trouble délirant induit	6 264	1 623	3 487	834
F25 - Troubles schizo-affectifs	507 263	49 899	232 816	22 851
F28 - Autres troubles psychotiques non organiques	84 795	15 456	46 057	7 027
F29 - Psychose non organique, sans précision	177 299	26 243	68 877	9 566
F30 - Épisode maniaque	118 956	24 028	54 307	8 806
F31 - Trouble affectif bipolaire	803 625	103 324	468 033	58 602
F32 - Épisodes dépressifs	1 016 900	239 692	1 030 909	149 765
F33 - Trouble dépressif récurrent	336 403	70 243	303 014	47 657
F34 - Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	62 382	35 656	76 244	19 634
F38 - Autres troubles de l'humeur [affectifs]	12 039	4 961	13 557	3 059
F39 - Trouble de l'humeur [affectif], sans précision	16 252	8 644	19 824	3 117
F40 - Troubles anxieux phobiques	36 631	26 195	92 561	26 401
F41 - Autres troubles anxieux	306 815	153 069	577 192	107 599
F42 - Trouble obsessionnel-compulsif	51 317	30 395	68 699	19 194

Catégorie de diagnostics	Nombre de journées diagnostic principal	Nombre de journées diagnostics associés	Nombre d'actes diagnostic principal	Nombre d'actes diagnostics associés
F43 - Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	286 304	90 692	653 113	92 972
F44 - Troubles dissociatifs [de conversion]	38 767	12 087	27 781	6 223
F45 - Troubles somatoformes	30 351	25 529	48 445	21 555
F48 - Autres troubles névrotiques	32 201	12 553	143 204	18 122
F50 - Troubles de l'alimentation, non organique	69 605	42 590	72 874	30 405
F51 - Troubles du sommeil non organiques	4 536	12 126	29 858	23 767
F52 - Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique	2 063	3 661	4 096	1 076
F53 - Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs	7 116	1 687	13 400	3 076
F54 - Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs	8 290	2 977	9 183	1 893
F55 - Abus de substances n'entraînant pas de dépendance	723	2 168	536	501
F59 - Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiol. et à des fact. physiques	8 463	3 655	4 463	1 661
F60 - Troubles spécifiques de la personnalité	817 314	575 226	665 438	327 300
F61 - Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité	33 883	18 171	25 199	11 258
F62 - Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales	8 473	5 179	8 691	4 270
F63 - Troubles des habitudes et des impulsions	12 605	18 142	13 143	6 463
F64 - Troubles de l'identité sexuelle	1 656	2 958	4 137	2 122
F65 - Troubles de la préférence sexuelle	12 176	16 065	23 740	7 427
F66 - Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation	3 470	5 917	7 056	3 185
F68 - Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	19 659	8 812	7 616	2 252
F69 - Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	68 319	25 120	40 761	9 384
F70 - Retard mental léger	200 558	122 800	103 147	52 607
F71 - Retard mental moyen	397 529	110 763	91 080	26 188
F72 - Retard mental grave	194 744	44 987	14 726	3 807
F73 - Retard mental profond	293 229	52 805	5 531	796
F78 - Autres formes de retard mental	8 201	3 057	2 824	1 085
F79 - Retard mental, sans précision	55 412	27 472	18 855	8 440
F80 - Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	39 488	48 697	129 700	51 228
F81 - Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires	21 543	42 805	154 285	72 584
F82 - Trouble spécifique du développement moteur	10 378	8 313	42 184	18 908
F83 - Troubles spécifiques mixtes du développement	43 642	12 067	75 638	9 333
F84 - Troubles envahissants du développement	1 221 290	98 496	365 487	18 014
F88 - Autres troubles du développement psychologique	22 078	5 420	23 524	4 242
F89 - Trouble du développement psychologique, sans précision	40 431	6 486	43 641	4 331

Catégorie de diagnostics	Nombre de journées diagnostic principal	Nombre de journées diagnostics associés	Nombre d'actes diagnostic principal	Nombre d'actes diagnostics associés
F90 - Troubles hyperkinétiques	39 860	21 552	109 983	25 800
F91 - Troubles des conduites	121 441	47 865	231 781	42 275
F92 - Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	112 574	18 066	157 856	16 342
F93 - Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance	44 217	22 558	234 174	58 584
F94 - Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence	59 735	19 300	94 724	19 861
F95 - Tics	2 494	2 803	7 221	3 610
F98 - Autres troubles du comportement et trbl. émotionnels apparaissant habituel. durant l'enfance et l'adolesc.	27 047	28 209	96 294	34 087
F99 - Trouble mental, sans autre indication	217 583	10 144	240 907	7 015
Symptômes (codes avec initiale R)	74 269	171 054	83 861	51 794
Pathologies autres, hors troubles mentaux	227 790	1 218 488	380 873	253 685
Causes externes de morbidité (codes avec initiale S,T,V,W,X,Y,Z5-9)	158 966	1 092 656	525 994	963 154

Source : Base nationale RIMP, ATIH, date de mise à jour 8 juin 2010

Cette liste présente des diagnostics principaux regroupés sur les 3 premiers caractères du code CIM-10 ; cette liste est présentée par ordre décroissant de fréquence, exprimée en nombre de journées annuelles ; elle est limitée aux 50 premiers diagnostics.

Annexe 5 : Tableau détaillé des fugues répertoriées dans sept établissements

Tableau 12 : CH Pinel (Dury dans la Somme)

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'admissions en HO (1)	92	69	94	123	106
Nombre de fugues en HO (2)	18*	5	5	8	12
Taux de fugue en HO (1)/(2)	19,6 %	7,3 %	5,3 %	6,5 %	11,3 %
Nombre d'admissions en HDT (3)	458	393	505	528	317
Nombre de fugue en HDT (4)	22	8	22	28	16
Taux de fugue en HDT(3)/(4)	4,8 %	2,0 %	4,4 %	5,3 %	5,0 %
total des admissions sous contrainte (1)+(3)	550	462	599	651	423
Total fugues en HSC (2)+(4)	40	13	27	36	28
Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)	7,3 %	2,8 %	4,5 %	5,5 %	6,6 %

Source : IGAS - * dont 7 pour le même patient

Tableau 13 : CH Guillaume Régnier (Ille et Vilaine)

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'admissions en HO	ND	ND	244	278	333
Nombre de fugues en HO	ND	ND	13	18	35
Taux de fugue en HO			5,3 %		10,5%
Nombre d'admissions en HDT	ND	ND	978	971	985
Nombre de fugue en HDT	ND	ND	107	81	128
Taux de fugue en HDT			10,9%	8,3 %	13 %
total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	ND	ND	1222	1249	1318
Total fugues en HSC	ND	ND	120	99	163
Taux de fugue en HSC			9,8 %	7,9%	12,4%

Source : ARS – ND non déterminé

Tableau 14 : CH Sainte Marie (Alpes maritimes)

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'admissions en HO	254	217	233	186	240
Nombre de fugues en HO	ND	ND	ND	ND	ND
Taux de fugue en HO					
Nombre d'admissions en HDT	642	726	695	694	731
Nombre de fugue en HDT	ND	ND	ND	ND	Nd
Taux de fugue en HDT					
total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	896	943	928	880	971
Total fugues en HSC	43*	44	42	40	66*
Taux de fugue en HSC	4,8%	4,7%	4,5 %	4,5 %	6,8 %

Source : CHSM, rapport IGAS - * dont 2 évasions de détenus – ND non déterminé

Tableau 15 : CH Henri Laborit (Vienne)

	2008	2009	9 mois 2010
Nombre d'admissions en HO	49	69	ND
Nombre de fugues en HO	9	20	3
Taux de fugue en HO	18,3 %	29,0 %	
Nombre d'admissions en HDT	657	589	ND
Nombre de fugues en HDT	37	58	56
Taux de fugue en HDT	5,6 %	9,8 %	
Total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	706	658	
Total fugues en HSC	46	78	59
Taux de fugue en HSC	6,5 %	11,9 %	

Source : CHHR – ND non déterminé

Tableau 16 : CH EPSAN à Brumath en Nord Alsace

	2007	2008	2009	5 mois 2010
Total des fugues	60	101	78	60
Total fugues signalées aux forces de sécurité	22	36	33	22

Source : ARS Alsace

Tableau 17 : CH Sainte Anne (Paris)

	2009	2010
Nombre d'admissions en HO (1)	ND	177
Nombre de fugues en HO (2)	ND	44
Taux de fugue en HO (1)/(2)	ND	24,8 %
Nombre d'admissions en HDT (3)	ND	1 051
Nombre de fugues en HDT (4)	ND	90
Taux de fugue en HDT(3)/(4)	ND	8,5 %
Total des admissions sous contrainte (1)+(3)	1 353	1 228
Total fugues en HSC (2)+(4)	ND	134
Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)	ND	10,9 %

Source : CH Sainte Anne – ND non déterminé

Tableau 18 : EPSM Lille-métropole

	2010
Nombre d'admissions en HO : non détenus et détenus (1)	40+59=99
Nombre de fugues en HO (2)	21+1 = 22
Taux de fugue en HO (1)/(2)	22 %
Nombre d'admissions en HDT (3)	639
Nombre de fugues en HDT (4)	138
Taux de fugue en HDT(3)/(4)	21,6 %
Total des admissions sous contrainte (1)+(3)	738
Total fugues en HSC (2)+(4)	160
Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)	21,7 %

Source : EPSM – calculs mission

Au total le taux de fugue des malades admis sous contrainte varie dans ces 6 établissements entre 3 % et 21 % selon les années et les sites. Dans certains établissements le taux de fugue est plus important en HO qu'en HDT, dans d'autres, c'est le contraire. Les critères selon lesquels les malades sont placés en HO ou en HDT varient d'un établissement à l'autre et parfois d'un secteur à l'autre, ce qui montre que la loi de 1990 est diversement comprise et appliquée. Le taux de retour n'est pas total (ex à Sainte Anne 4 personnes ne sont pas revenues).

Annexe 6 : L'utilisation des chambres d'isolement

➤ *L'isolement thérapeutique*

L'établissement psychiatrique est le seul lieu de soins où un patient peut se voir imposer des soins contre son gré, qu'ils prennent la forme d'un traitement médicamenteux (« contention chimique »), d'une contention physique, ou d'un isolement forcé dans une chambre verrouillée. Le recours à l'isolement thérapeutique, présenté au XIX^{ème} siècle comme étant un « *traitement moral* » permettant d'éviter la contention physique des malades, est utilisé lorsque le patient a un comportement violent envers lui-même (risques d'automutilation et de suicide), envers les professionnels ou les patients, ou un comportement non violent mais inapproprié tel que l'agitation, les tentatives de fugue, le déshabillage¹².

La fréquence et l'utilisation des chambres d'isolement pour les patients hospitalisés sont très variables d'un pays à l'autre. La durée moyenne de la mesure d'isolement est de 3,6 heures en Allemagne, de 4,5 heures en Autriche, de 41 heures en Suisse, et de 16 jours aux Pays Bas.¹³

Tableau 19 : Liste des pathologies mentales ayant une durée moyenne d'isolement par séjour supérieure à 30 jours, établissements publics et PSPH, année 2010

	Nombre de patients	Nombre de journées d'isolement / nombre de séjours avec isolement
TBL. ORGANIQUE DE LA PERSONNALITE NCA, DUS A AFFECTION, LESION ET DYSFCT. CEREB.	25	52,9
TBL. DES HABITUDES ET DES IMPULSIONS, NCA	19	36,6
RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPORTEMENT. ABSENT OU MINIME	17	34,1
RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPORTEMENT. SIGNIFICATIF	83	39,4
RETARD MENT. GRAVE : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORTEMENT.	12	56,6
RETARD MENT. PROF. : DEFICIENCE DU COMPORTEMENT. SIGNIFICATIF	88	83,4
RETARD MENT. PROF. : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORTEMENT.	14	38,5
TBL. ENVAHISSANTS DU DEVELOP.	24	35,0
AUTISME INFANTILE	160	44,9
AUTISME ATYPIQUE	69	52,7
AUTRE TBL. DESINTEGRATIF DE L'ENFANCE	46	33,0
TBL. ENVAHISSANTS DU DEVELOP., NCA	63	33,8
TBL. ENVAHISSANT DU DEVELOP., SAI	103	42,7

Source : Mission à partir du tableau 9B extrait de la base nationale RIM-P en ligne à la date du 27 janvier 2011 (site ATIH) – le nombre de séjours a été préféré au nombre de patients, un patient pouvant faire plusieurs séjours.

¹² Cf. projet COMPAQH, cahier des charges sur l'utilisation des chambres d'isolement

¹³ « *comportements agressifs et violents - diagnostic, prévention et traitement* », Prof. Dr. Tilman Steinert, Luzern, mars 2009

➤ **L'aménagement**

L'aménagement des chambres d'isolement est réduit au strict minimum, dans un état de dépouillement tel qu'il est parfois proche de l'indignité. Le CGLPL décrit par exemple dans son rapport d'activité en 2008¹⁴ « [ces] pièces aux murs nus [qui] ne disposent d'aucun mobilier ; seul un matelas posé à terre y est installé. Il n'y a ni point d'eau, ni accès à des toilettes. La lumière entre dans la pièce par une petite fenêtre aux vitres opaques, située à l'extrémité de l'un des murs, dans un angle en renforcement. Un seau hygiénique est susceptible d'être laissé au malade ».

Les chambres d'isolement sont équipées d'un lit rivé au sol sans oreiller ni traversin, muni de moyens de contention. Le confort est rudimentaire. Il n'y a notamment pas d'horloge permettant au malade de savoir depuis combien de temps il est là, ou bien quelle heure il est, ce qui accentue la désorientation (on note que l'EPSM Lille métropole a prévu une horloge dans l'aménagement de ces « chambres de soins intensifs »). Les patients ne disposent d'aucune forme de distraction (pas de radio, pas de télévision, pas de visites, pas de livres ni de journaux), et n'ont pas la possibilité d'ouvrir la fenêtre pour s'aérer.

Dans certains établissements, les chambres d'isolement ne comportent pas de système d'appel, et sont éloignées du poste de soins, ce qui oblige le patient à taper sur le porte aussi fort et longtemps que cela lui est possible (CH Pinel d'Amiens), et renforce l'angoisse du patient.

➤ **Le projet COMPAQH**

D'après l'étude de la DREES¹⁵, en 2003, 79 % des secteurs déclarent appliquer un protocole écrit de prise en charge des patients en CI, et 73 % remplissent pour chaque patient une fiche de suivi standardisé en chambre d'isolement.

Le projet COMPAQH avait étudié le développement d'un indicateur de pratique clinique ayant pour thématique l'utilisation des chambres d'isolement, avant d'abandonner les expérimentations. Les premiers résultats obtenus en 2008, dans 10 établissements à partir de 502 observations – qui doivent être relativisés au regard de l'expérimentation - montrent un large éventail des pratiques : la prescription médicale dans l'heure qui suit le début de l'isolement est conforme aux textes dans 50 % des cas ; l'indication de la mise en chambre d'isolement est conforme et tracée dans plus de 90% des cas, la mise en isolement est tracée et conforme à la modalité d'hospitalisation dans plus de 60% des cas, une visite médicale a été réalisée au cours de l'isolement dans plus de 70% des cas (ce qui est très en dessous des recommandations de l'ANAES), la tenue de la fiche journalière de surveillance et de suivi a été retrouvée et renseignée dans près de 80% des cas.

¹⁴ Rapport d'activité 2008 du CGLPL

¹⁵ « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 ». Série Etudes n° 70 DREES novembre 2007 ; M.COLDEFY et J. LEPAGE.

Annexe 7 : Exemples d'activités thérapeutiques

La liste ci-dessous, non exhaustive, reprend quelques unes des activités proposées dans les établissements d'Armentières, Poitiers, Clermont-Ferrand, Nice, Bron, Clermont de l'Oise, Limoges, Caudan, La Couronne, Plouguevel. La conciliation de ces activités à l'intérieur de l'établissement varie selon les endroits :

- la lecture dans une bibliothèque, plus ou moins bien achalandée, en livres, en jeux de société et journaux. Les patients sont parfois abonnés à un quotidien.

- des ateliers divers existent :

- d'art (ergothérapie, sculpture, modelage, couture, créations...),

- de musique, une chorale, un atelier marionnettes

- un atelier de menuiserie,

- un atelier de cuisine ou de pâtisserie,

- un atelier de relaxation, ou d'expression corporelle,

- un atelier mémoire,

- un atelier informatique et multimédia ;

- un salon de coiffure, un atelier esthétique,

- la projection de films vidéo ;

- des activités physiques :

- une ou plusieurs salles de sport (muscultation), un bassin pour l'hydrothérapie ;

- des salles ou terrains extérieurs adaptés pour les activités sportives : ping-pong, pétanque, VTT, tennis, basketball, football,

- Enfin, dans certains établissements, le parc et les jardins sont embellis par les patients travaillant dans les ateliers agricoles ou d'espaces verts.

**

Des animations ponctuelles sont proposées aux patients, lors du carnaval, de concours de belote, ou de tournois de pétanque, à l'occasion des fêtes de la musique ou de Noël. L'organisation de concerts, parfois dans la chapelle de l'établissement, d'une course à pied dans le parc de l'hôpital et ouverte au public peut être prévue.

S'agissant des sorties à l'extérieur de l'établissement, les établissements proposent régulièrement des promenades ou des randonnées pédestres, des sorties à la piscine municipale, une activité d'équitation ou de cueillette, des excursions à la mer ou à la campagne, au zoo, au spectacle, au restaurant, au marché. Certaines unités organisent également des séjours thérapeutiques une à deux fois par an pour 4 à 6 patients, en fonction du personnel disponible (intitulés « ferme en terre », « culinothérapie¹⁶ », « vieux métiers du bois »...).

¹⁶ Le terme « thérapie » est parfois employé abusivement.

Annexe 8 : Exemples de jurisprudence administrative concernant l'engagement de la responsabilité des établissements spécialisés en santé mentale

Mission à partir de la base de données en ligne « ariane » du Conseil d'Etat

1. LES SUICIDES ET LES AGRESSIONS

Les suicides

- A la suite d'une tentative de suicide de Mme X, ayant entraîné des blessures graves, et elle-même intervenue après une première tentative de suicide quelques minutes après son arrivée dans le service du CH de Tarbes, et bien qu'elle ait subi, une heure environ avant l'accident, de fortes injections de calmant, le fait qu'elle ait été laissée dans une chambre dépourvue de fermeture et qu'elle ait pu se jeter par une porte de service qui devait normalement rester ouverte pour des raisons de sécurité révèle un défaut d'organisation du service. (Conseil d'État N° 39069 48793 27 février 1985)
- A la suite du suicide par arme à feu d'un patient à son domicile, qu'il avait été autorisé à regagner au lendemain de son hospitalisation au CH de Lunéville après une première tentative de suicide, la CAA de Nancy a considéré que le CH a commis une faute en remettant l'intéressé à sa famille dès le lendemain sans prescrire un quelconque suivi médical et en lui fixant uniquement la date d'une nouvelle consultation, dans l'attente du retour de congés de son médecin-psychiatre traitant ; sans prodiguer des instructions ou des conseils aux membres de la famille, qui n'ont pu rencontrer le médecin en charge du service malgré leurs efforts déployés en ce sens. (Cour administrative d'appel de Nancy N° 97NC00984 30 mai 2002)
- A la suite du suicide par pendaison d'une patiente en HDT en 2003 au CHS d'Auxerre, et à la suite de plusieurs tentatives, « le fait que Mlle A ait pu être laissée sans surveillance entre 13h15, heure à laquelle elle a été vue entrer dans sa chambre après le repas et 13h30, où un autre patient l'a trouvée inanimée, révèle une faute dans l'organisation du service. » (...) « La circonstance, invoquée en défense par le centre hospitalier que, au moment des faits, six membres du personnel étaient présents dans le service et n'auraient pas tous été simultanément occupés aux transmissions de consigne, n'est pas de nature, par elle seule, à exonérer l'établissement de sa responsabilité, quand bien même cet effectif serait suffisant pour un service accueillant 21 malades. » (Cour administrative d'appel de Lyon, N° 08LY00613 8 avril 2010)

- A la suite du suicide d'une patiente hospitalisée au CHS de Saint Venant, qui est sortie du service où elle était prise en charge et a ingéré un produit détergent caustique, trouvé dans un pavillon voisin, ce qui a entraîné son décès, le juge a considéré que, « *compte tenu des circonstances de son hospitalisation et de la parfaite connaissance qu'avaient les médecins des risques que comportait son état mental, [notamment plusieurs tentatives de suicide dans les deux semaines précédent le suicide] le fait que Mlle B ait pu échapper à la vigilance du service où elle était hospitalisée et ait pu mettre fin à ses jours révèle une défaillance dans la surveillance et une faute dans l'organisation du service* ». (Conseil d'État N° 303983 lundi 9 mars 2009)
- « *Le fait qu'une patiente qui venait de tenter de mettre fin à ses jours ait pu demeurer en possession d'un objet dangereux [un briquet] puis tenter de s'immoler par le feu révèle un défaut de surveillance qui constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier, qui devait renforcer les mesures de surveillance pour tenir compte de la situation particulière de Mlle A.* » (Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 08MA00277 3 décembre 2009)
- A la suite du suicide d'un patient en HO aux Hôpitaux de Lannemezan le jour de la levée de sa mesure d'hospitalisation, en l'absence de tendances suicidaires connues et de tout élément qui aurait pu alerter le personnel soignant, le juge a considéré que les Hôpitaux de Lannemezan ont pris des mesures suffisantes et adaptées compte tenu des antécédents et de l'état de santé de M. X. (Cour Administrative d'Appel de Bordeaux N° 07BX00702 2 octobre 2008)

Agressions

- « *Eu égard à la nature de l'établissement en cause spécialisée dans l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiatriques, la non séparation des hommes et des femmes dans les locaux d'hébergement et l'absence dans les chambres de tout dispositif d'appel du personnel chargé de la surveillance constituent un aménagement défectueux des locaux (...). L'agression [sexuelle] de Mme X, est imputable à un défaut d'organisation et de surveillance du C.H.S. Charles Perrens, quand bien même l'agresseur ne présentait aucune dangerosité du fait de troubles ou d'antécédents connus nécessitant une vigilance particulière du personnel du C.H.S ; cette faute engage la responsabilité de l'établissement.* » (Cour Administrative d'Appel de Bordeaux N° 07BX00222 Lecture du 8 juillet 2008)
- A la suite de l'agression d'une patiente par un mineur hospitalisé librement dans l'établissement psychiatrique de Rennes, le Conseil d'Etat a considéré que « *les services de l'hôpital psychiatrique de Rennes ont commis une faute de nature à engager la responsabilité de cet établissement en plaçant le jeune Y... dans des conditions d'hospitalisation qui lui laissaient une totale liberté pendant la journée alors que l'intéressé n'avait aucune occupation professionnelle et que son agressivité était connue* » (Conseil d'État, N° 99514 01582 , 30 juin 1978).
- A la suite de la blessure d'un malade par un autre au CH de Niort en juillet 1955, le fait que l'accident se soit produit alors que les malades se trouvaient avec plus de 130 autres malades dans une cour aux dimensions insuffisantes, sous la surveillance de deux infirmiers seulement, révèle une mauvaise organisation du service et un défaut de surveillance des malades. (Conseil d'État N° 72600 10 avril 1970)

- A la suite de l'agression une nuit de cinq malades par un malade hospitalisé librement au CHS de Maison Blanche en mai 1979, dont un malade qui a été égorgé, le Conseil d'Etat a considéré, que malgré l'alerte qui a été immédiatement donnée par l'infirmière de garde qui a réussi à mettre en sécurité le premier malade auquel le malade dément s'était attaqué et qui, sérieusement menacée à son tour, a dû se réfugier avec quelques malades dans un bureau voisin, le fait qu' « *une dizaine de minutes se soient écoulées avant que soient réunis les moyens nécessaires pour maîtriser ce dément, laissé seul avec d'autres malades auxquels il s'est attaqué ; que l'inefficacité prolongée du service à faire face à une situation dangereuse pour les malades placés sous sa garde et qui n'avait pas un caractère imprévisible dans un établissement spécialisé, révèle un défaut dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité du Centre hospitalier spécialisé (...).* » (Conseil d'État N° 62337 23 juin 1986)

2. CHUTES

- En 1969, après une chute mortelle d'un malade dans la cour du centre de soins et d'hygiène mentale de l'hôpital psychiatrique de Saint André, alors qu'il nettoyait les vitres d'une fenêtres situées à 12 mètres au dessus du sol et que cette tâche lui avait été confiée dans le cadre d'une méthode thérapeutique de réadaptation sociale, en l'absence de surveillance particulière et de tout dispositif de nature à empêcher le malade de tomber ou d'ouvrir la fenêtre, le juge considère que le défaut de surveillance engage la responsabilité de l'hôpital. (Conseil d'État N° 94238 1er octobre 1975)
- A la suite de la chute « *vraisemblablement volontaire* » d'un patient placé en chambre d'isolement, alors qu'il reculait vers la porte, le dos et la tête en premier contre le chambranle de la porte et qui a entraîné son décès quatre jours plus tard, la cour a considéré qu'aucune faute médicale ni aucune faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service ne peut être reprochée au centre hospitalier d'Antibes : « *(..) le placement et le maintien du patient en chambre d'isolement était justifié compte-tenu, d'une part, de sa pathologie mentale associée à une pathologie pulmonaire chez un sujet obèse qui limitait fortement l'usage sans danger des psychotropes sédatifs et, d'autre part, de la nécessité de contenir son agressivité et sa violence potentielle tant envers les autres qu'envers lui-même ; (...)* le fils de Mme X a reçu des soins adaptés à ses pathologies et il a fait l'objet d'une surveillance attentive comme en témoignent les réactions rapides des personnels aux divers incidents qui émaillaient les journées à l'hôpital de ce malade agité et agressif ; (...) le fait qu'une chute volontaire entraînant le décès de son fils ait pu se produire dans la chambre d'isolement dépourvue de tout meuble hormis la présence d'un lit scellé au sol, ne suffit pas à établir qu'une faute ait été commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service public hospitalier nonobstant les gestes suicidaires précédents ; (...) il était légitime de ne pas réaliser de contention physique, eu égard à la forte corpulence du malade et à la nécessité d'une sédation médicamenteuse ; qu'en tout état de cause, la contention physique des malades qui consiste à les maintenir alités membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles n'est utilisée, du fait de l'atteinte à la dignité du patient, qu'en dernier recours après que le personnel soignant ait d'abord usé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement » (Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 05MA01245 25 janvier 2007)

- A la suite de l'accident d'une malade hospitalisée au CHS de la Charente et qui s'est jetée du premier étage dans la cour de l'établissement, le fait que « *la malade, informée de l'organisation de sa cure, avait fait part au praticien de sa détermination de s'échapper de l'hôpital ; qu'ainsi, à supposer même que Mme Y. n'ait pas été suspectée de tendances suicidaires, la circonstance qu'elle ait eu la possibilité sans difficulté et sans attirer l'attention de se jeter par une fenêtre ouverte de la salle où elle se trouvait avec d'autres malades est constitutive en l'espèce d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier.* » (Conseil d'État N° 45483 1er juin 1988)

3. FUGUES

- A la suite du décès d'un patient, victime d'un accident mortel de la circulation après avoir réussi à fuguer du CH de Sevrey où il était hospitalisé dans une unité fermée, l'évasion du patient – qui avait déjà réussi à s'enfuir à plusieurs reprises-, révèle, en l'espèce, eu égard aux moyens dont disposait le centre, un défaut d'organisation du service et un défaut de surveillance. (Conseil d'État, N° 10706 12 décembre 1979)
- Après le meurtre d'un habitant par un malade HO à l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche en avril 1975, le Conseil d'Etat a jugé que le fait que le malade ait pu se procurer un instrument dangereux dans l'enceinte de l'établissement (un couteau) révèle une défaillance dans la surveillance et que les circonstances, en l'espèce, de son évasion, quelle qu'ait été la voie utilisée par le malade pour quitter l'établissement et franchir, en la détériorant, l'enceinte grillagée du CH, un défaut d'organisation du service et un défaut de surveillance qui engage la responsabilité de cet établissement. (Conseil d'État N° 37768 37769 37770 12 octobre 1983)
- Le fait que M. C, hospitalisé librement, compte tenu de ses antécédents, ait pu, à une heure indéterminée de la nuit du 30 novembre au 1er décembre 1970, sortir librement de l'établissement, révèle, quelles qu'aient été les méthodes thérapeutiques employées par ce dernier, un fonctionnement defectueux du service. (Conseil d'État N° 40106 27 février 1985)
- A la suite de la défenestration d'un patient ayant entraîné des blessures graves, après qu'il ait quitté furtivement le centre spécialisé J. Delay de Pontoise, la cour administrative d'appel de Paris a jugé qu'« *alors même que le patient aurait reçu les soins médicaux rendus nécessaires par son état et que le service hospitalier n'aurait pas eu connaissance des tentatives de suicide du patient, l'absence totale de surveillance particulière de nature à prévenir une fuite inopinée constitue, par elle-même, une faute dans l'organisation du service psychiatrique de l'hôpital René Dubos* ». (Cour administrative d'appel de Paris N° 96PA00943 96PA01213 11 juillet 1997)
- Le Conseil d'Etat a jugé que suite au décès d'un patient hospitalisé d'office, retrouvé écrasé par une ou plusieurs automobiles, le fait que l'établissement n'ait pas averti de la disparition du malade ni les services de police, pour organiser les recherches, ni la famille, pour s'assurer du retour du malade à son domicile, engage la responsabilité de l'établissement. (Conseil d'État N° 80283 12 mai 1972)
- A la suite du suicide d'un malade hospitalisé librement au CH Charles Perrens à Bordeaux en 1974, qui s'est jeté sous un train après qu'il ait quitté l'hôpital le même jour, le fait qu'il ait bénéficié d'une autorisation lui permettant de se rendre les samedis et dimanche dans son foyer, sans être accompagné et sans incident thérapeutique, et que l'hôpital n'ait pas soumis ce patient à des mesures de surveillance particulière ne révèle pas, en l'espèce, de défaut dans l'organisation ou le fonctionnement du service. (Conseil d'État N° 23946 24 février 1982)

- A la suite du suicide d'un patient hospitalisé depuis 19 ans au centre psychiatrique de l'Allier, en se jetant sous un train, après avoir quitté l'établissement huit jours plus tôt, et alors qu'il n'avait jamais manifesté de tendance suicidaire, le juge a considéré que, compte tenu de la durée du séjour en milieu psychiatrique, de la connaissance ainsi acquise de son comportement et des méthodes thérapeutiques qui étaient appliquées à ce malade, le fait que, malgré la dernière fugue, qui remontait à huit mois, il n'ait pas été soumis à une étroite surveillance et ait, au contraire, été autorisé à quitter l'établissement dans la journée, ne saurait être regardé ni comme une faute lourde des médecins chargés de déterminer la méthode thérapeutique à employer, ni comme une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service. (Conseil d'État N° 57912 17 décembre 1986)
- La Cour administrative d'appel de Lyon a jugé que, suite au décès d'un patient de 54 ans, retrouvé sur le territoire de la commune voisine au fond d'un ravin où il avait fait une chute, le défaut de surveillance n'est pas établi lorsque le patient était, en l'espèce, au moment où il a disparu, « *dans le jardin donnant sur la salle à manger de l'établissement, lequel était entouré de toute part par des murs et des grillages d'au moins deux mètres de haut et, d'autre part, que la porte de la salle à manger était dotée d'un digicode dont le numéro était connu du seul personnel de l'établissement* », et alors même qu' « *il présentait, selon les termes de son médecin-psychiatre, une « tendance à fuguer » nécessitant des « moyens appropriés* » ». (CAA de Lyon N° 05LY01990 10 janvier 2008)

4. AGRESSIONS, SUICIDES OU INFRACTIONS A L'OCCASION D'UNE SORTIE D'ESSAI

- La Cour administrative d'appel de Marseille a jugé que, suite au meurtre d'un homme par un patient atteint de troubles psychiques graves en sortie d'essai, l'origine du décès est imputable aux seules défaillances du centre hospitalier dans la surveillance du patient. Dans cette affaire, le patient hospitalisé d'office, lors de sa septième sortie d'essai, ne s'est pas rendu à la consultation prévue au centre hospitalier E Toulouse et a informé l'établissement par téléphone que, blessé, il se trouvait au service des urgences du centre hospitalier de la Conception à Marseille. Après avoir subi une intervention chirurgicale dans ce dernier établissement, il a été transféré le 19 février 2004 au centre hospitalier Edouard Toulouse ; il a alors refusé l'hospitalisation qui lui était proposée et a quitté précipitamment le service où il se trouvait sans que les trois membres présents du centre hospitalier ne puissent le retenir. Il s'est présenté à l'accueil du centre hospitalier le lendemain ou le surlendemain de sa fuite pour obtenir des documents et qu'il s'est de nouveau enfui à la vue du praticien qui le prenait en charge. Sept jours plus tard, le 26 février 2004, M. G. a eu une altercation avec le compagnon de sa grand-mère, qui a nécessité l'intervention de la police sans que M. G. puisse être appréhendé. Quelques jours plus tard, le 9 mars 2004, M. G. s'est rendu au domicile de sa grand-mère, où il a assassiné son compagnon.

Le juge a considéré que « le patient bénéficiait à la date du 19 février 2004 d'un régime de sortie à l'essai, [qu'] il demeurait, comme le précisait d'ailleurs l'arrêté préfectoral du 26 janvier 2004 le plaçant sous ce régime, sous la surveillance et la responsabilité du centre hospitalier, [et] que, *d'une façon générale, il appartenait à celui-ci, compte tenu des antécédents et du lourd passé psychiatrique du patient, de prendre les mesures de surveillance renforcées qu'exigeait son état.* » (Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 07MA03488 1er octobre 2009).

- Le Conseil d'Etat a jugé, après qu'une personne souffrant de troubles mentaux ait ouvert le feu sur la foule qui se pressait aux Nouvelles Galeries à Angoulême, tuant et blessant plusieurs personnes, que le fait que « *les services préfectoraux ne se soient pas assurés que M. X suivait au dispensaire où il était régulièrement convoqué le traitement ambulatoire qu'imposait sa sortie de l'hôpital et n'aient donné aucune suite aux indications transmises par la gendarmerie [présenté comme un individu dangereux dans un procès verbal relatant la saisie d'une arme à feu] révèle une faute lourde dans le fonctionnement des services chargés de la police des malades mentaux.* » (Conseil d'État, N° 99511, 26 janvier 1979)
- A la suite du suicide d'un patient à son domicile, huit jours après sa sortie, la cour a estimé qu'« *il est constant que M. Y avait fait, outre la tentative de suicide à l'origine de son hospitalisation, des tentatives de suicide itératives(...) avant sa dernière sortie le 14 mars, il avait manifesté auprès des médecins ses craintes de se retrouver seul, sa compagne, Mme X, ayant décidé de le quitter définitivement ; que d'ailleurs deux notes médicales des 5 et 10 mars [le patient est décédé le 26 mars] avaient relevé que M. Y allait mal et redevenait un « patient à risque » ; que dans ces conditions, il appartenait au service public hospitalier, quelles que fussent les méthodes thérapeutiques utilisées, d'exercer sur lui une surveillance particulière ; qu'ainsi, et alors que Mme X avait exprimé de vives inquiétudes sur les risques inhérents à son état psychique auprès des médecins assurant le suivi de l'intéressé, la circonstance que ce dernier ait été autorisé à sortir du Centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or plus de huit jours avant le début de sa cure de désintoxication, sans que l'hôpital assortisse cette autorisation de mesures d'accompagnement durant cette période intermédiaire, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement à raison du décès de M. Y* » (CAA de Lyon, N° 03LY01665, 19 décembre 2006)
- Au cours d'une sortie d'essai de 48 heures, Mlle X qui avait été admise à la demande de sa famille en hospitalisation volontaire au centre hospitalier spécialisé Esquirol, a provoqué, en décembre 1988, un incendie dans les locaux de la société C. Le juge a considéré que « *jusqu'à l'incendie qu'elle a provoqué, Mlle X, qui était hospitalisée depuis un mois et avait d'ailleurs effectué une semaine auparavant une sortie qui s'était bien déroulée, n'avait pas manifesté de signes permettant de penser que son comportement pouvait présenter des dangers pour autrui ; qu'ainsi le centre hospitalier Esquirol n'a pas commis de faute de nature à engager sa responsabilité en accordant à l'intéressée la sortie d'essai au cours de laquelle est survenu le dommage litigieux.* » (Conseil d'État N° 212113 mercredi 30 avril 2003)

Annexe 9 : Les effectifs de personnels

1. ETAT DES LIEUX

Les données ci-dessous sont extraites de « La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques », DREES, 2007 et du rapport IGAS 2007-033 P établi en juillet 2007 par H. STROHL, J.P BASTIANELLI, G.LAURAND et C. PLANES-RAISENAUER sur la « gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie ».

La France métropolitaine compte au 1er janvier 2005 environ **13 600 psychiatres** et neuropsychiatres, soit la **densité la plus élevée d'Europe**. D'après la DREES, la densité médicale devrait progressivement diminuer pour retrouver en 2025 un niveau proche de celui enregistré au milieu des années 1980. La moitié des psychiatres exercent leur activité principale en cabinet **libéral**, l'autre moitié en établissement hospitalier. 15% des psychiatres libéraux exercent également une activité secondaire salariée à l'hôpital public.

Cette situation a priori confortable masque en réalité une répartition inégale de l'offre sur le territoire, dans les établissements et suivant les secteurs. Par exemple, dans les 6 établissements ayant fait l'objet d'une enquête par l'IGAS en 2007, le nombre de psychiatres ou faisant fonction oscille **entre 5,2 ETP à 18 ETP pour 100 000 habitants**. En 2003, d'après la DREES, 289 postes de psychiatres à temps plein et 112 à temps partiel étaient déclarés vacants depuis plus d'un an. Un secteur sur trois de psychiatrie générale connaissait des difficultés de recrutement. Cette proportion a augmenté depuis 2000 et touche différemment les secteurs selon leur catégorie d'établissement de rattachement. 29 % des CHS ont déclaré des postes vacants depuis plus d'un an en 2003.

Les difficultés de recrutement concernent également les effectifs non médicaux, avec 30% des secteurs rattachés à des CH ou des CHS qui déclarent des vacances de postes en 2003. Le nombre d'ETP des personnels non médicaux a diminué de 10 % sur la période de 1989 à 2003, parallèlement à la diminution du nombre total de journées de prise en charge (-12%) et malgré la forte croissance de la file active moyenne par secteur (de 900 à 1 500 patients en moyenne). Au sein du personnel non médical, les effectifs qui ont le plus diminué (de -8 % à -47 % en 15 ans selon les catégories) sont les infirmiers, les cadres supérieurs de santé, les ergothérapeutes, les agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur. Les effectifs d'agents des services hospitaliers sont en revanche en augmentation depuis 2000, de même que les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales.

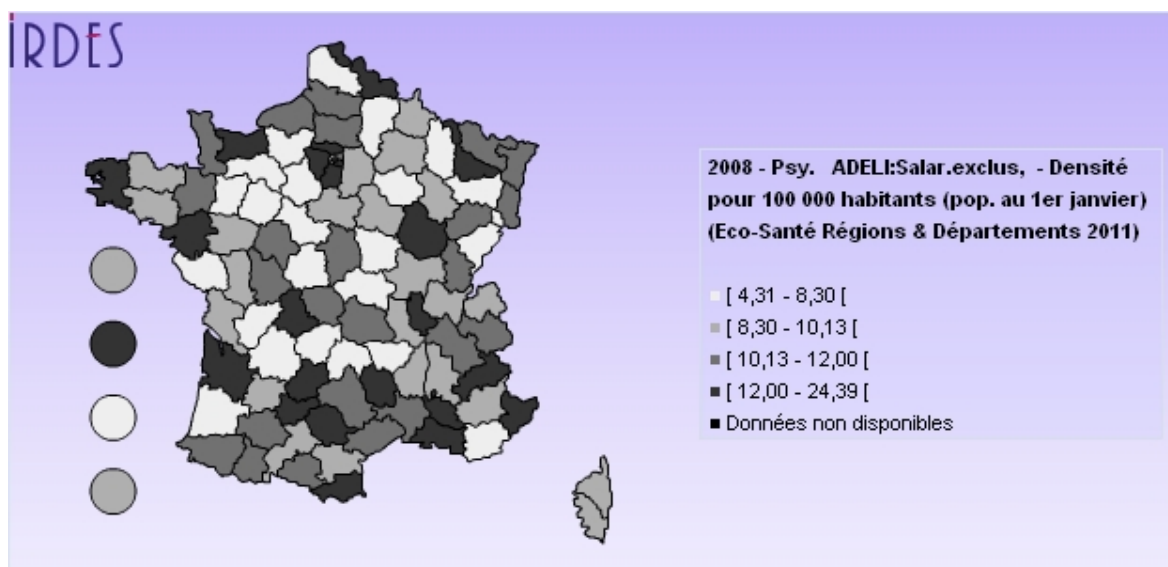
Un secteur rattaché à un CHS dispose en moyenne en 2003 de 6,2 ETP de médecins (y compris les internes) et d'une équipe non médicale¹⁷ de 85,4 ETP. Le nombre d'ETP en personnel médical est relativement stable depuis 1989 (+3 % entre 1989 et 2003). Cette stabilité se traduit en réalité par une baisse du temps de personnel disponible, dès lors que la réduction du temps de travail mise en place dans les établissements de santé en 2001 aurait dû entraîner une augmentation des effectifs, de même que la réforme de l'organisation des gardes.

¹⁷ Personnels administratifs, des personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier et autres personnes des services médicaux), des personnels éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques

2. DENSITE DES PSYCHIATRES ET DES INFIRMIERS SALARIES PAR DEPARTEMENT

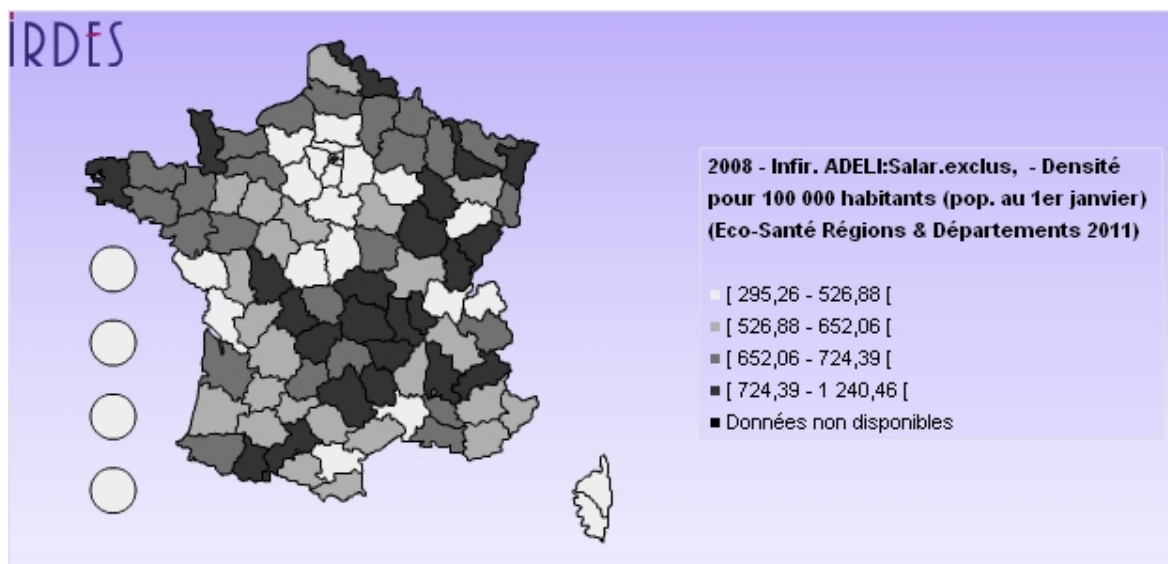
Comme le montrent les tableaux ci-dessous, on note des disparités importantes dans la répartition des psychiatres et des infirmiers salariés.

Tableau 20 : Densité de psychiatres salariés pour 100 000 habitants (2008)



Source : Ecosante en ligne à partir des données ADELI

Tableau 21 : Densité d'infirmiers salariés pour 100 000 habitants (2008)



Source : Ecosante en ligne à partir des données ADELI

3. EFFECTIFS INFIRMIERS EMPLOYES DANS LES CHS, ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES SOUS DOTATION GLOBALE ET PSPH, EN ETP

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Infirmiers diplômés d'Etat ou autorisés (hors secteur psychiatrique)	13 695	14 808	16 065	16 319	17 670	22 106
Infirmiers de secteur psychiatrique	18 883	17 551	16 266	15 283	13 739	15 358
Total	32 578	32 359	32 331	31 603	31 409	37 464
% IDE	42,0%	45,8%	49,7%	51,6%	56,3%	59,0%

Source : SAE en ligne (données non corrigées), calculs mission

Annexe 10 : Les évolutions architecturales

Le texte ci-dessous a été élaboré à partir de la thèse de doctorat « Ambiances architecturales et comportements psychomoteurs », I. LEOTHAUD, 2006, Ecole polytechnique de l'Université de Nantes.

Les aliénistes du début du XIX^{ème} siècle prêtaient des vertus thérapeutiques à l'organisation spatiale des établissements psychiatriques. L'asile d'aliénés est vu comme un instrument de guérison. La constitution matérielle de l'établissement doit être subordonnée à un but médical. Il appartient au programme médical de déterminer les principes à suivre dans la disposition des asiles pour le classement des malades par catégories et pour la subdivision de l'établissement par quartiers (M. Parchappe de Vinay, « *des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* », 1853). Il en a résulté un certain amalgame entre l'institution (l'asile), et son architecture. Les asiles qui se sont construits progressivement en France au XIX^{ème} siècle se sont développés en référence à deux modèles :

- le plan d'Esquirol, en 1818, reprend les principes de l'architecture classique, qu'il décline pour permettre la séparation des malades selon leur comportement : au centre de chaque aile, les convalescents, les malades « tranquilles », sont situés à proximité des bâtiments de l'administration, rejetant latéralement les « agités » et les « furieux ». Les deux ailes, réservées chacune à un sexe sont séparées par des cours centrales ; une galerie relie l'ensemble des quartiers ; les bâtiments en rez-de-chaussée entourent une cour sur trois côtés, le quatrième restant ouvert pour donner une vue extérieure à l'asile. Du fait de l'importance du bon air et de l'espace, le site devait se trouver hors de la ville, à flanc de coteau permettant au mieux cette échappée visuelle. Parchappe, par la suite, préconise des bâtiments de taille moyenne, très ordonnés, et abandonne les cellules qui composaient les anciens hospices au profit de dortoirs, plus conviviaux. L'architecture doit contribuer à l'efficacité du traitement par « l'ordonnance, la symétrie et la beauté de l'ensemble ».¹⁸

- le plan de Pinel (« le luxe ne convient guère à un tel asile de douleur, tout doit y être bien, mais sévère ; son luxe est la propreté, l'ordre, la disposition saine des bâtiments, l'harmonie de toutes les parties du service »), en 1827, se compose de trois bâtiments longitudinaux, tous trois parallèles : les deux bâtiments extérieurs sont les pavillons d'hospitalisation (selon le sexe des malades) et la zone centrale est réservée à l'administration. Des galeries traversantes permettent de relier les deux côtés de l'asile aux espaces communs, les bâtiments étant construits au centre d'une cour.

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, les établissements sont construits loin des centres et sont difficiles d'accès. Leur aspect massif impressionne les visiteurs ou les malades. L'agencement intérieur se caractérise par l'alignement d'un grand nombre de lits, tous semblables, l'absence de meubles, des murs de couleurs sombres, tristes et uniformes, de petites fenêtres haut placées avec des barreaux, souvent sales. Certains auteurs relèvent que cette architecture ne peut qu'exalter chez le malade toute tendance à l'évasion et l'inciter soit à détruire cet objet effrayant ou les parties qu'il peut détériorer, soit à sombrer dans une soumission apathique.

La séparation des malades en plusieurs catégories, qui est vue comme un moyen curatif, trouve en pratique des limites, en l'absence de consensus sur les classements possibles. Les catégories nosologiques prônées par Esquirol seront vite abandonnées pour un classement des malades selon leur comportement : furieux, agités, semi-agités, tranquilles.

¹⁸ « *Les espaces de la folie* », J.D. Devaux, 1996

En réalité au XIX^{ème} siècle seuls deux quartiers ont des spécificités architecturales : les « agités » et les « gâteaux », pour des raisons de commodité et de sécurité. Les malades, s'ils sont tranquilles, s'approchent de la zone noble et prestigieuse, celle où réside le médecin directeur et où se trouve l'église, ou s'en éloignent s'ils se montrent agités.

En 1896, le docteur Marandon de Montyel, médecin des asiles de la Seine, critique l'asile pour son inefficacité et son encombrement. Il vante le système de « l'open door » que l'on voit apparaître en Ecosse : les portes ne sont pas fermées, les pensionnaires, quelque soit leur sexe, prennent leur repas ensemble, disposent de distractions (théâtre, salle de café avec des livres et des journaux), travaillent le matin et se promènent l'après-midi.

L'asile prend le nom d'hôpital psychiatrique. En 1935, Raynier et Lauzier, dans un rapport sur la construction et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques, préconisent l'établissement de pavillons indépendants avec des effectifs réduits. L'immédiat après-guerre concrétise l'émergence de l'hôpital village, annoncée au début du siècle. M. Lauzier, Bonnafé, Godeau en jettent les bases (« au-delà de l'asile psychiatrique », 1948) : « Les pavillons d'hospitalisation devront (...) être conçus sur un type standard, susceptibles à la fois d'être utilisés pour toutes les catégories de malades et se prêter à l'application de toutes les méthodes thérapeutiques. (...) Les pavillons seront divisés en deux unités de soins de 25 lits ; ces unités devront elles mêmes pouvoir être divisées en deux. Les pavillons seront construits sur deux niveaux au maximum. Chaque unité de 25 lits devra disposer d'une cour jardin individuelle. »

Dans les années 50, l'hôpital village se développe à grande échelle. Il est conçu de manière à favoriser la réinsertion sociale : les murs d'enceinte sont détruits et la psychiatrie se tourne vers l'extérieur. La vie en communauté est favorisée, l'hôpital affiche l'image d'un petit village avec des espaces de loisirs, de rencontre, ses circulations sinueuses, ses bâtiments espacés, ses jardins etc. Très rapidement, les critiques se multiplient : on lui reproche sa ruralité, l'isolement du malade dans une petite société artificielle, la reconstitution d'un milieu de vie sécurisant qui contribue à la chronicisation des malades et ne favorise pas leur sortie.

Ce passage d'un modèle bloc initial à un modèle pavillonnaire, puis à un modèle mixte, qui aboutit à une structure de pavillons dispersés, ne tient pas compte des évolutions thérapeutiques, et notamment de la découverte et de la généralisation dans les années 50 des médicaments neuroleptiques, qui permettent d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur et accompagnent le mouvement de désinstitutionalisation, initié après-guerre.

Dans les années 60 et 70, alors que le mouvement de l' « antipsychiatrie » bat son plein, les critiques portant sur la prise en charge dans les hôpitaux dénoncent également l'architecture du bâtiment qu'elle symbolise.¹⁹ Dans les années 60, l'OMS présente de nouvelles normes architecturales, orientées non plus en fonction des besoins de contrôle et de surveillance des malades, mais en fonction des besoins thérapeutiques²⁰. Parallèlement, G. Ferrand et J.P. Roubier présentent un projet d'hôpital psychiatrique implanté dans un paysage urbain, qui se caractérise par une faible capacité, des aménagements intérieurs répondant à une normalisation plus souple, moins systématique, une architecture qui favorise la communication et le contact.

Peu à peu, avec la création du secteur, les structures extrahospitalières (centres de consultations, hôpitaux de jour, etc.) se diversifient et sont intégrées dans le tissu urbain. Désormais, le but n'est plus de mettre à l'écart cette population mais de ne pas la couper de son milieu de vie et favoriser sa réinsertion sociale .

¹⁹ Catherine Fussinger et Deodaa Tevaearai, « *l'évolution des modèles architecturaux, un reflet de l'évolution thérapeutique* », dans architecture et psychiatrie et « *l'hôpital espace de soin, espace urbain* », 2001, éditions la ferme du vinatier

²⁰ BAKER, DAVIES, SIVADON. « *Services psychiatriques et architecture* ». Genève : OMS, 1960, Cahier de Santé Publique