



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

<b>ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES CONSULTEES .....</b>	<b>5</b>
<b>ANNEXE 2 : ETUDE DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) .....</b>	<b>9</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTE DES SIGLES.....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE 4 : DONNEES STATISTIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 5 : TABLEAU DETAILLE DES FUGUES REPERTORIEES DANS SEPT ETABLISSEMENTS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 6 : L'UTILISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 7 : EXEMPLES D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 8 : EXEMPLES DE JURISPRUDENCE ADMINISTRATIVE CONCERNANT L'ENGAGEMENT DE LA RESPONSABILITE DES ETABLISSEMENTS SPECIALISES EN SANTE MENTALE.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 9 : LES EFFECTIFS DE PERSONNELS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 10 : LES EVOLUTIONS ARCHITECTURALES .....</b>	<b>65</b>



## **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<sup>er</sup> 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 consentie<sup>1</sup> ; ces prises en charge peuvent se dérouler en hospitalisation complète ou partielle.

<sup>1</sup> 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 séjour<sup>2</sup>, 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<sup>er</sup> 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 HOSPITALISEES 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 :

<sup>2</sup> 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 longues<sup>3</sup>. Les séjours des patients jugés pénalement irresponsables présentaient la même caractéristique<sup>3</sup>.

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	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>93 348</b>	<b>100,0</b>	<b>50,6</b>	<b>4 578 582</b>	<b>100,0</b>

\* 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
<b>TOTAL</b>	<b>90 530</b>	<b>4 578 582</b>	<b>3 915 380</b>	<b>85,5</b>	<b>43,2</b>

### 1.3. Chambre d'isolement

**17,7% des séjours** considérés comportaient au moins une « journée » en chambre d'isolement<sup>4</sup>.

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

<sup>3</sup> L'indicateur « n<sup>b</sup> 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.

<sup>4</sup> 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**<sup>5</sup> » : 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**<sup>6</sup> » : 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
<b>TOTAL</b>	<b>93 348</b>	<b>41,3</b>	<b>61,8</b>

#### 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.

<sup>5</sup> Pour les détenus, la prison est assimilée au domicile.

<sup>6</sup> 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%
<b>Total</b>	<b>93 348</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
			<b>70 103</b>	<b>18 368</b>	<b>465</b>	<b>128</b>	<b>1 466</b>	<b>2 818</b>

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
<b>TOTAL</b>	<b>6 132</b>	<b>8,0</b>

## 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
<b>Hospitalisation libre (code 1)</b>	<b>87</b>	<b>10,5</b>	<b>14 050</b>	<b>9,4</b>
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	2	0,2	199	0,1
<b>Hospitalisation d'office (code 3)</b>	<b>607</b>	<b>73,5</b>	<b>108 756</b>	<b>73,0</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>826</b>	<b>100,0</b>	<b>148 947</b>	<b>100,0</b>

Les **passages en chambre d'isolement**<sup>7</sup> 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
<b>Hospitalisation libre (code 1)</b>	<b>30</b>	<b>34,5</b>	<b>625</b>	<b>4,4</b>	<b>15,2</b>
Hospitalisation à la demande d'un tiers (code 2)	1	50,0	13	6,5	10,5
<b>Hospitalisation d'office (code 3)</b>	<b>382</b>	<b>62,9</b>	<b>13 589</b>	<b>12,5</b>	<b>17,3</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>487</b>	<b>59,0</b>	<b>15 911</b>	<b>10,7</b>	<b>16,1</b>

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).

<sup>7</sup> 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
<b>TOTAL</b>	<b>826</b>	<b>32,9</b>	<b>90,2</b>

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
<b>F20-F29</b>	496	60,0%	66,7%	0,0%	57,7%	82,5%	58,2%	50,0%
<b>F60-F69</b>	142	17,2%	16,1%	50,0%	16,8%	3,5%	32,7%	27,8%
<b>F70-F79</b>	47	5,7%	0,0%	50,0%	6,9%	5,3%	0,0%	5,6%
<b>F80-F89</b>	47	5,7%	6,9%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	16,7%
<b>Autre</b>	38	4,6%	3,4%	0,0%	5,4%	0,0%	3,6%	0,0%
<b>F30-F39</b>	19	2,3%	1,1%	0,0%	2,5%	3,5%	1,8%	0,0%
<b>F00-F09</b>	13	1,6%	1,1%	0,0%	1,6%	3,5%	0,0%	0,0%
<b>F10-F19</b>	13	1,6%	2,3%	0,0%	1,3%	1,8%	3,6%	0,0%
<b>F40-F48</b>	8	1,0%	1,1%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>F99</b>	2	0,2%	1,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>F90-F98</b>	1	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>826</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

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	-
<b>TOTAL</b>	<b>77 469</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

#### 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'âge<sup>8</sup>.

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%
<b>TOTAL</b>	<b>77 469</b>	<b>41,8</b>	<b>61,4%</b>

<sup>8</sup> 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'activité<sup>9</sup> ». 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 secteurs<sup>10</sup>) mais la qualité des données recueillies reste perfectible.

<sup>9</sup> Nomenclature des « regroupements de GHM V11 » et méthodologie de construction disponibles sur le site ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000250002EFF>

<sup>10</sup> 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 chaînage 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
<b>Total</b>	<b>90 530</b>	<b>100,0</b>

### 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	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>93 348</b>	<b>4 578 582</b>	<b>50,6</b>	<b>16 520</b>	<b>17,7</b>	<b>65,6</b>	<b>242 497</b>	<b>22,4</b>	<b>14,7</b>

\* 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
<b>de 20 ans a 24 ans</b>	<b>7 175</b>	<b>67,7</b>	<b>1 635</b>	<b>90,7</b>	<b>35</b>	<b>94,3</b>			<b>291</b>	<b>92,8</b>	<b>514</b>	<b>94,6</b>	<b>9 650</b>	<b>73,9</b>
<b>de 25 ans a 29 ans</b>	<b>7 800</b>	<b>67,4</b>	<b>2 378</b>	<b>89,2</b>	<b>79</b>	<b>96,2</b>			<b>344</b>	<b>98,0</b>	<b>575</b>	<b>95,8</b>	<b>11 176</b>	<b>74,6</b>
<b>de 30 ans a 34 ans</b>	<b>7 434</b>	<b>63,0</b>	<b>2 689</b>	<b>86,5</b>	<b>89</b>	<b>91,0</b>			<b>236</b>	<b>92,8</b>	<b>457</b>	<b>93,7</b>	<b>10 905</b>	<b>70,9</b>
<b>de 35 ans a 39 ans</b>	<b>8 445</b>	<b>57,6</b>	<b>2 764</b>	<b>83,5</b>	<b>88</b>	<b>97,7</b>			<b>189</b>	<b>91,5</b>	<b>373</b>	<b>95,4</b>	<b>11 859</b>	<b>65,6</b>
<b>de 40 ans a 44 ans</b>	<b>8 158</b>	<b>53,1</b>	<b>2 476</b>	<b>79,7</b>	<b>53</b>	<b>92,5</b>			<b>143</b>	<b>92,3</b>	<b>300</b>	<b>88,0</b>	<b>11 130</b>	<b>60,6</b>
<b>de 45 ans a 49 ans</b>	<b>7 443</b>	<b>47,1</b>	<b>2 043</b>	<b>74,9</b>	<b>36</b>	<b>91,7</b>			<b>90</b>	<b>88,9</b>	<b>179</b>	<b>92,2</b>	<b>9 791</b>	<b>54,3</b>
<b>de 50 ans a 54 ans</b>	<b>6 184</b>	<b>46,3</b>	<b>1 370</b>	<b>77,2</b>	<b>26</b>	<b>76,9</b>			<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>107</b>	<b>77,6</b>	<b>7 719</b>	<b>52,5</b>
<b>de 55 ans a 59 ans</b>	<b>4 905</b>	<b>45,3</b>	<b>1 019</b>	<b>69,1</b>	<b>16</b>	<b>81,3</b>			<b>32</b>	<b>84,4</b>	<b>85</b>	<b>75,3</b>	<b>6 057</b>	<b>50,1</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>70 103</b>	<b>54,6</b>	<b>18 368</b>	<b>81,3</b>	<b>465</b>	<b>92,5</b>	<b>128</b>	<b>64,8</b>	<b>1 466</b>	<b>93,9</b>	<b>2 818</b>	<b>92,2</b>	<b>93 348</b>	<b>61,8</b>

- **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%
<b>TOTAL</b>	<b>58 106</b>	<b>54,2%</b>	<b>15 788</b>	<b>80,8%</b>	<b>377</b>	<b>91,2%</b>	<b>86</b>	<b>64,0%</b>	<b>1 165</b>	<b>93,9%</b>	<b>1 945</b>	<b>92,4%</b>	<b>77467*</b>	<b>61,4%</b>

\* 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
<b>Total</b>	<b>77 467</b>	<b>61,4%</b>	<b>50 338 347</b>	<b>47,8%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 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
<b>Nb Total PATIENTS</b>	<b>58 108</b>	<b>15 788</b>	<b>377</b>	<b>86</b>	<b>1 165</b>	<b>1 945</b>	<b>77 469</b>	

- **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
<b>TOTAL</b>	<b>77 469</b>	<b>4 570 495</b>	<b>570 709</b>	<b>50 374</b>	<b>417 362,5</b>	<b>957 160</b>

\* 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
<b>TOTAL</b>		<b>13 559</b>	<b>100,0</b>

### 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
<b>Autres racines</b>		3 546	26,2
<b>TOTAL</b>		<b>13 559</b>	<b>100,0</b>

### Annexe 3 : Liste des sigles

<b>AAH</b>	Allocation aux adultes handicapés
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée par la HAS)
<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation (remplacée par l'ARS)
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>ASH</b>	Agent de service hospitalier
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CGLPL</b>	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHS</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CHR&amp;U</b>	Centre hospitalier régional universitaire
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>COMPAQH</b>	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
<b>CPP</b>	Code de procédure pénale
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>DAP</b>	Direction de l'Administration Pénitentiaire (Justice)
<b>DACG</b>	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (Justice)
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DAPTI</b>	Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Organisation des Soins
<b>DIM</b>	Département d'information médicale
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DOM</b>	Département d'outre-mer
<b>EIG</b>	Evènement Indésirable Grave
<b>ESPIC</b>	Etablissement de soins privés d'intérêt collectif
<b>EPSM</b>	Etablissement public de santé mentale

<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>GHM</b>	Groupe homogène de malades
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCR-20</b>	Echelle « Historical clinical risk management-20 »
<b>HDT</b>	Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers
<b>HL</b>	Hospitalisation Libre
<b>HO</b>	Hospitalisation d'office
<b>HO D 398</b>	Hospitalisation d'office sous le statut de l'article D 398 du code de procédure pénale (détenu)
<b>HPST</b>	Hôpital, patients, santé, territoires (loi)
<b>HSC</b>	Hospitalisation sans consentement
<b>ICT</b>	« Iterative classification tree »
<b>IDE</b>	Infirmier, infirmière Diplômée d'Etat
<b>IGA</b>	Inspection Générale de l'Administration
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IGSJ</b>	Inspection Générale des Services Judiciaires
<b>IGN</b>	Inspection de la Gendarmerie Nationale
<b>IGPN</b>	Inspection Générale de la Police Nationale
<b>IMPC</b>	Instrument de mesure des progrès cliniques
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OAS</b>	Echelle « Overt aggression scale »
<b>OFT</b>	Office français de prévention du tabagisme
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONVH</b>	Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier
<b>PACA</b>	Provence Alpes Côte d'Azur
<b>PCL-R</b>	Echelle de psychopathie de Hare révisée
<b>PH</b>	Praticien Hospitalier
<b>PRISM</b>	Plan régional d'investissement en santé mentale
<b>PTI</b>	Protection travailleur isolé
<b>RIMP</b>	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>RTT</b>	Réduction du temps de travail
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SE</b>	Sortie d'essai
<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente



---

<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional (en secteur pénitentiaire)
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>UHSA</b>	Unité hospitalière spécialement aménagée
<b>UMD</b>	Unité pour malades difficiles
<b>UMJ</b>	Unité médico-judiciaire
<b>USIP</b>	Unité pour soins intensifs psychiatriques
<b>VRAG</b>	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'écarte 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 %
<b>Hospitalisation libre (HL)</b>	<b>292 722</b>	<b>309 055</b>	<b>339 367</b>	<b>341 010</b>	<b>16,5%</b>
<b>Hospitalisation sans consentement (HSC) dont :</b>	<b>55 586</b>	<b>68 959</b>	<b>70 705</b>	<b>80 235</b>	<b>44,3%</b>
- 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%
<b>Nombre total de patients (HL+HSC)</b>	<b>348 308</b>	<b>378 014</b>	<b>410 072</b>	<b>421 245</b>	<b>20,9%</b>
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...)

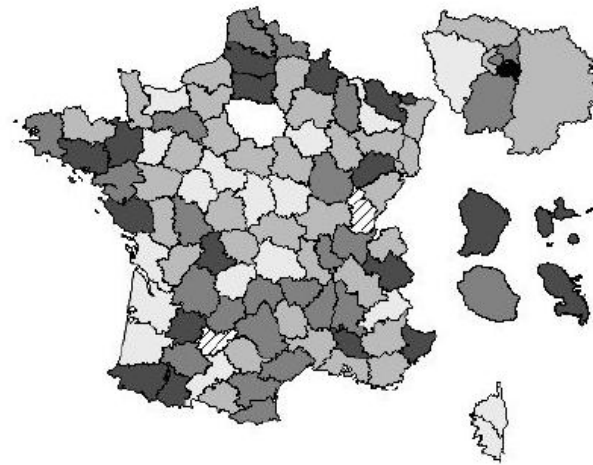
	2006	2007	2008	2009
Hospitalisation libre	10 790 408	13 027 646	12 983 124	13 672 097
Hospitalisation à la demande d'un tiers	1 638 929	2 167 195	2 298 410	2 490 930
Hospitalisation d'office (art. L 3213-1 et L 3213-2)	756 120	910 127	1 000 859	1 083 025
Hospitalisation d'office selon Art. 122.1 du CPP 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

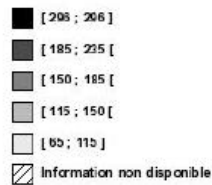
L'étude du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge<sup>11</sup> rappelle qu'il existe une **forte disparité départementale des mesures HSC**. Au niveau national, 134 mesures de HDT et 25 mesures 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 %).

<sup>11</sup> 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

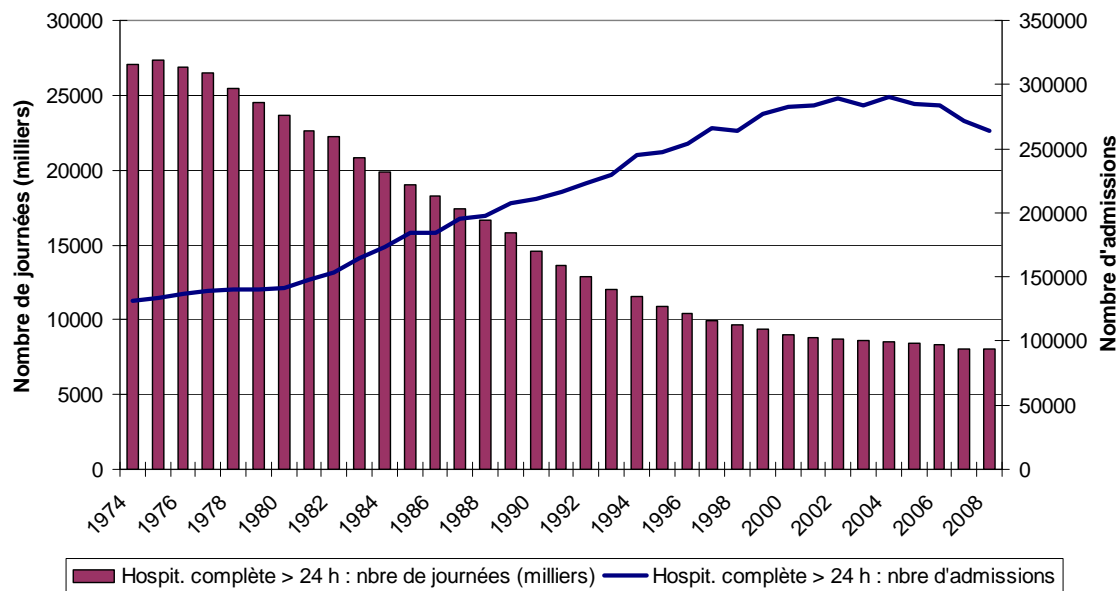
Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données statistiques ;  
INSEE, Estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

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

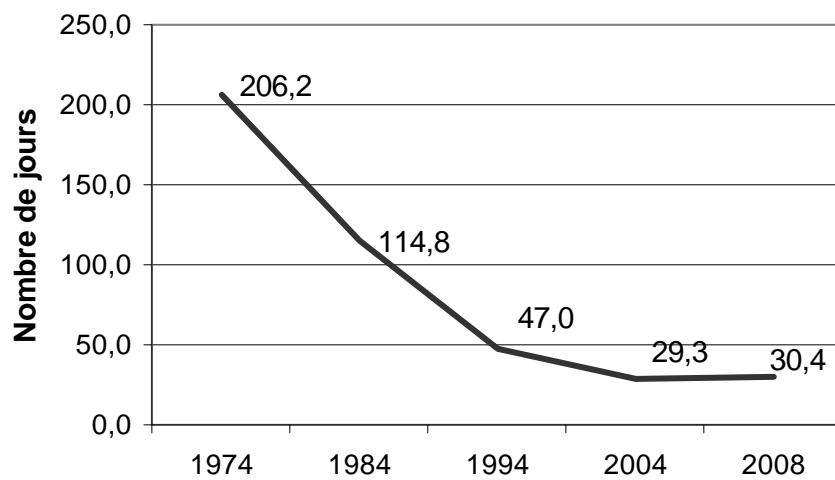
## 2. EVOLUTION DE L'ACTIVITE

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
<b>Proportion totale des patients ayant fait l'objet d'un suivi ambulatoire</b>	<b>70,2</b>	<b>64,8</b>	<b>41,9</b>	<b>70,9</b>
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
<b>Proportion totale de patients n'ayant pas fait l'objet d'un suivi ambulatoire</b>	<b>26,6</b>	<b>32,2</b>	<b>48,8</b>	<b>26,8</b>
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
<b>Taux de fugue en HO (1)/(2)</b>	<b>19,6 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>5,3 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>11,3 %</b>
Nombre d'admissions en HDT (3)	458	393	505	528	317
Nombre de fugue en HDT (4)	22	8	22	28	16
<b>Taux de fugue en HDT(3)/(4)</b>	<b>4,8 %</b>	<b>2,0 %</b>	<b>4,4 %</b>	<b>5,3 %</b>	<b>5,0 %</b>
total des admissions sous contrainte (1)+(3)	550	462	599	651	423
Total fugues en HSC (2)+(4)	40	13	27	36	28
<b>Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)</b>	<b>7,3 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>5,5 %</b>	<b>6,6 %</b>

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
<b>Taux de fugue en HO</b>			<b>5,3 %</b>		<b>10,5%</b>
Nombre d'admissions en HDT	ND	ND	978	971	985
Nombre de fugue en HDT	ND	ND	107	81	128
<b>Taux de fugue en HDT</b>			<b>10,9%</b>	<b>8,3 %</b>	<b>13 %</b>
total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	ND	ND	1222	1249	1318
Total fugues en HSC	ND	ND	120	99	163
<b>Taux de fugue en HSC</b>			<b>9,8 %</b>	<b>7,9%</b>	<b>12,4%</b>

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
<b>Taux de fugue en HO</b>					
Nombre d'admissions en HDT	642	726	695	694	731
Nombre de fugue en HDT	ND	ND	ND	ND	Nd
<b>Taux de fugue en HDT</b>					
total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	896	943	928	880	971
Total fugues en HSC	43*	44	42	40	66*
<b>Taux de fugue en HSC</b>	<b>4,8%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>6,8 %</b>

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
<b>Taux de fugue en HO</b>	<b>18,3 %</b>	<b>29,0 %</b>	
Nombre d'admissions en HDT	657	589	ND
Nombre de fugues en HDT	37	58	56
<b>Taux de fugue en HDT</b>	<b>5,6 %</b>	<b>9,8 %</b>	
Total des admissions sous contrainte (HSC = HO+HDT) *	706	658	
Total fugues en HSC	46	78	59
<b>Taux de fugue en HSC</b>	<b>6,5 %</b>	<b>11,9 %</b>	

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
<b>Taux de fugue en HO (1)/(2)</b>	ND	<b>24,8 %</b>
Nombre d'admissions en HDT (3)	ND	1 051
Nombre de fugues en HDT (4)	ND	90
<b>Taux de fugue en HDT(3)/(4)</b>	ND	<b>8,5 %</b>
Total des admissions sous contrainte (1)+(3)	1 353	1 228
Total fugues en HSC (2)+(4)	ND	134
<b>Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)</b>	ND	<b>10,9 %</b>

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
<b>Taux de fugue en HO (1)/(2)</b>	<b>22 %</b>
Nombre d'admissions en HDT (3)	639
Nombre de fugues en HDT (4)	138
<b>Taux de fugue en HDT(3)/(4)</b>	<b>21,6 %</b>
Total des admissions sous contrainte (1)+(3)	738
Total fugues en HSC (2)+(4)	160
<b>Taux de fugue en HSC (1+3)/(2+4)</b>	<b>21,7 %</b>

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<sup>ème</sup> 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 déshabillage<sup>12</sup>.

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.<sup>13</sup>

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 COMPOR. ABSENT OU MINIME	17	34,1
RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPOR. SIGNIFICATIF	83	39,4
RETARD MENT. GRAVE : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPOR.	12	56,6
RETARD MENT. PROF. : DEFICIENCE DU COMPOR. SIGNIFICATIF	88	83,4
RETARD MENT. PROF. : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPOR.	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.

<sup>12</sup> Cf. projet COMPAQH, cahier des charges sur l'utilisation des chambres d'isolement

<sup>13</sup> « *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 2008<sup>14</sup> « [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 DREES<sup>15</sup>, 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.

---

<sup>14</sup> Rapport d'activité 2008 du CGLPL

<sup>15</sup> « 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 », « culinothérapie<sup>16</sup> », « vieux métiers du bois »...).

---

<sup>16</sup> 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 notwithstanding 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 défectueux 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 médicale<sup>17</sup> 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.

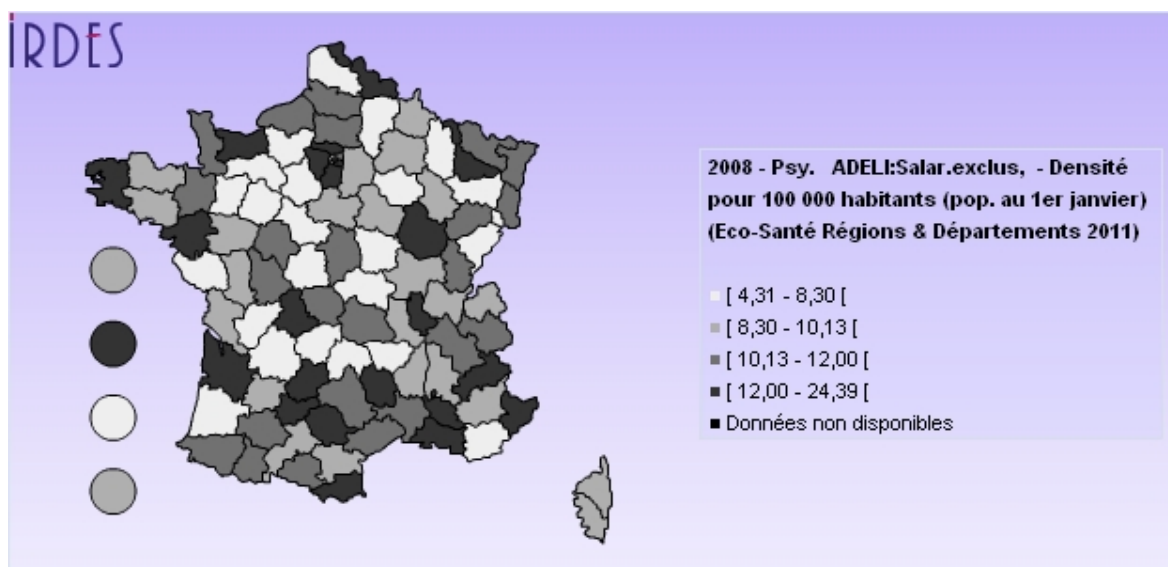
---

<sup>17</sup> 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

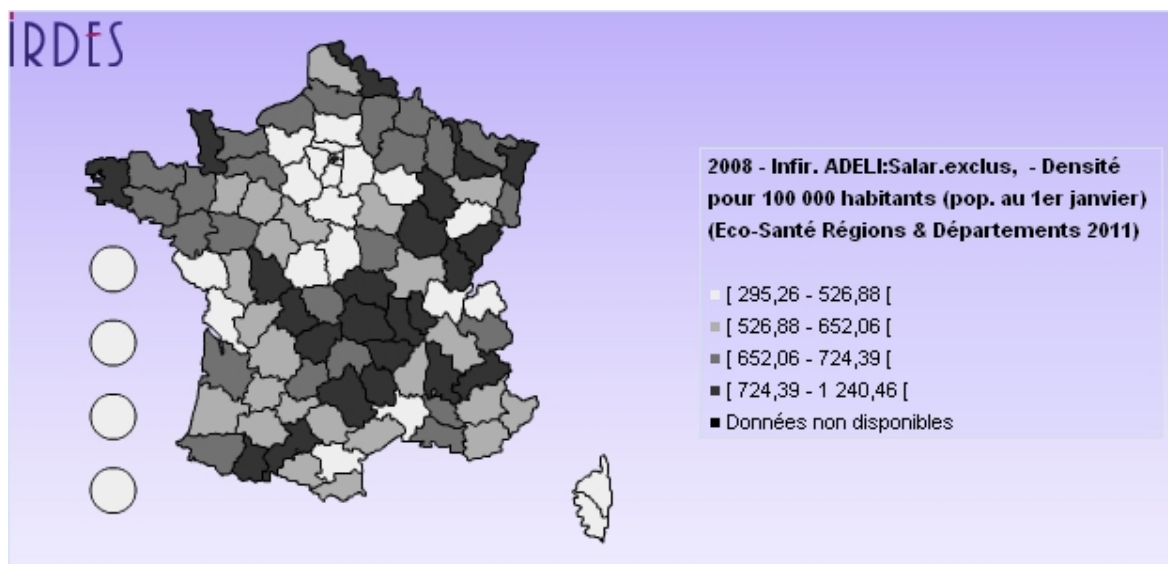
Comme le montrent les tableaux ci-dessous, on note des disparités importantes dans la répartition des psychiatres et des infirmiers salariés.

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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 ».<sup>18</sup>

- 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<sup>ème</sup> 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.

---

<sup>18</sup> « *Les espaces de la folie* », J.D. Devaux, 1996

En réalité au XIX<sup>ème</sup> 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.<sup>19</sup> 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 thérapeutiques<sup>20</sup>. 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 .

---

<sup>19</sup> 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

<sup>20</sup> BAKER, DAVIES, SIVADON. « *Services psychiatriques et architecture* ». Genève : OMS, 1960, Cahier de Santé Publique