

## SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DE LA MISSION

La mission d'évaluation s'est concentrée sur l'apport de loi de septembre 2013 au regard des droits du patient. Mais elle a souhaité situer ses travaux dans la perspective initiée par la loi du 5 juillet 2011 et des modifications consécutives à la loi de modernisation de notre système de santé.

➤ Les rapporteurs ont ainsi saisi l'occasion de l'imminence de la publication des travaux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour dresser tout d'abord un état des lieux des tendances significatives des soins sans consentement. Plusieurs caractéristiques peuvent être mises en lumière tenant à la population prise en charge, à l'augmentation de la file active des patients suivis en soins sans consentement et à la banalisation du recours aux procédures d'urgence.

- S'agissant des caractéristiques générales, on observe une stabilité de la répartition des modes d'admission depuis l'application de réforme de 2011. Environ 8 patients sur 10 sont admis sur décision d'un directeur d'établissement à la demande d'un tiers. 18 % des patients relèvent d'une admission sur décision du préfet.

La mission relève que le profil type des patients n'a pas été modifié avec l'entrée en vigueur de la réforme de 2011. Il s'agit d'une population essentiellement masculine (60 %), âgée en moyenne d'une quarantaine d'années et souffrant de troubles psychiatriques sévères. On note en effet une surreprésentation des troubles psychotiques (50 % des patients) au regard de la file active de patients suivis en psychiatrie au sein des établissements de santé (11 % des patients).

L'admission en soins sans consentement se caractérise aussi par une hétérogénéité d'application selon les territoires dont les raisons mériteraient d'être creusées.

Les données statistiques se caractérisent toutefois par une certaine incomplétude. Les travaux de la mission se sont ainsi heurtés à l'absence de statistiques nationales portant sur la répartition territoriale des modes légaux d'admission. Faute de lisibilité, la mission formule une série de recommandations portant sur l'exhaustivité et la qualité des données statistiques. La variabilité territoriale du recours aux soins sans consentement mériterait par ailleurs une enquête plus poussée sur ses déterminants. Ces derniers conditionnent en effet l'adaptation de la prise en charge des patients à travers l'organisation des soins.

- S'agissant des évolutions observées depuis 2011, la mission s'est interrogée sur la progression significative du nombre de patients suivis en soins

sans consentement (92 000 en 2015) au regard de la file active des patients de plus de 16 ans suivis en psychiatrie (1,7 million en 2015) : respectivement + 15,9 % et + 4,9 % entre 2012 et 2015. Cette augmentation serait principalement due à un « effet stock » des patients dont la prise en charge au titre des programmes de soins excède une année. En 2015, on estime à près de 37 000 le nombre personnes ayant fait l'objet d'une prise en charge dans le cadre ambulatoire, soit 40 % du nombre total de personnes en soins sans consentement.

Cette augmentation significative met en lumière l'accès élargi des patients à une gamme de soins plus variée que la seule hospitalisation complète ne peut à elle seule offrir. Elle autorise une désinstitutionnalisation de la psychiatrie en accordant une prise en charge des patients hors les murs de l'hôpital, y compris pour les troubles sévères. Ainsi, plus de 60 % des personnes suivant un programme de soins souffrent de troubles psychotiques.

Parallèlement, la mission relève une augmentation de la durée du programme de soins ainsi que de la durée moyenne d'hospitalisation. Dans ce dernier cas, le constat infirme les premières conclusions issues des premiers résultats d'application de la loi du 5 juillet 2011.

S'il est encore tôt pour douter de l'efficacité des programmes de soins sur l'amélioration de l'état de santé des patients, il importe de davantage documenter le recours à ces formes de prise en charge. Pour la mission, il apparaît nécessaire de faire évoluer les systèmes d'information hospitaliers pour déterminer si la durée moyenne d'hospitalisation résulte plus d'une stratégie de soins (hospitalisation séquentielle) que d'un arrêt du programme de soins commandé par une rechute du patient (« ré-hospitalisations »). Au demeurant, la mission préconise une enquête exhaustive portant sur le recours aux programmes de soins et l'efficacité de cette prise en charge.

- Enfin, la mission émet le constat d'une certaine banalisation du recours aux procédures d'urgence. Cette tendance, déjà observable avant 2011, s'est durablement installée dans le paysage des soins sans consentement. Par définition moins protecteur, le recours aux procédures d'urgence ou allégées mériterait d'être davantage documenté. Là encore, les rapporteurs déplorent l'absence de données nationales exhaustives permettant d'éclairer ce phénomène et d'encadrer des pratiques territoriales très hétérogènes et parfois *contra legem*. L'admission en soins pour péril imminent, nouveauté introduite en juillet 2011 pour la prise en charge des personnes isolées, concerne ainsi un patient en soins sans consentement sur cinq et apparaît davantage comme un expédient pour désengorger les services d'urgence : deux tiers des patients relevant de cette procédure sont ainsi passés par les services d'urgence.

La mission propose de prendre à bras-le-corps cette dérive en s'appuyant davantage sur les commissions départementales de suivi psychiatriques. Elle propose d'encourager les dispositifs alternatifs de prise en charge des patients en amont et en aval des services d'urgences dans les territoires caractérisés par un

fort taux de recours aux procédures d'urgence. Elle sensibilise enfin les personnels médicaux à une amélioration de leur pratique médicale, conformément à l'éthique médicale et au cadre fixé par le législateur, à travers des recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS).

➤ S'agissant des droits des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, la mission a constaté que l'effectivité de leur exercice était encore perfectible. En effet, il y a un important hiatus entre les progrès opérés par la loi de 2013 en matière de garantie des libertés individuelles et leur traduction concrète dans le quotidien des usagers, notamment en raison d'une insuffisance de moyens humains et financiers, mais aussi en raison du degré d'implication des acteurs sur le terrain et de la qualité des relations entre préfets, juges des libertés et de la détention (JLD), médecins (psychiatres) et directeurs d'établissements de santé.

La mission s'étonne en particulier d'une diversité de pratiques (aussi bien en matière d'information des patients sur leurs droits, d'établissement des certificats médicaux, d'isolement et de contention que de conduite de la procédure, de déroulement de l'audience et de taux de mainlevées judiciaires) qui peuvent varier de façon considérable d'un territoire à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre au sein d'un même établissement et d'une juridiction à l'autre.

- Pour remédier au déficit d'information des justiciables sur leurs droits et contrer les logiques de renonciation auxquels certains d'entre eux se résignent, les rapporteurs encouragent la généralisation, au niveau national, de points d'accès au droit dans l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Pour faciliter et favoriser l'efficacité des avocats dans la procédure de contrôle judiciaire de ces mesures de soins, les rapporteurs estiment utile que se développent davantage encore les formations communes aux avocats, magistrats et soignants sur ce contentieux très spécifique et très technique et que les établissements d'accueil des patients et les juridictions adoptent de bonnes pratiques pour que les délais de communication des dossiers aux avocats avant l'audience soient moins courts qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Par ailleurs, en instaurant un principe d'assistance et de représentation obligatoire par avocat des patients lors des contrôles judiciaires de leur hospitalisation sous contrainte, la loi du 27 septembre 2013 a ouvert la voie à l'octroi, de plein droit, de l'aide juridictionnelle à l'ensemble des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement – mesure que les rapporteurs appellent de leurs vœux.

- S'agissant du contrôle juridictionnel des admissions en soins psychiatriques sans consentement, la mission a constaté qu'il pouvait encore s'améliorer, aussi bien pour ce qui concerne l'investissement des magistrats dans

ce contentieux que pour ce qui est des conditions de déroulement de la procédure, plus précisément de l'audience tenue par le JLD avant l'expiration du délai de douze jours d'hospitalisation complète des patients.

En partie du fait du raccourcissement de ce délai du contrôle obligatoire du JLD qui a été opéré par la loi du 27 septembre 2013, le juge judiciaire s'est trouvé confronté à une augmentation du nombre de saisines (+ 27 % entre 2012 et 2015) et du nombre de recours contre ses décisions (+ 40 % d'appels entre 2012 et 2015) alors même qu'il ne parvient pas toujours à cerner avec précision et certitude les contours de son office (contrôle de la régularité formelle de la procédure ? et/ou de la proportionnalité de la mesure privative de liberté ? et/ou de la nécessité médicale de l'hospitalisation complète ?). D'après certaines des personnes entendues par la mission, certains JLD ne seraient pas loin d'intervenir dans la définition du contenu des programmes de soins (qui est en principe de la seule compétence des médecins), tout comme certains préfets, du reste... ce qui conduit les rapporteurs à demander à la HAS d'élaborer des recommandations afin de clarifier le dispositif des programmes de soins et d'harmoniser les pratiques en la matière sur l'ensemble du territoire.

Si, au niveau national, seule une saisine du JLD sur dix (en moyenne) aboutit à une mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, la mission a pu constater, grâce aux études de l'IRDES, mais aussi lors de ses déplacements, que les taux de mainlevée variaient de façon significative entre les départements, ce qui peut s'expliquer aussi bien par la qualité des certificats médicaux établis par les professionnels de santé que par les pratiques des JLD. L'investissement de ces derniers serait en effet très variable, peut-être parce qu'ils peinent à percevoir les enjeux et l'intérêt d'un contentieux où leur rôle leur apparaît très limité et très formel. Ce défaut d'investissement est particulièrement patent chez les magistrats du parquet qui sont largement absents aux audiences du JLD, tout au moins en première instance.

Pour ce qui concerne la date et le lieu de ces audiences, les apports de la loi du 27 septembre (à savoir la tenue de l'audience au plus tard le douzième jour suivant l'admission en hospitalisation complète et, à titre de principe, dans une salle aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil) font l'objet d'un large consensus. Les rapporteurs ont pu constater avec satisfaction l'absence de toute stratégie médicale de contournement de la loi par des levées d'hospitalisation massives destinées à éviter le contrôle judiciaire.

Si certaines des personnes entendues militent pour un contrôle judiciaire avancé dès l'admission en soins psychiatriques sans consentement et étendu aux programmes de soins, si d'autres encore font valoir les difficultés logistiques qui résultent, pour les établissements de santé, pour les juridictions et pour les avocats, de l'organisation d'audiences dans des salles mutualisées, et si la question du port de la robe à l'audience fait toujours débat, toutes ou presque approuvent la suppression de la visioconférence pour la tenue de l'audience et la possibilité ouverte aux justiciables d'obtenir, de droit, la tenue des débats à huis clos.

En revanche, la réduction, opérée par la loi du 27 septembre 2013, du nombre de certificats ou avis médicaux produits à l'audience est, elle, plus discutée. Plébiscitée par les psychiatres, elle est critiquée par certaines associations d'usagers des services psychiatriques. S'agissant de ces certificats et avis, avocats et magistrats déplorent leur qualité variable et s'inquiètent de ce que les avis médicaux attestant du caractère « non-auditionnable » et « non-transportable » de patients sont souvent établis pour des motifs plus logistiques que médicaux. Certains se sont aussi émus de ce que certains greffes continuaient d'exiger le bulletin n° 1 du casier judiciaire dans le cadre du contrôle renforcé qu'opère le JLD sur les demandes de mainlevée concernant des patients ayant des antécédents judiciaires, alors que la loi du 27 septembre 2013 a supprimé la recherche de ces antécédents pour ces patients. Il semblerait que cette pratique s'appuie sur une circulaire du 21 juillet 2011 dont certaines dispositions ont été rendues obsolètes par la loi de 2013 sans que la Chancellerie ait pour autant pris la peine de les modifier : les rapporteurs invitent donc le garde des Sceaux à procéder à cette modification.

- Plusieurs représentants d'associations d'usagers de la psychiatrie ayant estimé que le principal défaut de la loi du 27 septembre 2013 tenait à ce qu'elle n'avait pas étendu le contrôle judiciaire aux conditions d'hospitalisation des patients (notamment aux mesures d'isolement et de contention), la mission a choisi de s'intéresser à cette question, d'autant que de récentes évolutions jurisprudentielles sont intervenues sur ce sujet.

Beaucoup d'avocats et de magistrats ont fait valoir que, bien souvent, les patients contestaient moins le principe même de leur hospitalisation que ses conditions, particulièrement au regard des pratiques en matière d'isolement et de contention, qui peuvent être des facilités pour des établissements sous-dotés en moyens humains et matériels et qui peuvent prendre des formes très préoccupantes dans certains établissements, comme l'exemple du centre psychothérapeutique de l'Ain l'a encore montré l'an dernier.

Les rapporteurs espèrent donc que seront publiées dans les meilleurs délais tant la circulaire du ministère des affaires sociales et de la santé relative à la contention et à l'isolement que les recommandations de bonnes pratiques de la HAS en la matière – étant précisé que l'on ne saurait se satisfaire de la durée maximale de 14 heures que la version provisoire de ces recommandations prévoit pour les mesures d'isolement continues.

En tout état de cause, il semblerait qu'émerge en jurisprudence un contrôle judiciaire de la proportionnalité des décisions de contention et de placement à l'isolement, pour la plus grande satisfaction d'associations d'usagers des services psychiatriques mais aussi de magistrats qui estiment que leur degré de gravité au regard des droits des patients justifie que le juge les examine, y compris lorsqu'elles sont prises dans le cadre d'hospitalisations libres.

## **LISTE DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION**

### **➤ Améliorer le pilotage de la politique des soins sans consentement**

Recommandation n° 1 : engager une recherche permettant d'identifier les variables territoriales de recours aux soins sans consentement.

Recommandation n° 2 : transmettre sans délai le rapport prévu par l'article 9 de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

### **➤ Évaluer l'efficacité des programmes de soins**

Recommandation n° 3 : identifier dans le cadre du RIM-P le début et la fin d'un programme de soins.

Recommandation n° 4 : mettre en place une étude portant sur le recours aux programmes de soins et l'efficacité de cette prise en charge.

Recommandation n° 5 : redynamiser les commissions départementales de suivi psychiatrique par :

– le contrôle de la situation des personnes faisant l'objet de programmes de soins d'une durée supérieure à un an ;

– l'exploitation des données statistiques portant sur les programmes de soins.

### **➤ Encadrer le recours aux procédures d'urgence**

Recommandation n° 6 : disposer des statistiques relatives aux mesures provisoires afin, le cas échéant, de définir une doctrine de leur emploi.

Recommandation n° 7 : enquêter sur les conditions du recours à la procédure d'urgence à la demande du tiers.

Recommandation n° 8 : saisir la Haute Autorité de santé en vue d'édicter des recommandations de bonne pratique relatives aux admissions en soins psychiatriques par des procédures d'urgence.

Recommandation n° 9 : instaurer un indicateur d'évaluation du respect des recommandations de bonne pratique relatives aux admissions en procédures d'urgence dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Recommandation n° 10 : soutenir le recours aux dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence (équipes mobiles, coordination avec le centre 15) dans

les territoires pour lesquels le taux de recours aux procédures d'urgence est important par :

- la définition des dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence ;
- l'élaboration d'indicateurs de suivi ;
- une éventuelle incitation financière inversement proportionnelle au taux de recours aux procédures d'urgence.

➤ **Redynamiser les commissions départementales des soins psychiatriques**

Recommandation n° 11 : prévoir la nomination de membres suppléants dans les commissions départementales de soins psychiatriques.

Recommandation n°12 : redynamiser les commissions départementales des soins psychiatriques, en redéfinissant leur rôle en articulation avec celui des juges des libertés et de la détention, en exploitant et en diffusant leurs comptes rendus et rapports d'activité par une structure nationale identifiée.

➤ **Rendre les droits du patient plus effectifs**

Recommandation n° 13 : reconnaître le bénéfice de l'aide juridictionnelle de plein droit aux personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.

Recommandation n° 14 : demander à la Haute Autorité de santé (HAS) d'élaborer des recommandations relatives aux conditions de mise en place, de modification et de levée des programmes de soins.

Recommandation n° 15 : modifier la circulaire du ministre de la justice du 21 juillet 2011 relative à la présentation de la loi du 5 juillet 2011 et du décret du 18 juillet 2011, afin d'en supprimer les dispositions exigeant que le greffe demande systématiquement copie du bulletin n° 1 du casier judiciaire du patient, pour vérifier si ce dernier a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité suivie d'une mesure d'hospitalisation d'office.