

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre

Magali Coldefy (Irdes), Coralie Gandré (Irdes, Hôpital universitaire Robert-Debré),
avec la collaboration de Stéphanie Rallo (ARS Paca)

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est présenté à partir des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P).

En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021 malgré un infléchissement depuis 2015. Si la pandémie de Covid-19 a conduit à une forte diminution du recours global aux soins en psychiatrie en 2020 (dont -8 % de personnes hospitalisées à temps plein), le recours aux soins sans consentement, correspondant à des situations de crise, a connu une réduction moindre (-1 % de personnes hospitalisées à temps plein).

Les mesures d'isolement augmentent jusqu'en 2018, avec une légère inflexion en 2019. Mais, en 2020, ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur, en baisse en 2021, reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire. Les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif politique d'une réduction de ces pratiques.

Depuis la loi du 4 mars 2002, le Code de la santé publique français postule que le consentement aux soins est une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (Article L1111-4 du Code de la santé publique). La possibilité d'imposer des soins en l'absence de ce consentement constitue une

exception de la spécialité psychiatrique. Elle vise à répondre à des situations où les personnes sont en incapacité de consentir aux soins en raison d'une conscience altérée de leurs troubles ou des besoins de soins alors que leur état psychique nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale. Bien qu'elles existent dans le

monde entier (Rains *et al.*, 2019), les prises en charge sans consentement en psychiatrie doivent demeurer l'exception comme les recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale le soulignent de façon consensuelle et répétée (OMS, 2012, 2021).

En France, la législation encadrant le recours aux soins psychiatriques sans consentement a connu des évolutions au début des années 2010 (Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et Loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011). Les nouvelles dispositions législatives réaffirment l'obligation d'information des personnes prises en charge en psychiatrie sur leurs droits et les voies de recours, ainsi que sur la nécessité de les associer aux décisions les concernant. Elles instaurent l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mise en œuvre de soins psychiatriques sans consentement, une nouvelle modalité d'admission permettant la prise en charge des personnes en rupture de lien social ou isolées (« Soins en cas de péril imminent », encadré 1).

Elles permettent également aux professionnels de réaliser des soins sans consentement en ambulatoire – et non plus uniquement en hospitalisation – dans le cadre de programmes de soins (encadré 1). En outre, une période initiale de soins et d'observation de 72 heures est introduite au cours de laquelle un psychiatre de l'établissement d'accueil doit produire des certificats établissant si l'état de santé de la personne justifie le maintien en soins sans consentement.

Depuis 2012, d'importantes disparités territoriales sont observées, de même qu'une augmentation du recours aux soins sans consentement, plus rapide que la croissance du nombre de personnes suivies en établissement de santé en psychiatrie (Coldefy, Nestrigue, 2013 ; Coldefy *et al.*, 2015 ; Coldefy *et al.*, 2016 ; Coldefy *et al.*, 2017). Des recherches internationales montrent

également qu'en France, ce recours est l'un des plus élevés d'Europe et que son taux d'augmentation depuis dix ans figure parmi les plus marqués (Rains *et al.*, 2019). Cet accroissement s'explique en partie par l'extension de la durée des soins psychiatriques sans consentement hors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et par l'augmentation du recours au mode d'admission pour péril imminent qui facilite l'admission dans un contexte d'urgence et décharge les tiers de cette démarche difficile (Coldefy *et al.*, 2017).

À partir de 2018, la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », élaborée par le ministère en charge de la santé, a notamment soutenu la réduction du recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). L'isolement consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique. La contention mécanique vise à limiter les capacités de mouvement physique d'une personne dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui par des sangles ou des vêtements spécifiques. Ces pratiques, souvent vécues comme traumatisantes par les personnes concernées, sont recommandées uniquement en dernier recours (*cf.* Loi de modernisation de notre système de santé

E1

Modalités des soins psychiatriques sans consentement en France

En France, les établissements chargés d'assurer la mission de service public qui consiste à délivrer des soins psychiatriques sans consentement sont désignés par les Agences régionales de santé (ARS) après avis du préfet. Les soins sans consentement ne sont autorisés que pour les personnes souffrant d'un trouble psychique et dont l'état de santé – estimé par des médecins – ne leur permet pas de consentir aux soins et requiert une surveillance médicale continue ou régulière.

Les soins psychiatriques sans consentement peuvent être réalisés sur décision d'un directeur d'établissement de santé après obtention de certificats médicaux circonstanciés. Cette procédure peut être mise en œuvre à la demande d'un tiers (**Soins psychiatriques sur demande d'un tiers-SDT**) : tout individu susceptible d'agir dans l'intérêt du patient et justifiant de relations avec lui antérieures à l'admission, à l'exception du personnel soignant de l'établissement. La demande de soins doit être exprimée de façon manuscrite et complétée par deux certificats médicaux circonstanciés et concordants, émanant d'au moins un médecin extérieur à l'établissement. Les soins sans consentement peuvent également être mis en œuvre sans demande d'un tiers (**Soins psychiatriques en cas de péril imminent-SPI**) dans le cas d'un danger imminent et dans l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers – notamment pour les populations isolées, en rupture de lien social. L'admission est motivée par un seul certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil et la justification de l'absence de tiers mobilisable. Enfin, les **Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE)** sont mis en œuvre lorsqu'un individu est identifié comme représentant une menace pour la sûreté des personnes ou

l'ordre public. Cette procédure requiert un seul certificat médical circonstancié émanant d'un médecin exerçant hors de la structure d'accueil, sans demande d'un tiers. La mesure d'admission est alors prononcée par voie d'arrêté préfectoral. Les SDRE incluent deux modalités spécifiques supplémentaires : **les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables** (article L13213-7 du Code de la santé publique) assortis d'un suivi renforcé, et **les soins psychiatriques à destination des personnes détenues** (article L3214-1 du Code de la santé publique). Ces derniers sont spécifiques des personnes incarcérées présentant des troubles psychiques sévères qui ne peuvent être maintenues dans un établissement pénitentiaire du fait des soins hospitaliers qu'elles nécessitent, et qui ont alors lieu au sein d'un service de psychiatrie classique. Néanmoins, dans certains territoires, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) permettent d'hospitaliser « librement » ou en soins psychiatriques sans consentement les personnes détenues dans des conditions spécifiquement adaptées.

Historiquement limité à l'hospitalisation à temps plein, le recours aux soins psychiatriques sans consentement peut, depuis la loi de 2011, être mis en œuvre selon d'autres modalités (hospitalisation à temps partiel, consultations en Centres médico-psychologiques-CMP, visites à domicile...) dans le cadre des **programmes de soins**. Ces derniers permettent d'étendre la désinstitutionnalisation aux soins sans consentement avec une palette de soins variés. Ils incluent un plan de prise en charge défini en amont en termes de modalités et de périodicité, et ne peuvent être mis en place qu'à la suite d'une hospitalisation à temps plein préliminaire.

REPÈRES

Ce projet de recherche s'inscrit dans la longue lignée de travaux de l'Irdes portant sur le recours aux soins sans consentement en France (Coldefy, Nestrigue, 2013 ; Coldefy *et al.*, 2015 ; Coldefy *et al.*, 2016 ; Coldefy *et al.*, 2017), et en propose une mise à jour. Il constitue une étape préliminaire à une analyse actualisée de ses déterminants à l'échelle nationale. Cette dernière sera réalisée en collaboration avec le projet de recherche PLAID-CARE, coordonné par Sébastien Saetta (Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne), qui vise à étudier des établissements caractérisés par un faible recours aux mesures de contrainte en psychiatrie¹. Dans ce cadre, une convention spécifique avec l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) a été mise en place afin d'explorer les données relatives à l'isolement et à la contention mécanique recueillies dans le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P).

¹ <https://www.health-data-hub.fr/projets/plaid-care-psi-chiatrie-et-libertes-individuelles-etude-detabli-issements-caracterises-par-un>

de 2016). Des évolutions législatives récentes visent à mieux les encadrer et à permettre un état des lieux régulier (exigence de traçabilité dans un registre dédié, information du juge des libertés et de la détention en cas de prolongement de la mesure...) [Décret du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention, mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement]. Cependant, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) – en charge de la surveillance des établissements avec une activité de psychiatrie autorisés à délivrer des soins sans consentement – n'a cessé d'alerter régulièrement sur le recours accru à ce type de prises en charge (CGLPL, 2019, 2021, 2022).

Dans ce contexte, cette étude vise à actualiser l'état des lieux du recours aux soins psychiatriques sans consentement à l'échelle nationale en France, dix ans après la parution de la loi du 5 juillet 2011, en incluant la période impactée par la pandémie de Covid-19. Une description inédite du recours aux pratiques d'isolement et de contention mécanique est également proposée, grâce à un récent recueil de données mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement

En 2021, 1,84 millions de personnes de 16 ans ou plus ont été suivies en psychiatrie en établissement de santé en France. Parmi elles, 95 500 ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement (toutes prises en charge confondues), soit plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en 2021. Ce taux augmente fortement lorsque l'on considère spécifiquement les personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie au cours de l'année (303 658) : 26 % d'entre elles (78 400) l'ont été au moins une fois sans leur consentement.

Les personnes prises en charge au moins une fois sans leur consentement, quelle que soit la prise en charge considérée, sont plus fréquemment de sexe masculin (60 %) que les autres personnes suivies exclusive-

SOURCE ET MÉTHODE

Ce projet mobilise, à l'échelle nationale, le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P), produit par les établissements avec une autorisation d'activité en psychiatrie, publics ou privés, mono ou pluridisciplinaires, et géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce recueil systématique de données administratives et médicales permet de suivre annuellement l'activité de soins gérés par l'hôpital (y compris en ambulatoire) dans le champ de la psychiatrie. Il inclut des données sur les caractéristiques cliniques (en termes de groupes diagnostiques ayant conduit aux soins), démographiques et socio-économiques des patients, ainsi que des informations sur leurs prises en charge en hospitalisation à temps plein, à temps partiel et en ambulatoire (durée de séjour, modalités et lieux de soins...). Le recours aux soins psychiatriques sans consentement est identifié *via* la variable relative au mode légal de soins (y compris pour les programmes de soins dont l'existence n'est pas identifiée spécifiquement et est donc déduite de la présence d'actes ambulatoires ou de séquences de prise en charge à temps partiel avec un mode légal de soins non libres). Pour chaque séjour d'hospitalisation à temps plein est également recensé le nombre de jours calendaires où le patient a fait l'objet d'un isolement selon le protocole de

surveillance de la Haute Autorité de santé (HAS) [HAS, 2017], d'une durée continue égale ou supérieure à deux heures. Depuis 2018, le Rim-P inclut également un recueil obligatoire spécifique des mesures d'isolement et de contention mécanique, dont l'accès à l'échelle nationale est actuellement limité aux Agences régionales de santé (ARS). Sa mise en place récente nécessite une utilisation prudente, en attendant une évaluation nationale de la qualité et de l'exhaustivité des données. L'analyse du recours à la contention mécanique est ainsi limitée à l'estimation d'un ordre de grandeur du nombre de personnes concernées et s'appuie sur une collaboration avec l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Nous étudions tout d'abord l'année 2021, la plus récente disponible, puis décrivons l'évolution du recours annuel aux soins sans consentement et à l'isolement depuis 2012. Un focus spécifique est proposé sur la période impactée par la pandémie de Covid-19, avec une analyse de données trimestrielles en 2020 et 2021. Pour l'étude de l'évolution du nombre de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement, les données de l'année 2012 ne sont pas exploitées car incomplètes.

ment en soins libres en psychiatrie (46 %). Néanmoins, des variations sont observées en fonction du mode légal, les hommes représentant près de 80 % des individus admis en soins sans consentement dans le cadre des Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE). Les personnes recevant des soins sans consentement sont également plus jeunes (âge moyen de 43 ans) que la population suivie librement en psychiatrie en établissement (âge moyen de 46 ans). Là encore, des variations sont observées selon le mode légal d'admission avec un âge moyen de 34 ans pour les personnes en soins psychiatriques à destination des personnes détenues, de 41 ans pour les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables, de 42 ans pour les autres personnes admises en SDRE et de 44 ans pour les personnes admises en Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) et en cas de péril imminent (SPI).

Les personnes ayant été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en 2021, quelle que soit la prise en charge considérée, sont majoritairement suivies pour des troubles psychiques sévères (en particulier des troubles psychotiques ou bipolaires) qui sont surreprésentés dans cette population par

rapport aux personnes suivies exclusivement en soins libres (71 % *vs* 17 %).

Les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes suivies au moins une fois sans leur consentement apparaissent stables au cours du temps : en 2015, il s'agissait également d'une population majoritairement masculine, jeune et souffrant de troubles psychiques sévères (Coldefy *et al.*, 2017).

Enfin, la mobilisation des données de facturation des séjours hospitaliers permet, pour les personnes hospitalisées à temps plein, de caractériser (ou d'approcher) la situation sociale des individus à travers le recours à la Complémentaire santé solidaire (C2S) à destination des personnes aux plus faibles revenus – qui remplace les dispositifs de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) depuis 2019. Ces données montrent que les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement sont près de deux fois plus fréquemment bénéficiaires de la C2S que les personnes hospitalisées librement à temps plein en psychiatrie (33 % de bénéficiaires *vs* 17 % chez les personnes suivies librement).

Une tendance à la hausse du recours aux soins sans consentement depuis 2012, malgré un infléchissement ces dernières années, qui est peu affectée par la baisse du recours aux soins pendant la pandémie de Covid-19

Entre 2012 et 2021, le nombre annuel de personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé a augmenté de 9 %. Cette augmentation est plus marquée pour les personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement dont l'effectif a augmenté de 14 % sur la période (*vs* +9 % pour les personnes suivies exclusivement librement). Néanmoins, des évolutions contrastées sont observées sur la période d'étude avec une augmentation marquée jusqu'en 2015 puis une inflexion avec une relative stabilisation des taux de croissance annuels (graphique 1).

L'année 2020 et les mesures de confinement mises en place pour endiguer la pandémie de Covid-19 ont limité l'accès aux soins en psychiatrie, comme dans les autres disciplines hospitalières. Une rupture est ainsi constatée dans la croissance continue du nombre de personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé, rupture qui a été moindre pour les soins sans consentement (encadré 2) : soit une diminution de 5 % du nombre de personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé entre 2019 et 2020 tandis que cette diminution n'atteint que 1 % pour le nombre de personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement dans l'année. Cette diminution a été plus marquée pour les SDRE (incluant ceux à destination des personnes détenues ou déclarées pénalement irresponsables) alors que les SPI ont poursuivi leur augmentation. En 2021, le nombre de personnes suivies uniquement en soins libres en psychiatrie connaît une forte augmentation (+6 %), forme de « rattrapage » par rapport à l'année 2020, mais les effectifs de personnes suivies au moins une fois sans leur consentement restent stables sur la période. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. La pandémie de Covid-19 s'est accompagnée d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiques d'intensité légère à modérée (Gandré, Hazo, 2021) qui, bien qu'ils nécessitent une prise en charge psychologique ou psychiatrique, notamment ambulatoire, sont peu susceptibles de conduire à une altération de la capacité à consentir aux soins. Par ailleurs, tout comme dans les autres spécia-

lités médicales, ce sont vraisemblablement les prises en charge pour les pathologies les plus sévères et nécessitant des soins urgents ne pouvant être reportés dans le temps qui ont été maintenues en priorité en psychiatrie, et, en particulier, les soins sans consentement pour lesquels un rattrapage sur l'année suivante n'est donc pas observé.

La proportion de personnes hospitalisées à temps plein l'ayant été au moins une fois sans leur consentement tend également à augmenter sur la période d'étude (graphique 1). Alors que le nombre global d'individus hospitalisés à temps plein en psychiatrie connaît une diminution régulière en France (-12 % depuis 2013), le nombre de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement tend quant à lui à augmenter : +3 % depuis 2013. L'année 2020, fortement concernée par la pandémie de Covid-19, accuse une rupture dans cette évolution (encadré 2). Une diminution de 1 % du nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie au moins une fois sans leur consentement est ainsi notée. Toutefois, cette diminution est moins nette que celle observée pour les personnes hospitalisées à temps plein uniquement en soins libres qui atteint -10 % sur la même période, ce qui suggère que les soins sans consentement, correspondant à des soins en urgence, ont été davantage maintenus. En 2021, une légère augmentation du

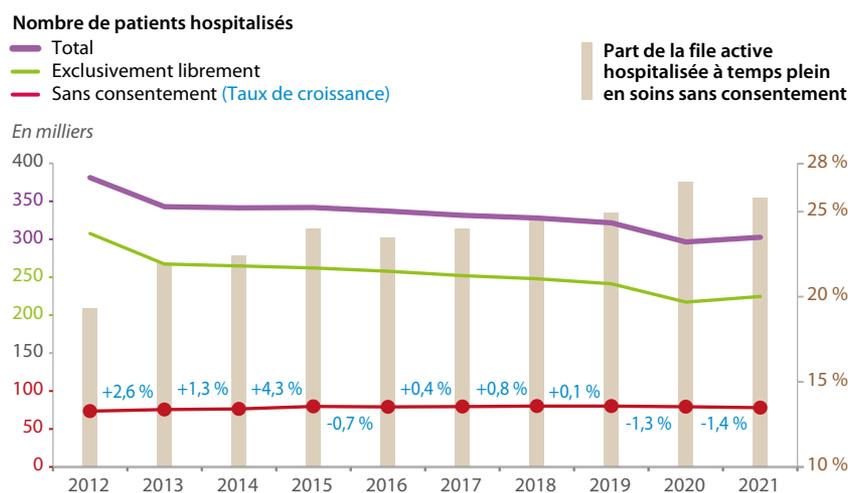
nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie en soins libres est constatée par rapport à 2020 (+3 %) alors que le nombre de personnes hospitalisées à temps plein au moins une fois sans leur consentement diminue de 1 %. Cette évolution devra être suivie dans le temps afin d'établir son caractère temporaire ou persistant et mesurer l'engagement vers une réduction du recours aux soins sans consentement en psychiatrie.

Les soins en cas de péril imminent, un recours qui continue de dépasser la mesure d'exception

Un quart des personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement en 2021 le sont en Soins en cas de péril imminent (SPI) [graphique 2]. Depuis sa mise en place dans le cadre de la loi de 2011, le nombre de personnes concernées par ce type d'admission n'a cessé d'augmenter pour occuper en 2021 la seconde place des modes légaux de soins sans consentement les plus fréquemment utilisés (+186 % depuis 2012), derrière les Soins sur demande d'un tiers (SDT), qui eux, ont connu une légère diminution depuis 2012 (-6 %). En 2020, au plus fort de la pandémie de Covid-19, les SPI sont d'ailleurs le seul mode légal pour lequel le recours (en nombre de personnes concernées) a augmenté alors

G1

Évolution de la file active hospitalisée à temps plein, suivie au moins une fois sans son consentement ou uniquement en soins libres, en psychiatrie en établissement de santé entre 2013 et 2021



Source : Rim-P, années 2013 à 2021.

Champ : Personnes de 16 ans ou plus hospitalisées à temps plein en psychiatrie en établissement de santé en France ; les personnes hospitalisées sans consentement incluent toutes les personnes suivies au moins une fois dans l'année dans le cadre de Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) ou Soins en cas de péril imminent (SPI).

📄 Télécharger les données

G2

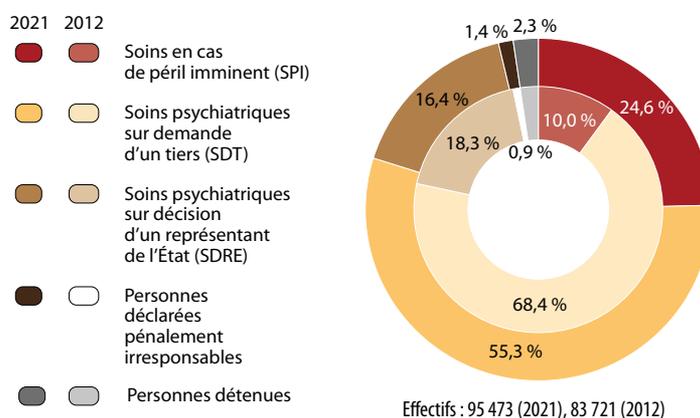
qu'une diminution a été observée pour tous les autres modes (graphique 2). Ces résultats suggèrent, comme l'avaient déjà fait les précédents états des lieux (Coldefy *et al.*, 2015 ; Coldefy *et al.*, 2017), que les SPI pourraient être mobilisés en dehors de leur objectif initial, par exemple lorsque les proches préfèrent ne pas être impliqués dans une demande de soins sans consentement (les SDT diminuant en parallèle de l'augmentation des SPI) ou dans des services d'urgence où les équipes soignantes connaissent moins les personnes prises en charge et n'ont pas toujours les ressources pour rechercher les tiers à contacter (Coldefy *et al.*, 2015). Ainsi, le recours aux SPI regroupe vraisemblablement des pratiques contrastées et continue de dépasser le cadre de la mesure d'exception initialement pensée par la loi de 2011.

Entre 2012 et 2021, une augmentation du nombre d'individus concernés par des soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables est également constatée. Cette augmentation, qui demeure marginale, semble essentiellement due à la forte proportion de personnes admises sous ce mode qui sont ensuite suivies en programmes de soins sur des durées plus longues (63 %). Près de 1 400 personnes sont suivies en psychiatrie sous ce mode légal en 2021 alors que le nombre de personnes déclarées pénalement irresponsables était de 203 en 2020 (Ministère de la Justice, 2020). C'est d'ailleurs pour ce mode légal de soins que le recours aux programmes de soins est le plus fréquent.

Une montée en charge des programmes de soins qui semble se stabiliser depuis quelques années

La loi du 5 juillet 2011 a étendu les modalités de soins sans consentement aux soins ambulatoires à travers les programmes de soins. En 2021, plus de 39 000 personnes ont bénéficié d'une prise en charge en soins sans consentement en dehors d'une hospitalisation à temps plein dans ce cadre, représentant 41 % des personnes suivies sans consentement en psychiatrie. Si le nombre de personnes bénéficiant de programmes de soins a fortement augmenté jusqu'en 2018 (+67 %), il semble avoir atteint un seuil et se stabiliser, voire diminuer depuis (graphique 3). En 2020, la pandémie de Covid-19 et les mesures de limitation des déplacements liées paraissent

Évolution du recours aux différents modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie entre 2012 et 2021



Source : Rim-P, années 2012 à 2021.

Champ : Personnes de 16 ans ou plus suivies en psychiatrie en établissement de santé en France ; les personnes suivies en soins sans consentement incluent toutes les personnes suivies au moins une fois dans l'année dans le cadre de Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) ou Soins en cas de péril imminent (SPI).

[Télécharger les données](#)

E2

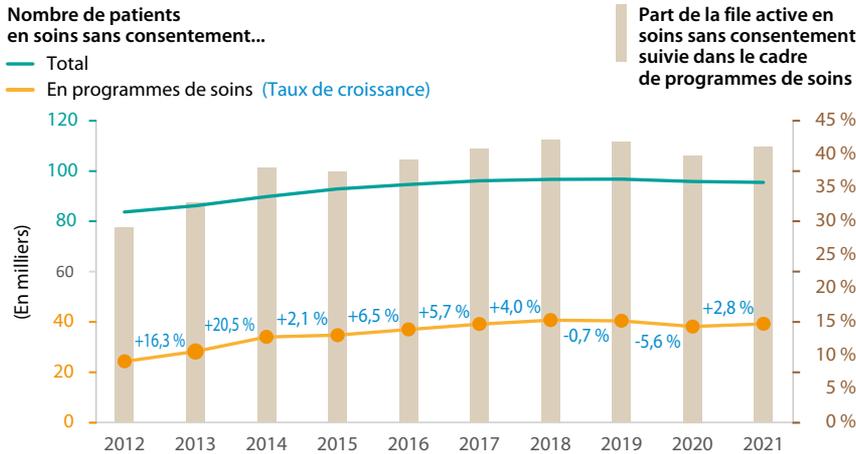
L'évolution du recours aux soins en établissement de santé en psychiatrie pendant la pandémie de Covid-19

L'exploitation des données du Rim-P par trimestre de 2020 et 2021, années les plus fortement impactées par la pandémie de Covid-19 et les mesures de gestion de la crise sanitaire liées, mettent en évidence une forte baisse du nombre annuel total de personnes suivies en établissement de santé en psychiatrie (-5 % alors que la tendance depuis plusieurs années est à la hausse de la file active). Cela est particulièrement notable au deuxième trimestre 2020, c'est-à-dire au cours du confinement, par rapport au premier trimestre 2020 : -13 %, soit plus de 100 000 personnes de moins, avec une nette réduction pour l'activité à temps partiel. Cette baisse est similaire à celle observée dans l'ensemble des spécialités médicales, le confinement ayant fortement réduit l'accès aux soins, mais de façon légèrement plus modérée pour les prises en charge en santé mentale (Cnam, 2020). Le nombre annuel total de personnes suivies en établissement de santé en psychiatrie remonte ensuite doucement et augmente même fortement au premier et deuxième trimestres 2021, dépassant les effectifs du premier trimestre 2020. Cela est probablement lié à des effets de rattrapage et à une augmentation de la demande de soins de santé mentale à la suite des conséquences psychiques de la crise sanitaire (Gandré, Hazo, 2021). En considérant spécifiquement les personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, une baisse sensible est également notée au deuxième trimestre 2020 (-12 % par rapport au premier trimestre), mais elle remonte plus rapidement que la file active totale dès le troisième trimestre 2020. Par ailleurs, la baisse du nombre de personnes hospitalisées à temps plein constatée au second trimestre 2020 est plus marquée que celle du nombre total de journées d'hospitalisation à temps plein, traduisant une augmentation importante de la durée

moyenne d'hospitalisation pendant cette période, peut-être en lien avec la difficulté à planifier des solutions d'aval au cours du confinement. En parallèle, le nombre de personnes hospitalisées en soins sans consentement reste stable et ne semble quasiment pas affecté par les mesures de confinement, il augmente même légèrement aux deuxième et troisième trimestre 2020, possiblement du fait d'une moins bonne capacité du système de santé à gérer les situations de crise psychique pendant cette période compliquée ou en raison d'une augmentation des situations critiques dans le contexte de pandémie. Au sein des programmes de soins, si l'activité à temps partiel diminue au cours du premier confinement tout comme pour la file active totale, les soins ambulatoires sans consentement se maintiennent, ce qui pourrait être lié à des effets de demande. En effet, si certains patients ont pu décider de limiter leur suivi psychiatrique pendant la pandémie, le choix ne se pose pas pour les personnes en programmes de soins. En revanche, la diminution de l'activité à temps partiel pourrait être liée à la déprogrammation d'activités de groupe susceptibles de favoriser les contaminations par la Covid-19, et courantes dans ce type de prise en charge. Les soins psychiatriques à destination des personnes détenues constituent le seul mode de soins sans consentement pour lequel une baisse importante d'effectif est constatée au cours du second trimestre 2020 (-16 % par rapport au premier trimestre), peut-être signe d'un recours jugé moins urgent que pour les autres modes de prise en charge sans consentement. Enfin, les nombres de personnes mises à l'isolement et de journées d'isolement augmentent fortement dès le deuxième trimestre 2020 et restent élevés tout au long de l'année 2020, mais diminuent en 2021.

G3

Évolution du recours aux programmes de soins entre 2012 et 2021



Source : Rim-P, années 2012 à 2021.

Champ : Personnes de 16 ans ou plus suivies en psychiatrie en établissement de santé en France ; les personnes suivies en soins sans consentement incluent toutes les personnes suivies au moins une fois dans l'année dans le cadre de Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) ou Soins en cas de péril imminent (SPI).

📄 Télécharger les données

L'exploitation annuelle des données du Rim-P demeure limitée pour conclure sur le bénéfice pour les personnes des soins ambulatoires sans consentement, tels que ceux rendus possibles par la loi de 2011 dans le cadre des programmes de soins. Elle permet toutefois de constater que la part des personnes également hospitalisées à temps plein parmi les personnes en programmes de soins tend à diminuer. Néanmoins, leur durée moyenne annuelle d'hospitalisation à temps plein est supérieure à celle des personnes hospitalisées sans leur consentement hors programme de soins et à celle des personnes hospitalisées exclusivement librement, et elles sont plus fréquemment réhospitalisées à 15 ou 30 jours. Si ces éléments questionnent sur le bénéfice des programmes de soins, ils pourraient être en partie liés à la sévérité des troubles des personnes concernées et à la mise en place d'une stratégie thérapeutique de réhospitalisations régulières programmées. Ainsi, ces résultats encouragent à soutenir le développement de recherches longitudinales et contrôlées, recueillant de nombreuses données cliniques, pour évaluer l'impact des programmes de soins sur les résultats de santé des individus pris en charge dans ce cadre, dans un contexte national où ils sont mobilisés pour plus de deux personnes suivies sans leur consentement sur cinq.

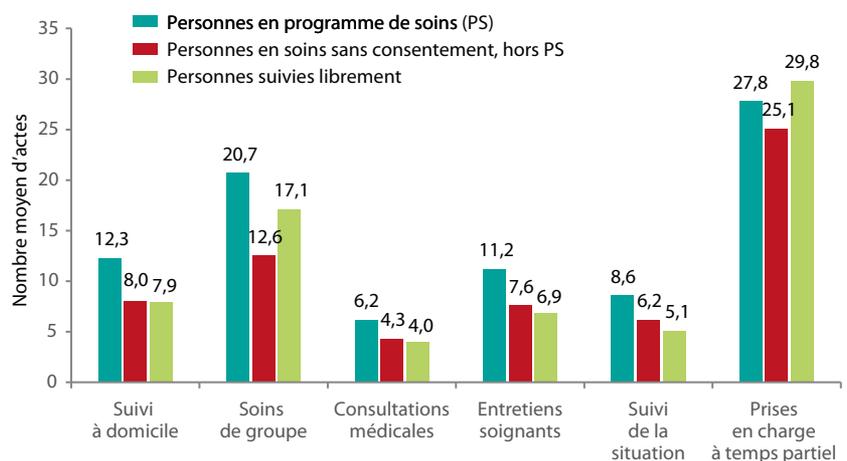
avoir rendu plus difficile la mise en œuvre des programmes de soins qui ont concerné moins de personnes qu'en 2019 (-6 %), avec probablement moins d'initiation de nouveaux programmes de soins car le nombre de personnes hospitalisées sans consentement sans programme de soins a augmenté cette année-là (+ 2 %).

Comme souligné précédemment (Coldefy *et al.*, 2015 ; Coldefy *et al.*, 2017), les programmes de soins semblent toujours faciliter l'accès à des soins et accompagnements variés pour les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères en 2021. Les personnes en programme de soins ont ainsi plus fréquemment accès aux différentes modalités de prise en charge en psychiatrie en établissement à l'exception de l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation à temps partiel, suivi à domicile, soins de groupe, consultations médicales, entretiens soignants, suivi de la situation sociale) que les personnes prises en charge sans leur consentement hors programme de soins. Au-delà de la diversité des soins et accompagnements, l'intensité des soins reçus (mesurée en nombre d'actes) est également nettement supérieure pour les personnes en programmes de soins en 2021. Cela est particulièrement marqué pour les consultations médicales et entretiens soignants, ainsi que pour les soins et accompagnements au domicile de la personne (graphique 4). Les programmes de soins semblent donc être mobilisés comme

une forme de soins intensifs à destination des personnes souffrant de troubles psychiques sévères nécessitant des soins sans consentement. Cette mesure pourrait gagner à être étendue aux soins libres, avec la même intensité et la même mobilisation des professionnels de santé, limitant ainsi les ruptures de parcours et le recours à la contrainte.

G4

Intensité du suivi psychiatrique en établissement selon les types de file active en 2021



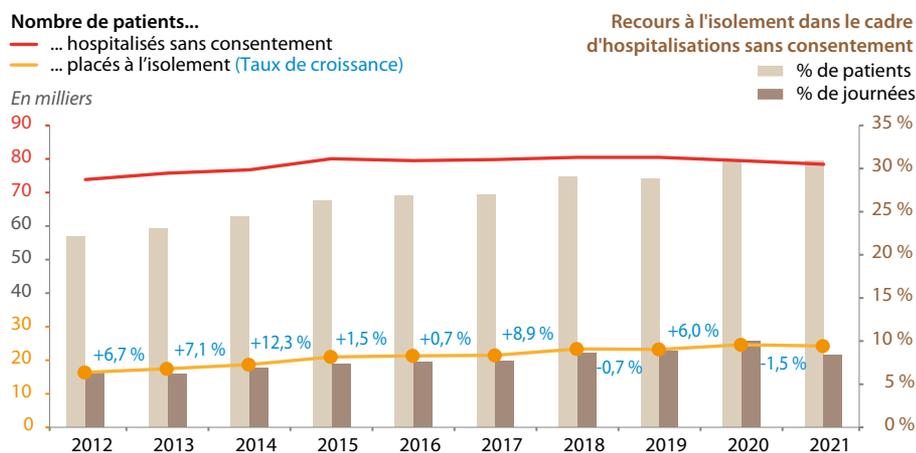
Source : Rim-P, années 2021.

Champ : Personnes de 16 ans ou plus suivies en psychiatrie en établissement de santé en France ; les personnes suivies en soins sans consentement incluent toutes les personnes suivies au moins une fois dans l'année dans le cadre de Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) ou Soins en cas de péril imminent (SPI).

📄 Télécharger les données

G5

Évolution du recours à l'isolement entre 2012 et 2021



Source : Rim-P, années 2012 à 2021.

Champ : Personnes de 16 ans ou plus hospitalisées à temps plein sans consentement en psychiatrie en établissement de santé en France ; les personnes hospitalisées sans consentement incluent toutes les personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année dans le cadre de Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) ou Soins en cas de péril imminent (SPI).

📄 Télécharger les données

Un recours non négligeable à l'isolement en 2021 consécutif à une augmentation tendancielle depuis 2012 et un recours exceptionnel en 2020 pendant la pandémie de Covid-19

En 2021, l'isolement a concerné près de 29 000 personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont près de 85 % dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Ainsi, le recours à cette forme de contrainte concerne plus de 30 % des personnes hospitalisées sans leur consentement cette année-là, une pratique loin d'être rare donc. Ces mesures d'isolement peuvent parfois être accompagnées de mesures de contention mécanique. Le recueil récent de ces données n'est pas encore totalement exhaustif mais fait déjà état de près de 10 000 personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie en 2021 pour lesquelles des mesures de contention mécanique ont été mises en œuvre, soit environ un tiers des patients placés à l'isolement, et plus d'un individu sur 10 hospitalisé sans son consentement. Ces premières données, ainsi que les observations du CGLPL (CGLPL, 2022), font état de disparités importantes entre établissements, certains ne pratiquant aucune contention mécanique. Le recours moindre ou nul à ces pratiques peut être ancien et intégré dans une culture soignante ou avoir été mis en

place en réaction à des recommandations du CGLPL. Il est important d'encourager le recueil exhaustif de ces données ainsi que de les rendre accessibles et publiques afin d'aider les établissements de santé à évaluer leurs pratiques et à les faire évoluer, comme recommandé dans le cadre des *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*, plan d'action développé aux États-Unis pour la réduction du recours à l'isolement et à la contrainte en psychiatrie, et rappelé par la Haute Autorité de santé (HAS, 2017), ainsi que pour mesurer l'atteinte des objectifs des politiques de santé en la matière.

Cela s'avère d'autant plus important que le recours à l'isolement est en augmentation forte depuis 2012 (graphique 5). En effet, le nombre de personnes ayant connu une mise à l'isolement au cours d'une hospitalisation à temps plein en psychiatrie a augmenté de 19 % entre 2012 et 2021, et de 48 % lorsque l'on considère uniquement les personnes hospitalisées sans leur consentement. Il est toutefois possible qu'une partie de l'augmentation constatée résulte d'une meilleure remontée des données d'isolement au sein du Rim-P à la suite d'une sensibilisation progressive faite sur cette problématique ces dernières années.

Le recours à l'isolement a été particulièrement notable en 2020, et notamment à partir du confinement consécutif à la pandémie

de Covid-19 (encadré 2). Alors que, dans le même temps, les nombres de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie et de journées d'hospitalisation ont diminué, les nombres de personnes isolées et de journées d'isolement ont connu une augmentation notable par rapport à 2019 (respectivement 6 % et 14 %). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : un manque de personnel pour arrêter maladie ou garde d'enfants lié à la pandémie de Covid-19 pourrait avoir conduit à des difficultés de prises en charge de situations cliniques complexes tout comme une plus forte occurrence de situations de crise conduisant à ce type de prise en charge suite à l'effet combiné des ruptures dans les parcours de soins (notamment ambulatoires), aux limitations d'accès aux services de santé, et à l'impact psychologique de la pandémie et du confinement sur les personnes souffrant de troubles psychiques sévères.

L'année 2021 confirme le caractère exceptionnel du recours à l'isolement en 2020 : le nombre de personnes ayant été mises à l'isolement diminue de 1,5 % entre 2020 et 2021, revenant ainsi au niveau observé en 2019, tandis que le nombre de journées d'isolement, qui diminue de 17 % entre 2020 et 2021, atteint même un niveau inférieur à celui observé en 2019. Comme pour le recours aux soins sans consentement, cette tendance récente à la diminution mérite d'être observée de près ces prochaines années, la sensibilisation des professionnels aux questions des pratiques privatives de liberté en psychiatrie, de même que le développement des modèles de soins orientés vers plus de participation des personnes concernées, pourraient se traduire par une réduction du recours à ces pratiques.

* * *

Dix ans après la loi de 2011 réformant les modalités des soins sans consentement en psychiatrie en France, l'ampleur du recours à ce mode de soins a augmenté sur la période – malgré un taux de croissance se stabilisant au cours des dernières années et un début d'inflexion depuis 2020 méritant d'être suivi dans le temps pour déterminer si cette tendance se poursuit. En parallèle, un usage loin d'être marginal de l'isolement

et de la contention au cours de ces soins est constaté – alors qu'il est pourtant susceptible d'être encore sous-estimé dans les données mobilisées. Ces constats ne sont ni en accord avec les objectifs politiques affichés d'une réduction du recours à ces modes de prises en charge (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022) ni avec les recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale (OMS, 2012, 2021). Par ailleurs, ces résultats à l'échelle nationale masquent vraisemblablement d'importantes disparités de recours en fonction des territoires et incitent à mieux comprendre les déterminants individuels, organisationnels et contextuels du recours aux soins sans consentement et et aux pratiques portant atteinte aux libertés en psychiatrie. Cet état des lieux, descriptif et actualisé, est ainsi un préalable indispensable au développement de recherches complémentaires visant à identifier des facteurs non uniquement liés aux besoins de santé des individus mais qui jouent un rôle dans le recours à ces pratiques controversées et sur lesquels des politiques publiques pourraient développer un programme d'actions plus ambitieux afin d'atteindre les objectifs nationaux d'une réduction du recours. Une plus grande mise à disposition des données d'isolement et de contention à des fins de recherche faciliterait la conduite de tels projets.

Nos résultats soulignent que les questionnements éthiques (respect de la dignité et de la liberté des personnes) liés à l'importance du recours aux soins sans consentement et à la contrainte en psychiatrie en France, régulièrement rappelés par le CGLPL, les personnes concernées et leur entourage (CGLPL 2019, 2021, 2022 ; CRPA, 2017 ; Unafam, 2022), sont toujours d'actualité. Ils ont d'ailleurs récemment resurgi au premier plan du débat public dans le cadre des évolutions législatives visant à mieux encadrer le recours à l'isolement et à la contention mécanique qui ont été fortement discutées par les professionnels de santé, du fait des contraintes administratives qu'ils entraînent. Des initiatives innovantes existent pourtant sur le territoire national pour tenter de limiter le recours aux soins sans consentement et à la contrainte en psychiatrie. Elles incluent le développement de soins centrés sur les besoins des personnes, favorisant leur implication et la participation ; la mise en place d'espaces d'apaisement (mise à disposition des personnes qui le souhaitent d'un lieu pour s'isoler et apaiser leur anxiété et leur agressivité au sein des services hospitaliers de psychiatrie) [HAS, 2016] ;

le renforcement de la formation des professionnels de santé à la gestion des crises ; ou le développement de directives anticipées en psychiatrie (document rédigé par la personne lorsque son discernement n'est pas altéré et où elle précise à l'avance la conduite qu'elle, son entourage et les professionnels de santé doivent tenir en cas de crise). Leur déploiement pourrait être soutenu à la suite de la récente publication d'éléments de preuve en faveur de leur bénéfice sur la diminution du recours aux soins sans consentement, notamment lorsqu'elles sont associées à des dispo-

sitifs de pair aidance (Tinland *et al.*, 2022). L'étude d'établissements caractérisés par un faible recours aux mesures de contrainte en psychiatrie, aujourd'hui peu visibles et étudiés, pourra également permettre de dégager les leviers d'une psychiatrie plus respectueuse des libertés individuelles. ♦

Les auteurs remercient Thomas Fovet, psychiatre au Centre hospitalier régional universitaire de Lille, pour ses conseils et sa relecture attentive.

POUR EN SAVOIR PLUS

- CGLPL (2019 et 2021). *Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapports d'activité 2018 et 2020.*
- CGLPL (2022). *Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2021. Dossier de presse.*
- Cnam (2020). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2021. Caisse nationale de l'assurance maladie.*
- Coldefy M., Fernandes S., Lapalus D. (2017). « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 222, p.1-8.
- Coldefy M., Nestrige C. (2013). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 193, p. 1-8.
- Coldefy M., Nestrige C., Paget L.-M., Younès N. (2016). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 253-273.
- Coldefy M., Tartour T., Nestrige, C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 205, p. 1-8.
- CRPA (2017). *Evaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.* Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie.
- Gandré C., Hazo J.-B. (2021). « Covid-19 : une pandémie de troubles psychiques ? ». *Actualité et dossier en santé publique*, 116 p.
- HAS (2016). *Outil pour l'amélioration des pratiques. Mise en place d'espaces d'apaisement. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.* Haute Autorité de santé.
- HAS (2017). *Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique.* Haute Autorité de santé.
- Ministère de la Justice. (2020). *Références statistiques. Justice. Année 2020.*
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2022). *Mise en œuvre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ». État d'avancement au 21 janvier 2022.*
- OMS (2012). *WHO QualityRights Tool Kit. Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities.* Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2021). *Guidance on Community Mental Health Services.* Organisation mondiale de la santé.
- Rains L. S., Zenina T., Dias M. C., Jones R., Jeffreys S., Branthonne-Foster S., Lloyd-Evans B., Johnson S. (2019). Variations in Patterns of Involuntary Hospitalisation and in Legal Frameworks: An International Comparative Study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403-417.
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & DAIP Group. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission among People with Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*.
- Unafam (2022). *Soins sans consentement et isolement : de graves manquements au respect de la dignité et des libertés.* Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •
Directeurs : Julia Legrand, Léo Delbos • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal** : Juillet 2022 •
Diffusion : Suzanne Chriqui • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).