



**Inspection générale de  
l'administration**

**N°06-019-01**

**Inspection générale des  
services judiciaires**

**N°06/06**

**Inspection générale des  
affaires sociales**

**N°2006 020**

<p><b>La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux</b></p>
---

Ramiro RIERA  
Membres de l'Inspection générale de l'administration

Simon BABRE

Joëlle BOURQUARD  
Membres de l'Inspection générale des services judiciaires

Françoise THOMAS

Gérard LAURAND  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Alain LOPEZ

- FEVRIER 2006 -

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

I. La dangerosité est une notion aux contours flous difficile à cerner et se prêtant mal à la mesure. Elle est éclairée par des faits, mais relève aussi du risque. Les patients dangereux constituent une population indéfinie, très dispersée. La maladie mentale peut expliquer certains actes criminels, mais elle ne conduit pas forcément à avoir une attitude dangereuse pour autrui ou pour soi-même.

Le souci d'une sécurité des citoyens et le droit des victimes, toujours plus absolus, ont modifié le regard que porte la société sur les risques dus aux comportements de patients dangereux. Les lieux et les circonstances du danger sont multiples qu'il s'agisse des services d'urgences des établissements de santé, des services de psychiatrie, des cabinets médicaux, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des juridictions, des prisons, de la voie publique ou encore du domicile.

Alors même que les professionnels qui prennent en charge ces patients ont un sentiment marqué d'une insécurité grandissante, la réalité de cette dangerosité n'est pas toujours démontrée. Les différentes institutions (police, gendarmerie, justice, hôpitaux...) possèdent des systèmes d'information qui leur sont propres. Mais ceux-ci sont peu utilisables pour qualifier la dangerosité des patients et son évolution. Dans les hôpitaux les comportements indésirables sont en progression sans qu'il soit prouvé que les violences à l'encontre des personnels aient crû de manière significative. Les interventions des services de police et de gendarmerie sont plus nombreuses, la Justice est également confrontée à ce sentiment d'insécurité et les établissements pénitentiaires doivent prendre en charge un nombre élevé de détenus présentant des troubles mentaux. Certes, les institutions comme les professionnels paraissent moins tolérants devant les incivilités et la violence, pour autant le nombre des plaintes reste limité.

II. En revanche, les facteurs de risque liés à cette dangerosité sont davantage repérables.

Ils tiennent d'abord à **la défaillance des solidarités sociales et des dispositifs de prévention.**

*L'expression de la violence, sous toutes ses formes et en tous lieux, est le reflet de l'évolution de la société.* Plus nombreux à l'extérieur de l'hôpital que dans les services d'hospitalisation, bon nombre de malades mentaux vivent chez leurs parents. Les familles sont souvent en difficultés, devant vivre en permanence avec un proche aux réactions imprévisibles. Dans un tel contexte, force est de constater que le soutien aux familles est insuffisant. Quand des personnes présentant des troubles psychiatriques sont hébergées en secteur médico-social ou social, le défaut manifeste de liaison avec le sanitaire met en situation difficile les responsables de ces structures d'accueil.

*L'appréciation de la dangerosité est une démarche complexe.* Dans de nombreux pays, des outils d'évaluation sont utilisés. Ils posent la question de la possibilité de prévoir scientifiquement les conduites humaines. La France privilégie la démarche clinique qui a l'inconvénient d'être subjective. L'expertise judiciaire est l'un des outils de mesure de la dangerosité. Elle est déterminante pour évaluer la responsabilité et pour fixer la peine. Pour autant, la situation de l'expertise psychiatrique est critique : faible nombre des experts psychiatres, allongement du délai de dépôt des rapports, baisse de la qualité des expertises, modicité de la rémunération de l'expert.

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

Par ailleurs, *le centre national d'orientation (CNO)* participe à la détection, au diagnostic et au choix de la prise en charge médicale des condamnés atteints de troubles mentaux. En dépit de la qualité de sa prestation technique, il rencontre des difficultés, notamment de gestion des flux, qui nuisent à son efficacité.

*La prise en compte de la dangerosité des patients hospitalisés sous contrainte fait souvent l'objet de décisions contestables.* La facilité pousse à recourir très souvent à la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers alors que l'hospitalisation d'office s'imposerait (troubles compromettant la sûreté des personnes, atteinte grave à l'ordre public). Ce choix prive, par la suite, le représentant de l'Etat de l'exercice plein et entier de sa responsabilité. Il est démuné face à des sorties d'essai, ou des sorties accompagnées, accordées pour de tels patients et dont les régimes juridiques sont insuffisamment définis.

Ces facteurs tiennent ensuite à **la défaillance des réponses institutionnelles.**

*Les institutions sont en état de « surchauffe ».* Les hôpitaux sont en suractivité, notamment les services d'urgence. Des sorties de patients, hospitalisés dans des services de psychiatrie aux files actives en augmentation, peuvent être prématurées. La situation est d'autant plus préoccupante que les moyens budgétaires contraints, et les effets de l'ARTT, induisent un ratio personnel/malade en diminution.

Les prisons sont surpeuplées, notamment les maisons d'arrêt. Les personnels de surveillance sont en difficultés pour encadrer une population toujours plus nombreuse, en perte de repères et désocialisée. La justice est de plus en plus sollicitée. Les services de police et de gendarmerie sont tirés « à hue et à dia », et de plus en plus conduits à assumer un rôle de régulation sociale.

*Les conditions d'accueil et de prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité sont critiquables.* Les locaux en psychiatrie sont en partie inadaptés avec des conséquences négatives sur le comportement des patients. Par ailleurs, la dispersion des structures de soins dans la cité multiplie les petites équipes soignantes isolées.

Malgré d'importants efforts de modernisation et de restructuration, le parc pénitentiaire reste quant à lui partiellement vétuste. Cet état, ajouté à la surpopulation carcérale de certaines maisons d'arrêt, est difficilement conciliable avec les plus élémentaires normes d'hygiène.

L'usage des chambres d'isolement en psychiatrie est de plus en plus banalisé, sans nécessité médicale obligée, notamment en ce qui concerne les détenus hospitalisés. Les unités d'hospitalisations sont le plus souvent fermées.

Dans ce contexte, les mesures de sécurité excessives auxquelles on assiste peuvent dégrader la qualité des soins, mais aussi accroître les risques d'atteinte aux libertés et paradoxalement les risques de dangerosité.

*Les facteurs de risque sont aussi liés à la situation de fragilité dans laquelle se trouvent les professionnels.* Dans les hôpitaux, le constat porte sur une moindre cohésion des équipes, le

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

décalage manifeste entre les qualifications exigées et les aptitudes requises sur le terrain. En particulier, la formation des infirmiers diplômés d'état en psychiatrie est mise en cause.

Le personnel surveillant des prisons est souvent en difficultés pour gérer les relations avec les détenus présentant des troubles mentaux. Il n'est pas formé pour cela. Les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation rencontrent aussi des problèmes pour suivre des personnes ayant des troubles mentaux. Ils ne disposent que de peu d'informations de la part du personnel soignant et se heurtent au secret médical. Enfin, l'obligation de soins ordonnée par le juge se révèle d'une efficacité relative.

La plupart des institutions s'interrogent sur les évolutions sociologiques de leur personnel : renouvellement rapide des générations avec la crainte d'une perte d'expérience collective, féminisation accrue.

*Le cadre d'exercice des soignants est actuellement instable.* Les principes auxquels obéissent la gestion des secteurs de psychiatrie, leur organisation et les pratiques médicales ne sont plus suffisamment lisibles. Cela peut expliquer une augmentation des risques. Une des difficultés majeures réside dans les incertitudes sur l'avenir du secteur psychiatrique. D'autre part, la discipline médicale psychiatrique traverse une période de flottement sur le plan de la théorie et des pratiques. Cette situation désoriente les équipes soignantes et n'est pas sans conséquence sur leur aptitude à traiter des situations difficiles.

**Au terme de ses travaux, la mission aboutit à deux conclusions.** La première est qu'il n'existe plus de consensus social sur la prise en charge des patients dangereux présentant des troubles mentaux. La seconde est que si des mesures de protection sont nécessaires, elles doivent être situées dans une stratégie globale seule capable d'agir sur les facteurs de risques.

III. En conséquence, les propositions de la mission se déclinent en trois axes :

#### 1. **Mieux organiser les soins**

➤ *La sectorisation psychiatrique est à redéfinir*, en revenant à ses principes tout en s'adaptant aux évolutions de notre système de santé.

La situation de la sectorisation psychiatrique est aujourd'hui trop pleine d'incertitudes et d'ambiguïtés. Une redéfinition des fonctions de la sectorisation et de ses modalités de mise en œuvre doit être menée à bien. Il faut conforter le secteur dans son rôle de prise en charge des malades mentaux, au sein d'un territoire de proximité, et tout en situant les structures et les équipes de soins par rapport aux besoins de la population appréhendés selon l'échelle territoriale la plus pertinente en terme d'efficience, et tout en s'insérant dans un ensemble de liens en réseau avec les institutions et les professionnels du domaine de la médecine somatique, du social, du médico-social et du secteur libéral.

➤ *Les pratiques médicales sont à établir de manière à être fiables et consensuelles*, grâce :

- à des conférences de consensus sur la prise en charge des états d'agitation, sur l'intervention en urgence des équipes psychiatriques au domicile d'un patient,

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

- au développement de l'évaluation et de la recherche clinique (notamment sur les tests biologiques permettant d'assurer le dépistage d'un usage de toxiques, sur de nouvelles molécules ayant des effets sédatifs, sur les principes d'emploi des associations médicamenteuses, sur le mélange des pathologies dans les unités des soins, sur les courtes hospitalisations répétées). Pour réaliser de tels travaux, plusieurs moyens sont conseillés : agir auprès de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), utiliser les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC), formuler certaines exigences auprès des laboratoires pharmaceutiques.

➤ *Il faut se doter de perspectives de gestion claires.*

L'arrêt de la fermeture de lits en psychiatrie doit être adaptée aux besoins, variables selon les régions. Les concepts architecturaux des structures hospitalières mériteraient d'être revus en prenant mieux en compte l'évolution des pratiques médicales.

Le financement des établissements de soins psychiatriques doit pouvoir assurer la juste rémunération des activités réalisées.

Il est urgent de définir une stratégie spécifique pour faire face aux conséquences de l'évolution démographique annoncée des psychiatres.

➤ *Dans les services d'urgence, il est nécessaire d'organiser un accueil des patients adapté à l'activité et à ses fluctuations.*

Il est nécessaire de disposer de locaux permettant de fractionner les flux, de mieux gérer l'attente. L'information des patients et de leur famille doit être organisée. Les roulements de personnel sont à adapter aux pics d'activité.

## **2. Mieux adapter les prises en charge à la situation du patient**

➤ *La confiance est à renforcer dans la relation soignant-soigné*

Une mission d'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002 serait utile pour mieux préciser : les conditions de prise en charge dans une situation d'urgence, les précautions à prendre par les soignants, les conditions d'accès à l'information médicale pour un malade dangereux, le soutien juridique apporté par les établissements de santé à leurs personnels.

➤ *La dangerosité doit être mieux évaluée pour mieux orienter les patients :*

- il faut développer et structurer l'observation des violences et de la dangerosité au sein des établissements de santé,
- une étude sur les outils d'évaluation possibles et leurs limites est indispensable,
- les conditions de l'expertise judiciaire sont à améliorer (une conférence de consensus est à organiser, des équipes ressources pluridisciplinaires sont à constituer à l'échelon régional, la fonction de repérage capable d'orienter vers une expertise psychiatrique est à mieux organiser, la rémunération des experts est à valoriser),
- l'évaluation et l'orientation des détenus atteints de pathologie mentale doivent être plus performante.

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

- *Les conditions d'exercice de la contention réalisée dans le cadre d'une hospitalisation, ou en vue d'une hospitalisation, sont à mieux encadrer*

Les procédures sont à préciser. Les chambres d'isolement doivent correspondre à des normes réglementaires. La spécialisation de structures ou d'équipes de soins ne sont pas à encourager (une autre approche, centrée sur la question de la contention à exercer pour des pathologies diverses, ouverte à des associations entre un petit nombre de secteurs, est à privilégier pour développer des solutions les moins ségréguatives possibles).

- *Le statut du malade obligé à des soins est à redéfinir*

Une obligation de soins en ambulatoire doit être mise en œuvre, conformément aux propositions de précédents rapports des inspections sur la réforme de la loi du 27 juin 1990.

- *Le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de la dangerosité est à clarifier et à compléter afin :*

- d'éviter le recours à des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) en cas de menace grave pour l'ordre public ou la sûreté des personnes,
- de mieux définir les conditions des sorties d'essai, notamment pour des personnes déclarées pénalement irresponsables (décision de sortie prononcée par le représentant de l'Etat, nécessité de deux avis médicaux),
- de préciser le statut des personnes n'ayant pas été déclarées responsables.

- *L'insertion sociale doit être l'obsession des services prenant en charge des patients dangereux*

Les stratégies d'insertion sociale doivent être adaptées aux particularités de la maladie mentale. Pour ce faire un complément de mission est à envisager. Pour les personnes détenues, le projet d'exécution de peines doit impliquer les soignants dans la préparation à la sortie. Les liens entre les dispositifs de soins prévus pour les détenus (SMPR, UCSA, futures UHSA) et les secteurs psychiatriques sont à renforcer de manière à favoriser les relais dans la prise en charge du patient à sa sortie de détention.

### **3. Renforcer les aptitudes des professionnels et développer les coopérations**

- *Les efforts faits en faveur de la formation des personnels, quelle que soit l'institution concernée, sont à poursuivre. Des formations interdisciplinaires doivent être développées.*

- *Les coopérations entre les institutions sont à structurer et à renforcer :*

- en clarifiant les obligations déontologiques et les devoirs de coopération de chacun (le partage d'information entre les professionnels impliqués dans la prise en charge de patients dangereux est une nécessité ; il faut que soient élaborées, de façon consensuelle, au niveau national, des conduites à tenir permettant de préciser les règles de l'échange dans les situations pratiques),
- en formalisant par des protocoles départementaux les relations entre les institutions, dans le cadre d'un schéma des coopérations institutionnelles territoriales en faveur de la santé,

Résumé du rapport IGA n° 06-19-01, présenté par Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration, IGSJ n° 06/06, présenté par Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires et IGAS n° 2006 020, présenté par Gérard LAURAND et Docteur Alain LOPEZ, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

après détermination d'un certain nombre de principes au niveau national et interministériel (ce schéma portera, notamment, sur les collaborations à prévoir en cas d'intervention au domicile d'un patient, de transport, de rupture d'une obligation de soins ambulatoire...).

**En conclusion**, bon nombre de ces propositions vont rendre nécessaire une réforme législative d'envergure sur la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux. Cette réforme peut se concevoir par étapes, afin de traiter rapidement les questions les plus urgentes. Elle doit être engagée à partir d'un travail de concertation important avec l'ensemble des professionnels concernés et les représentants des familles et des usagers de la psychiatrie.

## SOMMAIRE

<b>1. POSITION DU PROBLEME : LES CONCEPTS ; LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS.....</b>	<b>5</b>
1.1 LA DANGEROUSITÉ : UNE NOTION AUX CONTOURS FLOUS .....	5
1.2 LES PATIENTS DANGEREUX : UNE POPULATION INDÉFINIE, TRÈS DISPERSÉE.....	6
1.3 LA DANGEROUSITÉ CRIMINOLOGIQUE.....	7
1.4 DANGEROUSITÉ ET MALADIE MENTALE .....	8
1.4.1 <i>La dangerosité entraînée par une maladie mentale</i> .....	8
1.4.2 <i>La maladie mentale et la réalité de sa dangerosité</i> .....	10
1.4.3 <i>La maladie mentale et les facteurs de dangerosité</i> .....	12
1.5 LA PRISE EN CHARGE DE LA DANGEROUSITÉ.....	12
1.5.1 <i>Les diverses modalités de prise en charge</i> .....	13
1.5.2 <i>Le signalement des risques</i> .....	14
1.5.3 <i>Les réponses apportées aux situations de crise</i> .....	15
<b>2. LA REALITE DU PROBLEME.....</b>	<b>16</b>
2.1 UN SENTIMENT GÉNÉRAL D'INSÉCURITÉ GRANDISSANT CHEZ LES PROFESSIONNELS CONCERNÉS.....	16
2.1.1 <i>Le signalement et la gestion des « événements indésirables »</i> .....	16
2.1.1.1 La mesure de l'insécurité : des systèmes d'information multiples mais peu utilisables pour qualifier la réalité de la dangerosité des patients et son évolution .....	16
2.1.1.2 La dangerosité dans les hôpitaux : entre constats et impressions.....	19
2.1.1.3 Les professionnels de santé isolés sont dans une situation de grande vulnérabilité .....	22
2.1.2 <i>Les interventions très demandées des services de police et de gendarmerie</i> .....	22
2.1.3 <i>La justice également confrontée à ce sentiment d'insécurité</i> .....	23
2.2 DES INSTITUTIONS ET DES PROFESSIONNELS MOINS TOLÉRANTS DEVANT LA VIOLENCE ET LES INCIVILITÉS, BIEN QUE LE NOMBRE DE PLAINTES SOIT LIMITÉ.....	24
2.2.1 <i>Les plaintes des professionnels et des institutions</i> .....	24
2.2.2 <i>La politique pénale face à la violence à l'encontre de professionnels</i> .....	26
2.3 LA PRISON, DERNIER ASILE DES PATIENTS DANGEREUX.....	27
<b>3. LES FACTEURS DE RISQUE.....</b>	<b>30</b>
3.1 LA DÉFAILLANCE DES SOLIDARITÉS SOCIALES ET DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION .....	30
3.1.1 <i>D'avantage d'individualisme et d'exclusion</i> .....	30
3.1.2 <i>Un soutien aux familles insuffisant</i> .....	30
3.1.3 <i>Le défaut de liaison entre le sanitaire, le médico-social, et le social</i> .....	31
3.1.4 <i>La difficile évaluation du danger, et l'orientation incertaine de la prise en charge du patient</i> ....	33
3.1.4.1 L'évaluation du danger, entre nécessité et déconvenues.....	33
3.1.4.2 Les expertises judiciaires, une situation préoccupante.....	34
3.1.4.3 Un dispositif d'orientation des détenus à valoriser .....	37
3.1.5 <i>Le défaut de prise en compte de la dangerosité des patients lors de leur hospitalisation sous contrainte</i> .....	39
3.2 LA DÉFAILLANCE DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES .....	40
3.2.1 <i>Des institutions en situation de "surchauffe"</i> .....	40
3.2.1.1 Des hôpitaux en sur-activité .....	40
3.2.1.2 Des prisons surpeuplées.....	44
3.2.1.3 La Justice de plus en plus sollicitée .....	46
3.2.1.4 Des services de police et de gendarmerie tirés à hue et à dia.....	48
3.2.2 <i>Des conditions d'accueil et de prise en charge en défaut</i> .....	49
3.2.2.1 L'inadaptation des locaux en psychiatrie est en partie liée à l'histoire .....	49
3.2.2.2 Malgré d'importants efforts de modernisation, le parc pénitentiaire reste partiellement vétuste .....	51
3.2.2.3 L'accessibilité des locaux d'accueil ne permet pas toujours d'assurer aux professionnels une totale protection.....	52
3.2.2.4 Des lieux d'enfermement peu adaptés en milieu hospitalier.....	54
3.2.2.5 Les mesures de sécurité excessives peuvent accroître les risques d'atteinte aux libertés, mais aussi les risques de dangerosité.....	57
3.2.3 <i>La fragilité des professionnels</i> .....	58
3.2.3.1 La cohésion des équipes de soins est défaillante.....	58
3.2.3.2 Le divorce entre les compétences exigées et les aptitudes nécessaires .....	60



3.2.3.3	Davantage de doutes devant une tendance à plus de jeunesse et de féminisation des professionnels .....	67
3.2.4	<i>Un cadre d'exercice des soignants instable</i> .....	70
3.2.4.1	La perplexité des soignants devant les droits nouveaux des patients .....	70
3.2.4.2	Les imprécisions des pratiques médicales.....	72
3.2.4.3	Les contradictions sur le plan de la théorie .....	75
3.2.4.4	La sectorisation psychiatrique est en pleine phase de mutation subie.....	78
3.2.4.5	La psychiatrie est dans l'incapacité d'ajuster ses moyens en fonction de son activité.....	81
3.2.4.6	Des perspectives sur le plan de la démographie médicale menaçant d'ébranler profondément les organisations et les fonctionnements des dispositifs de soins.....	82
3.2.5	<i>Autre exemple de limite des réponses institutionnelles : le suivi médico-judiciaire</i> .....	83
<b>4.</b>	<b>LES PROPOSITIONS</b> .....	<b>87</b>
4.1	MIEUX ORGANISER LES SOINS.....	88
4.1.1	<i>Clarifier l'organisation et le fonctionnement de la sectorisation psychiatrique, en revenant aux principes de la sectorisation, et en adaptant leur application aux évolutions de notre système de santé</i> ...	88
4.1.2	<i>Définir des pratiques médicales fiables et consensuelles</i> .....	90
4.1.3	<i>Etablir des perspectives de gestion claires</i> .....	91
4.1.4	<i>Organiser un accueil des patients adapté à l'activité</i> .....	93
4.2	MIEUX ADAPTER LES PRISES EN CHARGE À LA SITUATION DU PATIENT .....	93
4.2.1	<i>Renforcer la confiance dans la relation soignant-soigné</i> .....	93
4.2.2	<i>Mieux évaluer la dangerosité pour mieux orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée à leur situation</i> .....	94
4.2.3	<i>Encadrer les conditions d'exercice de la contention réalisée dans le cadre d'une hospitalisation, ou en vue d'une hospitalisation, pour un malade non consentant aux soins</i> .....	96
4.2.4	<i>Obliger les soins si nécessaire, dans le respect des libertés</i> .....	97
4.2.5	<i>Clarifier et compléter le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de la dangerosité</i> ....	97
4.2.6	<i>Avoir le souci constant de l'insertion sociale</i> .....	99
4.3	RENFORCER LES APTITUDES DES PROFESSIONNELS ET DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS .....	100
4.3.1	<i>Accroître les aptitudes des professionnels</i> .....	100
4.3.2	<i>Développer les coopérations entre les institutions</i> .....	100
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>103</b>
	<b>RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS</b> .....	<b>104</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>1 A 166</b>

## INTRODUCTION.

Par lettre de mission du 15 avril 2005<sup>1</sup>, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le garde des Sceaux, ministre de la justice ont chargé l'inspection générale de l'administration (IGA), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) d'évaluer les conditions de prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité.

Cette évaluation, faisant suite à la survenue de plusieurs événements dramatiques dans les hôpitaux psychiatriques, avait pour objectif de formuler « *toute proposition de nature à adapter le dispositif législatif et réglementaire, et faire évoluer l'organisation des soins en vue d'assurer la plus grande protection des personnes et des personnels* ».

La mission a été conduite par :

- Simon BABRE et Ramiro RIERA, membres de l'inspection générale de l'administration,
- Gérard LAURAND et Alain LOPEZ, membres de l'inspection générale des affaires sociales,
- Joëlle BOURQUARD et Françoise THOMAS, membres de l'inspection générale des services judiciaires.

Cette mission est en grande partie liée aux événements de Pau de décembre 2004 et à d'autres incidents graves ayant concerné différents établissements de santé.

Elle s'inscrit dans un ensemble de réflexions ayant donné lieu à des rapports d'évaluation et des propositions de réforme<sup>2</sup>.

La mission s'est attachée dans un premier temps à définir son champ d'intervention dans une lettre de cadrage approuvée par les trois cabinets des différents ministères concernés.

Elle a ensuite défini sa méthodologie en privilégiant deux axes : des rencontres de terrain et l'audition de « *sachants* ». Elle s'est ainsi rendue dans cinq départements (le Rhône, l'Ardèche, l'Ille-et-Vilaine, l'Hérault, la Gironde). Chacun de ses déplacements a donné lieu à la rédaction d'une monographie<sup>3</sup>. La mission a rencontré un peu plus de 400 personnes<sup>4</sup>.

Dans son rapport, la mission a retenu les risques de dangerosité concernant l'ensemble des patients dès lors qu'intervient l'offre de soins quels que soient les lieux et les services (hospitalier, ambulatoire, pénitentiaire).

---

<sup>1</sup> Annexe 1.

<sup>2</sup> Mission de l'IGA, l'IGPN et l'IGN sur la réforme de la loi de 1990, mission de l'IGAS et de l'IGSJ sur la réforme de la loi de 1990, rapport de la Commission Santé-Justice présidée par M. Burgelin : « *Santé, justice et dangerosités, pour une meilleure prévention de la récidive* » – juillet 2005 – .

<sup>3</sup> Annexes 4, 5, 6, 7, 8.

<sup>4</sup> La liste des personnes rencontrées figure en annexe 3.

La mission s'est déplacée en Suisse, à Lausanne. D'autres expériences étrangères sont décrites à partir de la consultation d'articles et d'ouvrages<sup>5</sup>.

Après avoir précisé le sujet, le rapport étudie la réalité des problèmes de sécurité qui se posent et les facteurs explicatifs. Dans une dernière partie, la mission propose différentes solutions pour améliorer les dispositifs de prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité, dont certaines appelleraient des modifications législatives et réglementaires.

L'étendue très vaste du champ de cette étude, son caractère souvent technique, la dimension de cette problématique et son interférence avec des champs extérieurs aux trois institutions, ne permettent pas à la mission de prétendre à l'exhaustivité. Compte tenu des motifs ayant déclenché un tel travail, la mission a accordé une importance centrale aux patients dangereux présentant des troubles mentaux.

---

<sup>5</sup> Annexe 2 et annexe 9.

## 1. POSITION DU PROBLEME : les concepts ; les dispositifs de prise en charge existants

### 1.1 La dangerosité : une notion aux contours flous

La dangerosité est multiforme. « *Aussi relative que plurielle, cette notion est complexe* »<sup>6</sup>. Michel Bénézech la définit comme étant un « *état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage, ou de destruction* »<sup>7</sup>.

Le danger est à distinguer du dommage. Il est une possibilité de violence, un risque. Il nous fait entrer dans une sphère de probabilité où le pire n'est pas toujours sûr. Se préoccuper d'un danger est donc une attitude toute entière tournée vers la prévention. Ainsi, en prenant en charge les patients dangereux, ou en évitant que les patients deviennent dangereux, il s'agit généralement d'empêcher la survenue d'un dommage. La conséquence est qu'on ne peut pas déduire simplement de l'observation du nombre des agressions l'importance du danger couru.

#### ➤ Les dommages à empêcher

Les dommages sont de degré de gravité variable. Si le dommage lié à l'acte du patient est à peine manifeste, le danger va en s'estompant. Nous sommes là dans une appréciation du danger *a posteriori*, une fois que l'acte s'est produit et que nous sommes en mesure d'en constater les conséquences pour le reconnaître comme dangereux. Cette façon d'apprécier le danger a un défaut majeur, elle ignore l'aléa qui a permis d'éviter le plus grave.

*A posteriori*, le danger ne s'apprécie pas, il se réévalue. Quand il s'agit de le reconnaître et de le prévenir, il est une projection d'un grave dommage rendu possible du fait d'un acte esquissé ou redouté, ou d'une situation rencontrée. En conséquence, la perception du danger peut aller toujours en s'élargissant, et conduire à se méfier même de l'anodin.

#### ➤ Les raisons de la dangerosité

Le danger ne naît pas forcément de l'intention de nuire à autrui. Conduire sa voiture, dans le strict respect du code de la route, est un acte dangereux dont les conséquences dommageables ne sont pas recherchées. Si la raison du danger est le comportement, l'appréciation du risque reposera sur des considérations objectives. Mais, le danger peut aussi s'expliquer par la nature d'une personnalité dans toutes ses dimensions : sociale, psychique, biologique. L'acte ici n'est pas détachable de la personnalité de son auteur. L'appréciation du risque reposera alors sur des considérations subjectives, dépendantes des représentations sociales d'une époque et des connaissances scientifiques du moment.

<sup>6</sup> Confer *supra* le rapport de la commission Santé-Justice.

<sup>7</sup> « *Les dangerosités* ». Sous la direction de Christiane de Beaurepaire, Michel Bénézech, Christian Kottler. Editions John Libbey Eurotext 2004.

Passer d'une dangerosité objective à une dangerosité subjective élargit le domaine des risques. Cet élargissement s'accroît encore quand le danger est ressenti du seul fait de la situation dans laquelle un individu se trouve, sans référence à une relation effective avec un autre (un parc à traverser la nuit pour rejoindre deux bâtiments distincts dans un hôpital est un lieu où tout incident est possible).

➤ Les indices du danger

L'état de danger dans lequel une personne se trouve se reconnaît à l'existence d'un ensemble de signes prédictifs. Des indices identifiés peuvent révéler le probable, et permettre alors de l'empêcher de survenir.

Un patient ayant un diagnostic de psychose, étant déjà passé à l'acte, sous l'emprise de l'alcool ou de produits stupéfiants, ayant interrompu son traitement, réunit plusieurs signes d'un risque élevé de passage à l'acte violent sur autrui. Des outils prédictifs peuvent donc se concevoir pour caractériser un état de dangerosité, et estimer le degré du risque couru<sup>8</sup>.

Plus l'anodin est susceptible de représenter un danger, dans une perception extensive du risque, et plus les domaines d'expériences où le danger peut naître s'élargissent, plus les indices utiles pour repérer le danger sont nombreux et d'interprétation difficile. Mais, quelle que soit la qualité de la grille d'indices retenue, il restera toujours un imprévisible irréductible lié à la nature humaine et au jeu des circonstances<sup>9</sup>.

---

La notion de dangerosité est difficile à cerner et se prête mal à la mesure. Elle fait référence à des dangers au contenu extensif, dont la définition varie avec les époques, entre dans une relation avec le temps allant de la potentialité à l'imminence, et s'applique à des domaines d'expériences d'une grande diversité. Un tel flou va cependant avec des réalités dont la brutalité exige des réactions concrètes. Là se trouve introduite la complexité de la prise en charge des patients dangereux.

## 1.2 Les patients dangereux : une population indéfinie, très dispersée

Par définition, un « patient dangereux » est une personne (atteinte ou non d'une pathologie), en demande de soins ou en contact avec l'offre de soins, qui, par son comportement, se révèle dangereuse pour elle-même ou pour autrui.

- Le patient dangereux peut être une personne atteinte d'une pathologie mentale, inscrite dans un parcours de soins ou en rupture de soins, qui dans une phase imprévisible de décompensation, va porter atteinte à son intégrité physique (auto-agression, tentative de suicide, mutilation) ou à celle d'autrui. Il peut également s'agir d'un individu en état d'addiction (alcool, produits stupéfiants) qui, à la moindre frustration, perd tout contrôle de lui-même et agresse son entourage. Le patient dangereux peut être encore la personne saine d'esprit qui, sous l'effet de l'angoisse, la douleur, l'impatience ou la colère va se révéler violente et mettre en danger la sécurité ou l'intégrité de l'autre.

---

<sup>8</sup> Voir des exemples de grilles dans l'article de Michel Bénézech in « Les dangerosités » sous la direction de Christiane Beaurepaire, Michel Bénézech, Christian Kottler. *Editions John Libbey Eurotext 2004.*

<sup>9</sup> « *La multiplicité des hasards au milieu desquels évolue toute existence individuelle et l'impossibilité de recueillir la totalité des informations pronostiques font que la survenue de certains événements est indépendante de la personne et de sa psychologie et qu'elle ne saurait être aisément anticipée* ». Michel Bénézech, cité *supra*.

- Certaines circonstances, de lieu et/ou de temps, sont propices à l'émergence de la dangerosité des patients.

Les services de santé sont en priorité exposés à la dangerosité des patients. Les urgences de l'hôpital général sont souvent touchées. L'importance des flux, la promiscuité, les conditions d'accueil médiocres, notamment les interminables délais d'attente, l'attitude agressive de certains accompagnants et le climat général de tension qui y règne, participent au déclenchement de la violence.

Par nature, l'hôpital psychiatrique, est le lieu d'expression de la dangerosité des patients malades mentaux, mais sa bonne connaissance de la maladie mentale – dont la violence est une composante –, la compétence de ses équipes et les moyens dont il dispose pour faire face à la crise, sont censés le rendre plus apte à l'anticiper et à la gérer. Les services de gériatrie sont aussi confrontés aux manifestations agressives et incohérentes de patients atteints de démence sénile.

Le médecin qui reçoit un patient dans la solitude de son cabinet à une heure tardive ou qui se rend non accompagné au domicile de celui-ci se trouve encore dans des conditions qui favorisent le passage à l'acte.

A l'instar d'autres institutions, la justice est devenue le terrain d'expression de la violence de personnes (justiciables) atteintes de troubles du comportement, voire de maladie mentale, et certains magistrats – juges des enfants, juges des tutelles, présidents d'audience correctionnelle, juges de l'application des peines – y sont, par leur fonction, plus exposés que d'autres. En effet, leurs décisions ou leurs attitudes, parce qu'elles bouleversent des équilibres fondamentaux (familiaux, patrimoniaux), peuvent déstabiliser profondément et générer des situations de crise.

D'autres lieux réunissent toutes les conditions d'éclosion de la violence. Ce peuvent être, entre autres, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui concentrent des populations socialement démunies ou encore certaines zones urbaines défavorisées voire encore la rue.

Plus globalement, le phénomène de la dangerosité et de la violence des patients, commun à la plupart des démocraties d'Europe, serait pour partie lié à l'évolution des sociétés.

### 1.3 La dangerosité criminologique

Selon qu'il est abordé par des psychiatres, des juges, des policiers, des travailleurs sociaux ou le simple citoyen, le concept de dangerosité recouvre des réalités différentes. D'ailleurs, le législateur ne lui a jamais donné de définition, que ce soit lors du vote de la loi fondatrice du 30 juin 1838 sur les aliénés ou à l'occasion de la réforme de ce texte par la loi du 27 juin 1990<sup>10</sup>.

Au sens criminologique, la dangerosité se caractérise par la commission d'une infraction de nature criminelle, délictuelle, ou contraventionnelle portant atteinte aux personnes ou/et aux biens et par le risque de réitération ou de récurrence. La manifestation de cette dangerosité criminelle par le passage ou le tentative de passage à l'acte n'est pas révélatrice en soi d'une maladie mentale.

<sup>10</sup> Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Dans leurs pratiques, les magistrats peuvent être confrontés à une dangerosité autre que criminologique. C'est notamment le cas du juge des enfants, face à la dangerosité de certains parents qui compromettent gravement la santé, la sécurité ou la moralité de leurs enfants<sup>11</sup>, ou encore celui du juge des tutelles conduit à protéger les incapables majeurs contre un comportement qui les met en péril.

Au quotidien, que ce soit au stade des poursuites, du jugement ou de l'exécution des sanctions, les magistrats utilisent, pour apprécier la dangerosité des auteurs d'infractions, un certain nombre « d'indicateurs » ou de repères propres à l'institution judiciaire. Ils peuvent également ordonner certaines investigations confiées aux services d'enquête, voire recourir à un examen médical, médico-psychologique et à une expertise psychiatrique<sup>12</sup>.

## 1.4 Dangerosité et maladie mentale

L'imaginaire collectif associe le plus souvent la violence à la maladie mentale<sup>13</sup>. L'acte violent, par la charge émotionnelle dont il est porteur, bouleverse la relation à l'autre. La personne violente semble animée par une force incontrôlable, vécue comme destructrice, échappant à toute raison. La personne violente ne se possède plus elle-même, elle apparaît comme possédée par un phénomène d'aliénation en général attribué à un trouble de l'esprit. L'acte violent s'explique alors par un moment de folie qui retranche l'intéressé de la communauté des humains rationnels.

Examiner de près ce lien communément établi entre violence dangereuse et maladie mentale est nécessaire, pour le comprendre et en mesurer la pertinence.

### 1.4.1 La dangerosité entraînée par une maladie mentale

En privant le sujet d'une part de sa raison, l'aliénation mentale le livre à tous les excès. C'est l'idée que se faisaient de la maladie les aliénistes à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ces excès peuvent aller jusqu'au meurtre. L'auteur de tels crimes n'en est pas responsable. D'une certaine manière, il est lui-même une victime, puisqu'il est affecté par une maladie source de souffrances, le conduisant à commettre parfois des méfaits à l'égard des êtres qui lui sont pourtant les plus chers : ses parents, ses enfants, sa femme ou son mari. Punir cet aliéné irresponsable n'a donc pas grand sens. L'intéressé n'en comprendra pas le motif et ne saura s'amender. La punition ne fera qu'ajouter de la souffrance à celle déjà liée à la maladie. Il faut plutôt traiter le mal<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> article 375 du code civil.

<sup>12</sup> La finalité de ces expertises consiste à rechercher d'éventuelles causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (article 122-1 du CPP), l'appréciation de la dangerosité étant comprise dans les questions posées à l'expert.

<sup>13</sup> Confer l'enquête santé mentale en population générale réalisée en 2004 par Jean-Luc ROELANDT, directeur du centre collaborateur OMS (CCOMS, Lille, France).

<sup>14</sup> Car les aliénistes de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle considéraient que l'aliéné n'était jamais totalement emporté dans l'insensé. Une part saine de sa raison toujours présente permettait de faire alliance avec lui, afin de l'engager dans un processus de guérison. Philippe Pinel et son élève Esquirol pensaient que toutes les maladies mentales pouvaient guérir, à condition de les soigner dans un établissement adapté à cette fin. Confer Marcel Gauchet et Gladys Swain. « La pratique de l'esprit humain ». Editions Gallimard 1980.

La psychiatrie signe son acte de naissance en arrachant le « fou criminel » des mains de la justice, en le libérant de la prison à laquelle il était jusqu'alors destiné. Pour cela, elle change l'identité de l'assassin en faisant de lui un aliéné. Et elle revendique le droit de l'enfermer dans un lieu de soins, l'hôpital, afin de le guérir tout en évitant qu'il continue de nuire à autrui ou à lui-même. A la suite des débats entraînés par des procès retentissants<sup>15</sup>, une loi, le 30 juin 1838, va affirmer le statut de ce malade désormais enfermé dans un hôpital, au lieu d'être sanctionné par les tribunaux. Elle va aussi, dans son article premier, fonder l'organisation du dispositif de soins psychiatriques en France pour près de 150 ans, en exigeant qu'un établissement d'aliénés soit implanté dans chaque département.

Mais, si la psychiatrie naît en transformant le criminel en un malade, elle va très vite refuser d'associer maladie mentale et dangerosité, au risque, on le mesure aujourd'hui, de finir par nier certaines réalités.

La maladie mentale peut expliquer certains actes criminels parce qu'elle perturbe parfois profondément les capacités de jugement de l'individu, ou bien parce qu'elle trouble gravement son affectivité, ou bien encore parce qu'elle altère sa perception de la réalité, ou détruit toute fonction de contrôle sur lui-même. Cependant, la psychiatrie va progressivement situer ces mécanismes psychiques avec leurs conséquences par rapport à deux postulats :

- les troubles, liés à une maladie mentale, n'ont pas forcément pour effet chez tout individu une conduite dangereuse pour autrui ou pour lui-même<sup>16</sup>,
- l'existence de troubles mentaux n'annihile pas forcément toute part de responsabilité de l'individu.<sup>17</sup>

Si, à l'origine, l'acte criminel s'expliquait aux yeux des aliénistes par un état de démence ôtant toute responsabilité à son auteur, aujourd'hui « *le domaine des troubles graves du comportement paraît se référer de plus en plus à des organisations pathologiques de la personnalité, catégorie malaisée à définir rigoureusement d'un point de vue clinique et psychopathologique* »<sup>18</sup>. La conséquence est une exclusion de la dangerosité du champ de la psychiatrie, et son renvoi de plus en plus fréquent dans celui de la criminologie, entraînant des sanctions pénales en cas d'acte de violence.

Désormais portée par des raisons qu'une maladie mentale ne saurait expliquer à elle seule, se manifestant chez un sujet dont la responsabilité n'est jamais totalement abolie, la dangerosité finit par ne plus relever du psychiatre mais du juge<sup>19</sup>. Cette évolution s'est trouvée renforcée par deux préoccupations grandissantes au sein de la société :

<sup>15</sup> Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs grandes affaires criminelles (notamment celle de Jacques Rivière ayant tué sa mère, son frère et sa sœur) vont conduire les médecins à expliquer des comportements « *impensables* » et à justifier les solutions médicales nécessaires à leurs yeux. Le Dr Yvan Halimi rapporte ce propos d'une infirmière qui, à l'hôpital de PAU, disait qu'elle « *ne pourrait pas penser tant qu'on n'aurait pas trouvé le criminel* ». In « *Le souci de sécurité en psychiatrie* ». Editions D'ORBESTIER. 2005.

<sup>16</sup> Dans une étude diligentée par la division de la santé mentale au Canada, portant sur une revue exhaustive de la littérature scientifique de plus de 5 500 articles (dont 320 ont été analysés en détail), les auteurs (Arboleda-Florez J. Mental illness and violence : an epidemiological appraisal of the evidence. *Can J Psychiatry* 1998 ; 43 ; 989-96) concluent qu'il n'existe pas d'évidence scientifique montrant que la maladie mentale entraîne la violence. (étude citée par N. Combalbert, A.M. Favard, M.A. Bouchard. Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques. *Annales Médico-psychologiques*, vol 159-n°7. P. 487-95).

<sup>17</sup> La conséquence en est la réforme du code pénal transformant, en 1992, l'article 64 datant de 1810 en l'article L.122-1.

<sup>18</sup> G. Lantéri-Laura « Introduction historique et critique à la notion de dangerosité dans les délires chroniques » (C. de Beaurepaire, M. Bénézech, C. Kottler. « Les dangerosités ». Editions John Libbey Eurotext. 2004).

<sup>19</sup> Lors d'un de ses déplacements dans un département, la mission a eu connaissance du cas d'un malade hospitalisé en hospitalisation d'office (HO) qui, après avoir agressé une infirmière du service où il était



- le souci d'une sécurité toujours plus absolue,
- le désir de réparation toujours plus exigeant de la victime.

Dans cette opération à la suite de laquelle le malade mental redevient un criminel d'abord punissable, se pose le problème de la maladie qui, pour autant, ne s'en trouve pas abolie. Car, « *exclure entièrement la dangerosité de la pathologie mentale, c'est peut-être amputer le malade d'une part de lui-même et par là même l'empêcher d'accéder au statut de sujet* »<sup>20</sup>.

Dangerosité criminelle et maladie mentale pouvaient être « consubstantielles »<sup>21</sup> à l'origine de la psychiatrie, entraînant une irresponsabilité de l'auteur de l'acte et justifiant sa prise en charge en milieu hospitalier. Peu à peu, la dangerosité est devenue un élément détachable par rapport à une maladie mentale et sa logique. Cela a été rendu possible par le fait de l'évolution des savoirs psychiatriques et des pratiques médicales (développement d'une psychiatrie de secteur ouverte sur l'extérieur de l'hôpital où les formes de prise en charge ne sont pas adaptées aux situations de violence).

Le souci de sécurité et le droit des victimes ne trouvaient guère leur compte dans la fusion entre dangerosité criminelle et dangerosité psychiatrique. Le retour de la dangerosité dans le champ de la criminalité opère cependant un renversement de front, au détriment, sans doute, d'une part de notre humanité : le devoir de la société de porter secours au souffrant.

#### **1.4.2 La maladie mentale et la réalité de sa dangerosité**

##### ➤ Le risque attribuable

Les malades mentaux seraient assez peu souvent responsables d'actes criminels. Ils ne seraient impliqués, selon une étude américaine réalisée par Swanson J.W. et al. que dans 3 % des cas, hors prise en compte des conduites sous l'empire de l'alcool<sup>22</sup>. Selon J.L. Senninger, qui cite des chiffres du ministère de l'intérieur français, 5 % des meurtres ont pour auteur un malade mental<sup>23</sup>. Le rapport « *Santé justice et dangerosité* » cite une étude de H. Hafner et de W. Boder mentionnant des chiffres à peu près identiques<sup>24</sup>.

---

hospitalisé, a été remis à la police par le médecin du service « *parce qu'il était dangereux* ». La police a ensuite remis ce malade à la justice qui l'a condamné à une peine d'emprisonnement. Alors seulement la mesure de HO a été levée.

<sup>20</sup> J.L. Senninger. Dangerosité, étude historique. *L'Information Psychiatrique*. N° 7. Septembre 1990. P. 690-696.

<sup>21</sup> Dr. Pierre Godart, chef de service au CH de Pau. In « Le souci de sécurité en psychiatrie ». *Editions d'Orbestier 2005*. (P. 187).

<sup>22</sup> Swanson J.W. et al (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the ECA survey, *hosp community psychiatry*, 41:761-70. Cité dans les travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé. Mme Anne Lovell. mars 2005.

<sup>23</sup> J.L. Senninger. « Le risque de commission d'un meurtre chez des malades mentaux ». *Actualités psychiatriques*. N°1. 1993.

<sup>24</sup> « *Les actes imputables aux personnes souffrant de troubles mentaux représentent 3% des actes violents et 5,6% des homicides* ». H. Hafner et W. Boder. Crimes of violence by mentally ill offenders. *Cambridge university press*. 1982.

Malgré cette part relativement réduite des actes criminels commis par des malades mentaux, paradoxalement, dans nos représentations sociales, la maladie mentale fait peur, et sans doute de plus en plus peur.

➤ Le risque relatif

Si parmi la totalité des actes criminels commis, peu d'entre eux sont attribuables à des malades mentaux, en revanche, parmi la population des malades mentaux, le risque de violence est élevé. Les mêmes auteurs américains indiquent que la fréquence des actes de violence (toute bagarre, attaque physique ou sexuelle, utilisation ou menace d'utilisation d'une arme) est de 13 %, chez des personnes souffrant de troubles mentaux graves et identifiées dans le système de soins psychiatriques<sup>25</sup>.

Selon une étude réalisée en Finlande en 1996, « *la schizophrénie et les autres pathologies multiplient entre 4 et 10 fois le risque de commettre un homicide. Chez les femmes, ce risque est multiplié par 40 et 50 en cas d'alcoolisme et de personnalité antisociale* »<sup>26</sup>. Cependant, ce risque relatif varie considérablement selon les pathologies mentales. Il est beaucoup moins grand dans les cas de dépression, de dysthymie et de retard mental.

---

Enfin, il convient d'insister sur le fait que les malades mentaux sont fréquemment victimes de violences<sup>27</sup>. Selon une étude américaine de Lehman, Ward, Linn en 1982, 34 % des schizophrènes vivant dans des logements thérapeutiques auraient fait l'objet de vol ou d'attaque au cours d'une année écoulée<sup>28</sup>. Selon une autre étude, par rapport à la population générale, les schizophrènes auraient 3 fois plus de risques d'être victimes d'un crime violent<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Swanson J.W. et al (2002). The social environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American journal of public health*, 92:1523-31. Cité dans les travaux préparatoires à l'élaboration de plan violence et santé. Mme Anne Lovell. Mars 2005.

<sup>26</sup> Etude de Fronen et al qui ont comparé la pathologie mentale des meurtriers homicides et celle de la population générale en Finlande (Fronen M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch gen Psychiatry*. 1996-53: 497-501. Cité par M.L. Bourgeois et M. Bénézech. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Annales Médico-psychologiques*. 2001. Vol 159 N°7. P. 475-486.

<sup>27</sup> Les malades mentaux, particulièrement vulnérables, sont, plus que d'autres, victimes de toutes sortes d'abus, de vols, de brutalités, parfois dans l'enceinte même de l'hôpital (problème des espaces en friche dans les enceintes hospitalières où des trafics divers peuvent avoir lieu), ou dans la cité où les conditions de leur insertion sociale ne sont pas toujours satisfaisantes.

<sup>28</sup> Lehmann A.F., Ward N.C., Linn L.S. (1982). Chronic mental patients : the quality of life issue. *American Journal of psychiatry* 139: 1271-1276. Cité dans les travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé. Mme Anne Lovell. Mars 2005.

<sup>29</sup> Chuang H.T., Willaim R., Dalby J.T. (1987). Criminal behaviour among schizophrenics. *Canadian Journal of psychiatry*. 32:255-258. Cité dans les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé. Anne Lovell. Mars 2005.

### 1.4.3 La maladie mentale et les facteurs de dangerosité

Selon une idée répandue, le délire est le responsable presque exclusif de l'acte criminel commis par un malade mental. Or, dans une étude réalisée sur 52 sujets schizophrènes auteurs de meurtre, un lien avec un délire a été retrouvé dans 29 cas seulement<sup>30</sup>.

Un certain nombre de caractéristiques propres au malade est effectivement annonciateur d'un risque de passage à l'acte. De nombreuses études le soulignent : le jeune âge du patient, l'existence d'antécédents de violence, la consommation d'alcool ou de produits toxiques, la présence de troubles dissociatifs, l'expression d'un délire, l'arrêt du traitement médicamenteux<sup>31</sup>.

Cependant, au delà des facteurs spécifiques au malade, il en est d'autres propres à la relation nouée avec lui, aux réactions à son égard, aux modalités de sa prise en charge qui vont favoriser ou pas l'émergence d'un acte de violence. Ainsi, la cohésion de l'équipe de soins, les savoir-faire des professionnels en contact avec le patient et leur disponibilité, la compréhension des mécanismes psychopathologiques, une attitude d'écoute et d'empathie, peuvent permettre d'éviter une réaction violente de la part du patient ou d'en limiter l'importance et la gravité. Un travail réalisé sur 97 cas d'accidents du travail concernant des personnels soignants, à la suite d'actes de violence commis par des patients, montre que « *la violence en milieu psychiatrique est en premier lieu un problème général d'ordre institutionnel qui doit interpeller les hiérarchies médicale et administrative* »<sup>32</sup>.

Joue de même la situation sociale et relationnelle dans laquelle se trouve le malade. Ainsi, le professeur Jean-Louis Senon souligne que la désocialisation et la précarisation multiplient par 10 les risques de passage à l'acte violent chez les malades mentaux<sup>33</sup>.

## 1.5 La prise en charge de la dangerosité

La prise en charge de la dangerosité manifestée par un patient est un exercice délicat car les contextes ou situations qui la rendent nécessaire sont multiples.

- Il existe plusieurs situations de violence

<sup>30</sup> Frédéric Millaud. Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques. Ed Masson 2002. (étude de L.Loretto, N.M. Sanna et G. Nivoli).

<sup>31</sup> - Ph. Weiss, T. Della, C. Lowy. Prédiction clinique des agressions en service d'urgences psychiatriques. *L'Information Psychiatrique* N°2 Février 1998. P. 141-151.

- Marie Noëlle Clément L'institution psychiatrique et la violence. Thèse Faculté de Médecine Lyon. Université Claude Bernard Lyon 1. 1996.

- Ph. Weiss. La prédiction des comportements dangereux. *Actualités psychiatriques*. N°1. 1993.

<sup>32</sup> B. Rioteau, M.P. Peltier, S. Guibert. « Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique ». *L'Information Psychiatrique*. N°2 février 1998. P. 153-161.

<sup>33</sup> Jean-Louis Senon. « Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne ». *Congrès de l'Information psychiatrique*. 1<sup>er</sup> octobre 2004. Cité par le rapport de la commission « santé justice ».

C'est ainsi que l'on peut rencontrer des situations aiguës, explosives et rapides, qui peuvent être déclenchées par une multitude d'événements : nouvelle désagréable, frustration sociale, sentiment d'humiliation, provocation gratuite, etc.

Mais cette violence peut aussi être latente, repérée par des professionnels bien au fait de l'état de santé du patient (antécédents, troubles persistants) ou qui se déduisent tout simplement de son environnement (situation très dégradée au sein d'un couple, vives tensions de voisinage, harcèlement moral en milieu professionnel, etc.).

- Les lieux où cette dangerosité trouve ou peut trouver à s'exprimer sont très variés

Il peut s'agir de lieux accessibles au grand public (moyens de transports en commun, voie publique, centres commerciaux, etc.) ou constituer le domicile du patient soigné ou non en ambulatoire (en habitat individuel ou collectif).

Mais ces lieux peuvent être ceux-là mêmes où le patient reçoit ou va recevoir les soins appropriés à son état de santé.

- Les acteurs de cette prise en charge sont nombreux

Selon les circonstances de temps et de lieu, le policier, le gendarme, le sapeur-pompier, le médecin de ville, l'ambulancier, le maire, le directeur des affaires sanitaires et sociales, le préfet, le médecin et les autres soignants ou non soignants du centre hospitalier et même quelquefois le magistrat constituent de possibles acteurs.

Mais bien que chaque contexte, chaque situation, appellent une réponse singulière, la prise en charge de la dangerosité ne peut, dans ses modalités, s'écarter d'un certain nombre de principes fondamentaux comme le respect de la liberté individuelle et du domicile, le strict respect des procédures, notamment de celles relatives à la contention du patient ou encore concernant la préservation de l'ordre public et la sûreté des personnes.

### ***1.5.1 Les diverses modalités de prise en charge***

Des modes très variés d'appréhension des troubles du comportement existent, selon que le patient se trouve à l'hôpital, dans un établissement pénitentiaire ou dans la cité, selon qu'il bénéficie ou non d'une prise en charge hospitalière ou ambulatoire.

Les centres hospitaliers spécialisés (CHS) et les unités d'accueil des secteurs psychiatriques constituent les principaux lieux de cette prise en charge de la dangerosité du patient. La notion de secteur, apparue en 1960, rattache une aire géographique déterminée à un ou plusieurs services hospitaliers de psychiatrie. Les secteurs ont connu un rapprochement continu des centres hospitaliers généraux et, dans certains cas, les services de psychiatrie sont même implantés au sein de l'hôpital général (Tours, Montpellier).

Selon le cas, le patient s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge volontaire ou d'une hospitalisation sous contrainte. Les hospitalisations d'office, décidées par le représentant de l'Etat, relèvent d'une police administrative spéciale prévue par le code de la santé publique ; elles mêlent pouvoir de police à but préventif et accomplissement de soins à but curatif.

La prise en charge sanitaire est parfois réalisée sur un mode intersectoriel, lorsque plusieurs aires géographiques sont rattachées à une unité d'hospitalisation : intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile apparus en 1974, intersecteurs d'alcoologie, de toxicomanie, etc.

Quant aux quatre Unités pour Malades Difficiles (UMD) réparties sur le territoire national<sup>34</sup>, elles rassemblent les patients qui présentent « *pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet* »<sup>35</sup>. Ces patients sont exclusivement en hospitalisation d'office ; leur placement en UMD requiert une dangerosité majeure, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation classique, dûment justifiée par le préfet signataire de la décision d'hospitalisation d'office.

Les unités pour patients agités et perturbateurs (UMAP), aussi appelées unités de soins intensifs (USI), qui se développent dans les CHS, sont des unités intersectorielles. Dans les établissements pénitentiaires, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont aussi un mode de fonctionnement du type intersecteur.

Des soins peuvent être prodigués en ambulatoire, par les personnels soignants du secteur.

La dangerosité justifie par ailleurs le prononcé de mesures de sûreté par l'autorité judiciaire. L'article 13 de la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a ainsi inséré dans le code de procédure pénale des dispositions instituant un régime de « surveillance judiciaire » qui permettent, à leur libération, de soumettre des condamnés présentant un risque élevé de récidive à diverses obligations, notamment le placement sous surveillance électronique mobile (nouveaux articles 723-29 à 723-37 du CPP). « *Le risque de récidive [...] doit être constaté par une expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines [...] dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné.* » (article 723-31 du CPP)<sup>36</sup>.

### 1.5.2 Le signalement des risques

Le signalement des risques représente un enjeu majeur : il peut déboucher sur une prise en charge, prévenir la crise et éviter les troubles à l'ordre public, voire les infractions qui peuvent lui être associées.

Pourtant, il apparaît aujourd'hui lacunaire et peu encadré.

<sup>34</sup> Établissements de Cadillac en Gironde, Henri-Colin à Villejuif dans le Val-de-Marne, Sarreguemines en Moselle, Montfavet dans le Vaucluse.

<sup>35</sup> Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, créant les UMD.

<sup>36</sup> Le Conseil constitutionnel, saisi pour vérifier la conformité de cette loi à la Constitution, a considéré que ces articles, qui prévoient notamment le placement sous surveillance électronique pour des faits antérieurs à la loi, n'étaient pas contraires au principe de non rétroactivité des peines et des sanctions résultant de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, au motif que « *la surveillance judiciaire, y compris lorsqu'elle comprend un placement sous surveillance électronique mobile, est ordonnée par la juridiction de l'application des peines ; qu'elle repose non sur la culpabilité du condamné, mais sur sa dangerosité ; qu'elle a pour seul but de prévenir la récidive ; qu'ainsi, la surveillance judiciaire ne constitue ni une peine ni une sanction.* » (Conseil constitutionnel, décision n° 2005-527 DC du 8 décembre 2005).

Il résulte le plus souvent de l'initiative d'intervenants isolés (assistants sociaux, proches, voisins, commerçants de quartier) qui saisissent, selon les cas, le maire, le secteur psychiatrique, la DDASS, le préfet, le commissariat ou le groupement de gendarmerie. Dans les meilleurs cas, il leur est prêté attention et l'information est donnée au médecin qui suit le patient, qu'il soit généraliste ou psychiatre. Mais très souvent, ces signalements restent sans suite. Dans certains cas, ils sont même ouvertement critiqués.

En cas de fugue d'un patient hospitalisé sous contrainte, des alertes sont généralement diffusées en direction, en particulier, des services de police et de gendarmerie.

Pour les « *malades mentaux à placer d'office en établissements psychiatriques ou évadés de ces établissements* », le signalement peut passer par la voie d'une inscription au fichier des personnes recherchées (FPR, arrêté du 15 mai 1996). Cette voie n'est cependant que très peu usitée ; les services de police n'ont pas tous le réflexe de consulter le fichier ou mettent en cause son efficacité.

### ***1.5.3 Les réponses apportées aux situations de crise***

Lorsque la situation de crise survient dans la cité à raison de troubles mentaux, la réponse apportée peut revêtir différentes formes.

L'intervention de médiateurs en tous genres (voisins, gardiens d'immeuble, travailleurs sociaux, policiers municipaux, gardes champêtres) peut suffire à ramener le calme. Les proches de la personne agitée peuvent aussi tenter de convaincre le patient de se faire hospitaliser ou, à tout le moins, de se rendre dans un lieu de prise en charge médicalisée.

Mais cette intervention peut se révéler insuffisante. Dans ce cas, il peut être recouru à une hospitalisation sous contrainte : hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation d'office (les régimes juridiques sont décrits aux articles L.3212-1 et s. et L.3213-1 et s. du code de la santé publique).

La procédure d'hospitalisation sous contrainte requiert l'intervention de nombreux acteurs : médecin pour établir les certificats médicaux (HDT) ou l'avis médical circonstancié (HO), ambulanciers ou sapeurs-pompiers pour assurer le transport, personnels des urgences générales ou psychiatriques pour l'accueil à l'hôpital, etc.

## 2. LA REALITE DU PROBLEME

### 2.1 Un sentiment général d'insécurité grandissant chez les professionnels concernés

#### 2.1.1 Le signalement et la gestion des « événements indésirables »

2.1.1.1 *La mesure de l'insécurité : des systèmes d'information multiples mais peu utilisables pour qualifier la réalité de la dangerosité des patients et son évolution*

➤ Au niveau de la police et de la gendarmerie

Si les crimes et délits contre les personnes ont augmenté ces dernières années<sup>37</sup> rien ne permet de situer, dans les statistiques dites institutionnelles de la police et de la gendarmerie, la place que tiennent les patients présentant des risques de dangerosité dans ce phénomène. La difficulté est d'autant plus grande que la nomenclature utilisée comporte 107 catégories d'infractions. Théoriquement, en opérant par extractions, l'exploitation des données du système de traitement des infractions constatées (STIC) peut permettre, pour chaque type d'infraction, de connaître le nombre de professionnels de santé victimes de crimes et délits. Il faudrait pouvoir déterminer ensuite pour ces crimes et délits ceux commis par des patients. Ce qui nécessiterait une analyse supplémentaire au cas par cas afin de déterminer le statut de la personne identifiée comme « *patient en contact avec l'offre de soins* ».

➤ Au niveau de la justice

En matière pénale, le recueil statistique de l'activité des parquets et des juridictions s'effectue à partir de plusieurs bases de données<sup>38</sup> qui recensent l'ensemble des infractions perpétrées selon leur nature et leur catégorie<sup>39</sup>.

Cette collecte permet de connaître l'activité pénale et l'évolution de la délinquance notamment en ce qui concerne les atteintes à personne<sup>40</sup>. Toutefois, à l'exception de certaines infractions<sup>41</sup>,

<sup>37</sup> Par exemple, ils sont passés de 102 195 en 1980 à 254 514 en 2000 (+ 49 %) : source : aspects de la criminalité et de la délinquance par les services de police et les unités de gendarmerie.

<sup>38</sup> Essentiellement la table NATINF (NATure d'INFractions) qui recense l'intégralité des infractions pénales en vigueur, permet d'enregistrer tous les dossiers et de produire des statistiques sur l'évolution des contentieux jugés et des peines prononcées. La table NATAFF (NATure d'AFFaires) permet quant à elle, la production de statistiques rendant compte de la nature des grandes masses de contentieux soumises aux parquets.

<sup>39</sup> Nature d'infraction : selon la qualification, vol, coups et blessures volontaires...Catégories d'infractions : crime, délit, contravention.

<sup>40</sup> Le nombre de condamnations prononcées (toutes juridictions confondues) pour atteintes volontaires aux personnes est passée de 61 641 en 2002 à 87 217 en 2004.

<sup>41</sup> Infractions de nature sexuelle commises à l'encontre de mineurs.

elle ne vise pas à déterminer la qualité de la victime ni à connaître si la personne condamnée pour des faits de violence était ou non atteinte de troubles mentaux<sup>42</sup>.

Il n'est donc pas possible d'évaluer objectivement la part que représentent les atteintes à personnes perpétrées par des patients dangereux à l'encontre de professionnels de santé ou autre. Les propos recueillis par la mission auprès des procureurs de la République permettent de relever que les plaintes des soignants restent marginales (une dizaine par an à Montpellier le plus souvent suite au comportement violent d'accompagnants et non de patients eux-mêmes), bien qu'étant signalées en augmentation au parquet de Lyon.

➤ Au niveau de la santé<sup>43</sup>

Les statistiques de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et celles de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), apportent peu d'information sur les risques liés aux patients dangereux.

- Au niveau des observatoires des hôpitaux

De nombreux hôpitaux ont créé ces dernières années des observatoires sur les violences hospitalières. Chaque établissement jusqu'ici s'est organisé comme il l'entendait pour recueillir l'information. La notion même « d'événement indésirable » utilisée par tous n'a pas fait l'objet d'une définition commune sur le plan national, jusqu'à la mise en place de l'observatoire national sur les violences par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Les facteurs capables de rendre compte de la survenue d'une situation de dangerosité sont nombreux. Les moyens d'en corriger définitivement certains existent, notamment dans l'ordre normatif, et il est souhaitable pour cela de les avoir repérés afin, en conséquence, d'identifier des actions concrètes et décisives. Ainsi, l'observation des événements dits « indésirables » relevés régulièrement dans les hôpitaux peut certainement permettre de prendre ensuite des initiatives capables de réduire les risques courus par les soignants et les patients.

Cependant, parmi ces facteurs responsables d'une situation de dangerosité, la forme prise par la relation intersubjective entre un patient et un autre (soignant ou non soignant) peut être déterminante. Aucune mesure protectrice ne saura ici abolir un jour les risques liés à la rencontre de deux subjectivités et à leurs inter-réactions. Seule la compréhension des mécanismes réciproques qui se sont entraînés peut alors être utile au soignant quand, à l'avenir, il se retrouvera dans une situation où sa sécurité et celle de son patient dépendront de sa capacité à maîtriser une dangerosité obéissant à de telles constructions. L'observation des événements devra dans ce but savoir dépasser la simple description factuelle pour retrouver, avec les intéressés, le sens de leurs attitudes.

Il existe deux grands modèles d'observatoires locaux :

- la plupart d'entre eux cherchent à connaître les événements indésirables dans le souci de prendre des mesures tendant au risque zéro. Ils sont l'émanation des

<sup>42</sup> Toutefois, dans le répertoire des motifs de classement sans suite figure une rubrique classement sans suite pour état mental déficient (43) et une rubrique classement sans suite pour irresponsabilité (37).

<sup>43</sup> Voir Annexe 10.



CHSCT<sup>44</sup> et présidés le plus souvent par le chef d'établissement. C'est le cas, avec des nuances<sup>45</sup>, pour les observatoires des sites visités par la mission,

- l'autre modèle, représenté par l'observatoire local de la violence de Ville-Evrard<sup>46</sup>, tend à prendre en compte la complexité de la violence dans toutes ses déterminations, à privilégier le dialogue plutôt que les protocoles. Composé de 24 membres, il représente aussi bien les instances (membres du conseil d'administration, de la direction, des usagers) que des spécialistes du monde du travail (médecin, psychologue, sociologue) et des professionnels de terrain (médecins et soignants).

Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les informations recueillies au niveau des hôpitaux ne se recoupent pas, ni entre les observatoires du premier modèle, ni *a fortiori* entre ceux du premier et du second.

- Au niveau de l'observatoire national à la DHOS.

La circulaire du 11 juillet 2005 a créé un observatoire national des violences hospitalières. Cet observatoire recense les événements graves touchant les personnels ou les biens des établissements publics de santé (EPS) et participants au secteur public hospitalier (PSPH). Les signalements doivent remonter au niveau central dans un délai court<sup>47</sup> par le biais des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les hôpitaux disposent d'un logiciel pour leur faciliter la saisie des données.

Cet observatoire national a un double objectif. Il doit être un outil statistique qui permet, dans le temps, de situer l'impact des violences sur le fonctionnement des établissements. Il a également pour fonction de favoriser l'émergence de bonnes pratiques de sécurité en milieu hospitalier<sup>48</sup>.

Cette démarche organisant une gestion des données sur la violence de manière homogène et comparable, est positive. Cependant, elle présente plusieurs limites :

- sur un plan formel, elle ne permet pas, pour l'instant, de savoir si les violences dénombrées sont dues à un patient dangereux ou imputables à d'autres personnes,
- le risque est grand dans la philosophie adoptée, même si les responsables s'en défendent, que l'observatoire devienne le gestionnaire du traitement des actes de violence graves dans les hôpitaux, plaçant de ce fait dans un rôle mineur les directeurs d'établissements et d'ARH pourtant chargés, dans un cas de la sécurité générale des sites concernés, dans l'autre de l'organisation de l'offre de soins,
- rien n'est prévu pour que s'organisent des recoupements dans les données traitées avec celles que possède le ministère de l'intérieur, par exemple, alors qu'il est manifeste que pour certaines violences les services de police sont directement intéressés.

<sup>44</sup> Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

<sup>45</sup> Certains ont cependant défini des objectifs de qualité de soins dans le traitement et la prévention des phénomènes de violence. C'est le cas de l'observatoire du CHS de Sainte-Marie à Privas.

<sup>46</sup> La mission a rencontré le docteur Chaltiel responsable de cet observatoire.

<sup>47</sup> Normalement sous 12 heures.

<sup>48</sup> Confer l'annexe 10 sur les dispositifs d'observation de la dangerosité et de la violence.

### 2.1.1.2 La dangerosité dans les hôpitaux : entre constats et impressions

- Les comportements indésirables sont en progression sans qu'il soit démontré que les risques pour les personnels aient crû de manière significative

Les agressions verbales et physiques à l'égard des personnels seraient plus nombreuses qu'auparavant si on tient compte des données recensées par les observatoires locaux de la violence, et des observations recueillies par la mission lors de ses déplacements. Mais, il faut noter que l'on additionne sous ce vocable toutes sortes d'actes allant de la simple menace à l'agression avérée. Autre indicateur, le nombre des arrêts de travail dus à des agressions de malade a peu évolué.

Au CHS du Vinatier à Lyon, par exemple, le nombre des « événements indésirables » a été presque multiplié par trois en quatre ans (617 en 2001 ; 1 609 en 2004). Les actes de violence sont comptabilisés au sein de ces « événements indésirables ». Ils en représentent un cinquième. Leur augmentation est très nette. En 2001, on en comptabilisait 159. En 2004, ils étaient au nombre de 348, soit une augmentation de 54 % en quatre ans<sup>49</sup>.

Les actes de violence de toutes catégories sont répertoriés et additionnés dans ces chiffres, de la simple menace à l'agression armée, de la tentative de suicide à la violence physique à l'égard d'autrui. En fait, cette augmentation des actes de violence est due essentiellement à l'enregistrement des états d'agitation.

En revanche les agressions à l'égard des personnels ne se sont que faiblement accrues en quatre ans, sachant de plus que l'existence de cette comptabilité des actes a incité à déclarer des situations qui, auparavant, n'auraient pas été signalées. Ainsi, en 2001, 63 agents étaient victimes d'une violence physique de la part d'un patient. En 2004, leur nombre était de 72, après avoir été de 76 en 2003. Mais, entre 2000 et 2004, le nombre d'accidents du travail dus à des agressions de malades, ou à l'exercice d'une contention, a en fait diminué de 23 %, passant de 183 à 140. Et si la moyenne des jours d'arrêt de travail à la suite de ces circonstances était considérée comme un indicateur de gravité, force est de constater qu'elle est restée à peu près la même pendant ces quatre dernières années (20 jours en 2000, 20,69 jours en 2004)<sup>50</sup>. Des constats semblables peuvent être faits dans les autres sites visités par la mission (voir annexe 11). Cependant, des événements dramatiques peuvent se produire. Au CHS du Vinatier, un infirmier est mort en avril 2002.

- Les personnels soignants sont victimes d'agression plus particulièrement dans les services de psychiatrie et dans les services d'urgence

Les premiers résultats issus des données recueillies par l'observatoire national de la DHOS, non exhaustifs, sur 3 mois (août à octobre 2005), montrent que plus de la moitié des événements recensés se sont produits en secteur psychiatrique (58 %).

Aux Hospices civils de Lyon (HCL), en 2004, 31 % des agressions recensées dans les services ont eu lieu aux urgences<sup>51</sup> (viennent ensuite les services de médecine avec 19,62 % des signalements, puis la gériatrie avec 11,35 %). Au service des urgences de l'hôpital Edouard Herriot, on peut estimer le nombre d'agressions physiques à 4 pour 10 000 passages. Si on ne prend pas en compte les gestes de menaces, ce nombre d'agressions physiques est d'environ 1 pour 10 000 passages.

<sup>49</sup> Rapport du directeur sur « la sécurité en matière de violence ».

<sup>50</sup> Rapports techniques annuels du service de santé au travail du Centre Hospitalier du Vinatier.

<sup>51</sup> Pour l'hôpital Edouard Herriot, le site le plus important par la taille des Hospices Civils de Lyon (HCL), en 2004, ont été signalées 144 agressions verbales et 100 agressions physiques de soignants. La moitié de ces agressions a eu lieu au service des urgences.

Toujours aux HCL, dans 29 % des cas, l'auteur de l'acte n'est pas un patient. L'acte de violence est commis par un membre de la famille dans 17 % des cas.

Quant aux victimes, ce sont surtout des agents soignants (plus de 83 % des cas), des agents des services administratifs, notamment des bureaux des entrées (13 % des cas), et des agents de sécurité (4 % des cas).

➤ Un fort sentiment d'insécurité des soignants dans leur quotidien

De manière générale, le sentiment d'insécurité des professionnels a cru, si l'on se réfère à deux enquêtes effectuées au CHS de Cadillac et au CHGR de Rennes. Et, phénomène paradoxal, certaines dispositions pour lutter contre les problèmes d'insécurité renforcent l'insécurité, telles les formules d'appel à renfort.

- Les exemples du CHGR<sup>52</sup> de Rennes, du CHS de Cadillac, du CHRU de Rennes

Sous la direction d'un des médecins de l'établissement de Cadillac, une commission technique s'est réunie de juin à août 1999. Elle s'est d'abord intéressée aux questions de violence au sein des unités d'admission<sup>53</sup>. Dès cette époque, elle relève que si le nombre d'accidents du travail liés aux agressions de patients est relativement faible (23 en 1996, 12 en 1998), le sentiment d'insécurité du personnel est important (sentiment d'isolement et d'abandon, pénibilité du travail de soins, diminution du personnel masculin...).

Ce constat corroboré par les résultats d'une enquête réalisée en 2000, à une période où le nombre d'incidents était pourtant stable, est révélateur de cet état d'esprit. 41 % des 409 personnes ayant répondu au questionnaire de la direction se sentent en insécurité dans l'exercice de leur profession, 13 % tous les jours et 28 % souvent. 70 % considèrent que ce ressenti a une influence sur leur vie privée (35 % souvent et 35 % parfois).

Il existe un écart entre la gravité des accidents du travail et leur perception par le personnel. Entre avril 2004 et mars 2005, au CHGR de Rennes, sur 148 déclarations d'événements indésirables collationnées, 114 sont relatives à la rubrique « comportements et relations » soit une proportion de 77 %, sans commune mesure avec la part de déclarations d'accidents du travail liées à la dangerosité des patients (33 % en 1999 et 2004, par exemple). Les agents<sup>54</sup> considèrent que 49 de ces événements indésirables ont un niveau de gravité maximum (43 %) alors que lorsqu'on croise les 102 déclarations relatives aux atteintes de personnes, seules 12 d'entre elles font l'objet d'une déclaration d'accident du travail ayant entraîné un arrêt.

- Les facteurs qui nourrissent le sentiment d'insécurité

Selon les membres de la commission technique de Cadillac, des facteurs significatifs sont repérables pour expliquer l'évolution des risques de dangerosité des patients. Ils sont liés aux patients eux-mêmes (évolution de la vie sociale : la violence étant un moyen d'expression banalisée, rupture de soins, absorption de produits toxiques, progression du nombre d'HO, situation matérielle de patients de plus en plus démunis, détention d'armes...), à l'environnement (faiblesse des équipes infirmières à certains moments de l'année, concentration des admissions et des sorties en fin de semaine, risque aggravé le matin période de la journée où les soignants sont moins disponibles, pris par des tâches administratives), à l'espace confiné et fermé (diminution du nombre d'unités d'hospitalisation, faible intimité des patients qui subissent des périodes d'attentes longues dans la journée sans repérage temporel clair ni ne disposent de lieux d'activité propre – loisirs, ergothérapie, activités physiques), au fonctionnement des équipes (faible identité du travail d'infirmière en charge de multiples tâches, déqualifications, féminisation accélérée des personnels), aux médecins (sous effectif par rapport à la moyenne nationale, présence médicale insuffisante dans les unités de soins, mauvaise qualité de la transmission des informations, repérage clinique défaillant face à la violence), à l'organisation du travail (liens avec le nombre d'accidents du travail), au statut des personnels victimes des violences (personnels féminins plus exposés que le sont les infirmiers d'âge mûr, surcharge de travail et notamment non-respect des temps de repos, faible formation au contexte de la psychiatrie des infirmières (IDE) nouvellement diplômées).

<sup>52</sup> Il s'agit de l'ex CHS de Rennes qui s'appelle « Centre hospitalier Guillaume Rénier ».

<sup>53</sup> Deux autres rapports mettront en exergue « la violence et l'adolescence » et « la violence dans l'UMD ».

<sup>54</sup> Analyse de ces fiches.

Ce sentiment peut être par ailleurs exacerbé par des réponses sécuritaires à des risques bien réels. Le CHGR de Rennes a réalisé deux enquêtes, l'une en août et septembre 2002 sur la gestion des situations de crise et de violence, l'autre concernant les appels à renfort en soirée et nuit au cours du premier semestre 2005.

Il apparaît que l'appel à renfort de manière quotidienne est un élément explicatif de ce sentiment d'insécurité. Outre son caractère répétitif (5 appels en moyenne par jour dans la première enquête citée), il touche toutes les catégories de soignants avec une prédominance d'intervention toutefois pour les infirmiers. Cet appel a un caractère imprévisible. Il désorganise le travail des agents (interruption des tâches, retard dans les soins à prodiguer) et est source de stress pour ces professionnels, les patients pour lesquels ils interviennent étant susceptibles de dangerosité (des patients hommes dans 74 % des cas, jeunes et majoritairement hospitalisés sous contrainte – 47 % en HDT et 18 % en HO).

Les données de la seconde enquête corroborent les résultats précédents : fréquence des interventions (116 nuits d'appels à renfort sur un total de 181, soit 64 %), concentration des appels en fin de soirée et début de nuit (71 % entre 18h30 et 23h30<sup>55</sup>), impact fort sur les équipes (en moyenne les interventions à 4 soignants sont les plus habituelles), nombre élevé d'infirmiers concernés sur la durée (870 soignants hommes ont été mobilisés au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2005).

Cette perception du danger est aussi vécue de manière aiguë par les personnels des urgences du CHRU de Rennes. Il s'agit d'un lieu où arrivent tous les patients dont l'hospitalisation n'est pas programmée. La qualité de l'accueil s'y pose d'autant plus que le nombre de passages est en forte progression<sup>56</sup>. Le phénomène de violences est considéré par les personnels comme allant en s'amplifiant : des bandes de jeunes peuvent envahir parfois les locaux. Le comportement des patients avec l'alcool voire avec les drogues aurait changé. Ils n'hésitent pas à se « défoncer » dans certaines circonstances (soirées du week-end, match de football, événements médiatisés comme les trans-musicales). Même s'il n'y a pas forcément de coups portés, les insultes comme les menaces proférées par ces patients à l'égard des personnels ne peuvent qu'engendrer ce sentiment d'insécurité.

- Ce sentiment d'insécurité peut être fortement réduit quand il existe un véritable management médical

Paradoxalement les prises en charge de patients dans des unités fermées (comme celle de Cadillac par exemple), alors que la dangerosité des patients y est avérée, induisent moins de difficultés pour les personnels que dans les autres unités d'accueil du CHS. L'impact de la violence des patients sur les personnels y est globalement limité. L'analyse des 231 fiches d'incidents indésirables recensés dans ces structures (UMD et UPID) montre que les cas de déclarations d'atteintes physiques (22) représentent seulement 9,5 % du total de celles recensées à Cadillac. Pour 17 de ces déclarations il n'y a pas d'arrêts de travail ; le sentiment d'insécurité des personnels n'y est pas du tout palpable comme il peut l'être dans les unités d'accueil du CHS.

---

Il ne s'agit pas bien sûr de prendre une UMD pour modèle d'organisation et de fonctionnement de toutes les unités d'hospitalisation psychiatrique. Cependant, des différentes visites réalisées par la mission, il ressort que les personnels ont une meilleure capacité à gérer les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés quand : les conditions d'admission et de sortie font l'objet de procédures claires et définies à l'avance, les objectifs de soins s'organisent dans le cadre d'une prise en charge cohérente, les moyens sont adaptés aux enjeux des prises en charge tant en nombre qu'en qualité, le travail d'équipe est favorisé par une vie institutionnelle riche (démarche qualité, réunions de réflexion sur des thèmes

<sup>55</sup> ¼ des appels à renfort se situe entre 19h30 et 20h30.

<sup>56</sup> Autour de 150 passages par jour sur le premier semestre 2005.

transversaux<sup>57</sup>, conseil de service, réunions sur la clinique entre les praticiens et les divers intervenants paramédicaux, réunions de synthèse consacrées à la démarche de soins après chaque admission...), le partage d'information est correctement organisé. De plus, l'expérience professionnelle, la qualité de la formation, la cohésion des équipes, représentent manifestement des atouts en faveur de la qualité des prises en charge qui permettent aux personnels de se sentir en sécurité.

### *2.1.1.3 Les professionnels de santé isolés sont dans une situation de grande vulnérabilité*

Les médecins libéraux, les professions paramédicales, intervenant au domicile des patients ou exerçant dans un cabinet, sont seuls. Il n'est pas rare qu'un patient se montre menaçant, soit du fait d'une pathologie mentale, soit pour obtenir du médecin une prescription que celui-ci lui refuse (arrêt de travail, produits toxiques exigés par un toxicomane...), soit pour éviter de payer l'acte réalisé. Les professionnels de santé ne doivent alors compter que sur eux-mêmes pour faire face à la situation. Souvent, ils cèdent à la demande du patient menaçant. Ils délivrent la prescription exigée et renoncent à leurs honoraires.

Ces problèmes surviennent plus souvent dans certains quartiers urbains défavorisés, mais aussi dans des zones rurales très isolées, la nuit. Les femmes, plus nombreuses aujourd'hui dans les professions médicales, redoutent plus particulièrement ces situations à risques.

Le retrait des professionnels de santé de certains quartiers sensibles (visites et soins à domicile, par exemple) est une manière pour eux de se préserver. Elle conduit à une désertification rampante de ces zones. Elle met en cause la permanence des soins<sup>58</sup>.

## *2.1.2 Les interventions très demandées des services de police et de gendarmerie*

Que la réalité du problème, donc des motifs invoqués pour justifier le sentiment général d'insécurité grandissant qui prévaut aujourd'hui dans les hôpitaux publics, puisse ou non être mise en doute, l'intervention des services de police et de gendarmerie est de plus en plus fréquemment sollicitée par ces établissements publics de santé.

Deux considérations au minimum motivent cette sollicitation :

- la première est liée au fait que l'hôpital n'est plus le lieu neutre auquel on accède pour se faire soigner ou pour visiter un patient, et seulement pour cela ; aujourd'hui, on pénètre également dans l'hôpital pour y commettre, dans les espaces ouverts au grand public comme les parkings, des dégradations, vols et agressions,

<sup>57</sup> Réunion sur les risques professionnels.

<sup>58</sup> Confer le rapport IGAS 2001.110 de Georges Costargent et Michel Vernerey déjà cité.

- la deuxième découle du comportement même du patient (ou de l'accompagnant quelquefois) qui, en l'absence de réponse rapide à sa demande, manifeste son mécontentement en recourant à l'injure, l'insulte, la menace ou la brutalité ; c'est notamment flagrant aujourd'hui dans les services des urgences ; sur ce point, la mission a relevé qu'il n'était pas rare que l'arrivée d'un blessé dans ce service soit suivie de celle d'une bande rivale décidée à en découdre sur place avec les compagnons de fortune du blessé.

Les services de police et de gendarmerie sont dans ce cas sollicités pour rétablir l'ordre, constater les dommages, en appréhender les auteurs et le cas échéant, proposer des poursuites pénales.

Mais la demande est également forte de solliciter ces services pour qu'ils sécurisent les abords de l'hôpital, notamment en effectuant des rondes, voire pour qu'ils effectuent celles-ci dans l'enceinte même de l'hôpital, lorsque celui-ci n'est pas clôturé.

Ce n'est cependant pas la vocation des services de police et de gendarmerie que d'opérer de la sorte, à titre préventif, à l'intérieur d'un bâtiment public, notamment de santé.

Il convient toutefois de relever, qu'à la suite des événements survenus au CHS de Pau en décembre 2004, des dispositions ont été localement prises, sur les instructions des ministres concernés, pour que ces services se coordonnent avec les établissements publics de santé afin d'assurer une meilleure sécurité pour les patients et ceux qui les accompagnent ou les visitent ainsi que pour les personnels qui y travaillent.

### ***2.1.3 La justice également confrontée à ce sentiment d'insécurité***

Avant la création en janvier 2005 d'une cellule spécialisée au ministère de la justice<sup>59</sup>, il n'y avait pas, à proprement parler, de suivi centralisé des questions concernant la sûreté des juridictions. Désormais, des correspondants sûreté ont déjà été désignés dans plus des deux tiers des juridictions, et des formations<sup>60</sup> dédiées à ce thème ont déjà eu lieu à l'automne 2005. De plus, le référentiel sûreté, destiné à être mis en ligne sur le site intranet consacré à cette question, est en cours d'élaboration.

Le recensement des incidents est effectué depuis mars 2005. La constitution d'une base de données nationale est en cours d'élaboration. Les incidents les plus graves, comme celui qui a eu lieu à Rouen le 2 septembre 2005<sup>61</sup>, font désormais l'objet d'une mise en place de dispositifs de soutien aux victimes.

Une première approche des difficultés rencontrées par les juridictions en termes d'incidents survenus au cours des cinq années<sup>62</sup> avait fait apparaître, sur l'ensemble des sites (avec cependant une part plus importante dans les tribunaux de grande instance et d'instance), une prédominance des altercations, outrages et menaces dans la moitié des cas et ensuite, à proportions pratiquement égales, des dégradations de toutes natures, des agressions physiques, des intrusions et des vols. Une enquête de contrôle réalisée sur l'ensemble des faits survenus entre le 11 et 12 décembre 2003 avait confirmé cette tendance.

<sup>59</sup> Cette cellule est implantée à la Direction des services judiciaires (DSJ).

<sup>60</sup> Il s'agit notamment du plan de formation des cadres, commun aux magistrats et fonctionnaires, organisé en septembre et de la formation à l'immobilier judiciaire qui s'est déroulée courant octobre 2005.

<sup>61</sup> Une greffière a été aspergée d'essence par une justiciable et grièvement blessée.

<sup>62</sup> Années antérieures à 2003.

Si la plupart des magistrats rencontrés estiment que dans l'ensemble, les justiciables sont nettement moins respectueux à l'égard de l'institution judiciaire, s'emportent verbalement plus facilement, ils relèvent que les situations dans lesquels ils se sentent en danger restent peu fréquentes.

Mais, ce sont les personnels de greffe et d'accueil qui sont plus facilement exposés à des manifestations d'irascibilité voire de violence et il existe des « pics de tension », à certaines périodes de l'année (au mois d'août) ou encore dans un certain contexte (en fin d'audience correctionnelle où l'on assiste à une inversion du rapport de forces)<sup>63</sup>.

Selon les magistrats rencontrés, les risques peuvent être souvent anticipés et évités, ne serait-ce que par professionnalisme.

Ainsi, la connaissance et la maîtrise du dossier permettent de prévenir le risque, par exemple, en réquisitionnant une escorte de police pour les cas difficiles devant le juge des enfants ou lorsque le délibéré d'une audience correctionnelle peut susciter des réactions violentes. Ce savoir-faire peut être renforcé par certaines pratiques, la vérification de l'existence d'autres dossiers en cours concernant un justiciable, de façon à détenir le plus d'éléments sur sa situation avant de lui accorder un aménagement de peine ou une permission de sortie.

Le nombre de personnes en présence joue aussi un rôle indéniable, c'est le cas de l'accompagnement par un infirmier des patients dangereux lors de leur audition par le juge des tutelles, de la présence d'éducateurs lors d'auditions difficiles devant le juge des enfants, de l'avocat lors de la consultation des dossiers d'assistance éducative par les justiciables au greffe. Les magistrats souhaitent un plus grand recours à la collégialité, pour éviter la personnalisation des décisions rendues et les protéger d'une mise en cause personnelle par les justiciables.

La proximité géographique de certains acteurs, comme celle de forces de police au palais de justice permet aux professionnels d'adopter une gestion prudente des risques. L'aménagement de l'espace, et la mise en place de certains dispositifs de sécurité, peuvent aussi avoir un effet rassurant pour les personnels et magistrats<sup>64</sup>.

## **2.2 Des institutions et des professionnels moins tolérants devant la violence et les incivilités, bien que le nombre de plaintes soit limité**

### **2.2.1 Les plaintes des professionnels et des institutions**

Les professionnels de santé, surtout en psychiatrie, ont toujours été confrontés à des comportements de violence. Selon eux, les patients paraissent aujourd'hui se montrer plus facilement menaçants, passent à l'acte plus souvent.

<sup>63</sup> L'absence de public et de forces de l'ordre en fin d'audience facilitent les manifestations de violence de prévenus souvent accompagnés d'éléments perturbateurs.

<sup>64</sup> Ainsi, l'installation de dispositifs d'alarme dans les bureaux des magistrats les plus exposés même si ceux-ci indiquent n'avoir pratiquement jamais eu à les utiliser.

Face à ces comportements de violence, l'attitude des professionnels change. Ce qui autrefois était toléré et considéré comme excusable du fait de l'état mental de la personne, ou du contexte dans lequel l'acte s'était produit, est jugé désormais inadmissible<sup>65</sup>. De plus en plus de policiers, de personnels soignants<sup>66</sup>, envisagent de porter plainte à la suite d'une agression.

Des éléments de contexte expliquent l'attitude des soignants : la progression des incivilités, une perméabilité plus grande des établissements aux entrées de personnes extérieures aux services, s'accompagnant parfois de signalements de trafic de cannabis ou de produits toxiques<sup>67</sup>, la pression des médias. Dès lors, les manifestations d'agressivité sont moins bien tolérées par les agents hospitaliers lorsqu'il s'agit en particulier de pathologies qualifiées de « limites » voire de difficultés médico-sociales.

Dans un certain nombre de cas, les directions n'hésitent pas à soutenir les agents afin que ces derniers portent plainte. Toutefois, le nombre de plaintes déposées par les soignants est encore marginal.

Le CHGR de Rennes a mis au point une procédure d'accompagnement des agents victimes de violences. Celle-ci comprend des fiches techniques avec des objectifs précis : conduite à tenir après une situation d'agressivité (rôle du cadre de santé, du médecin du travail, du chef de service), comportement en cas de violence avérée, éléments de prédictivité des situations de violence, déclarations des accidents de travail et accompagnement des agents pour le dépôt de plainte auprès des services de police.

Au CHU de Montpellier, on en décompte une dizaine par an, bien qu'elles soient encouragées par la direction du CHU. Selon une thèse rédigée dans le cadre des services somatiques du CHU, 20 % seulement des médecins victimes d'une agression porteraient plainte. La tendance serait la même pour les personnels infirmiers. Elle est confirmée par l'analyse des événements indésirables effectuées d'août à octobre 2005 par l'observatoire national des violences en milieu hospitalier.

Chargés de soigner, de guérir, **les soignants** vivent très souvent la violence qui s'exerce à leur égard comme un échec personnel de n'avoir pas su ou pu l'éviter. En devenant victimes, ils changent de statut, ce qui ne peut que les fragiliser. La mission a rencontré des agents qui culpabilisaient de n'avoir pas été "à la hauteur" ou qui, dépressifs, n'arrivaient plus à surmonter dans leur quotidien les événements passés.

Comme citoyens, cette violence les touche aussi à titre personnel. Souvent ils renoncent à porter plainte parce qu'ils craignent des représailles pour eux-mêmes ou leurs familles. Le fait qu'ils puissent au niveau de la main courante dans un poste de police, ou une brigade de gendarmerie, élire fictivement domicile à l'établissement s'il atténue en partie ce sentiment d'insécurité, ne les conduit pas à s'en dégager totalement. Cela explique sans doute en partie le faible taux de plaintes.

**Le ministère de la justice** ne possède pas de dispositif spécifique de recensement des plaintes des personnels victimes d'une agression dans l'exercice de leur fonction. Les rares magistrats, entendus par la mission, ayant été victimes de violences ont déclaré ne pas avoir envisagé de déposer une plainte<sup>68</sup>. Les propos recueillis par la mission permettent d'estimer que les passages à l'acte contre des magistrats restent peu fréquents.

**Les fonctionnaires de police, les militaires de la gendarmerie et les sapeurs-pompiers**, bien qu'étant confrontés plus fréquemment que les autres acteurs de la prise en charge des patients dangereux à la violence physique, souffrent de l'expression qu'elle revêt aujourd'hui dans la société. Cette violence est d'autant plus mal ressentie qu'elle survient dans l'exercice de leur mission au service de l'intérêt général.

<sup>65</sup> Il n'est pas anodin de constater, par exemple, qu'un tiers des fiches d'événements indésirables du CHS du Vinatier en 2004 portent la mention « agitation », alors qu'il s'agit d'une expression symptomatique.

<sup>66</sup> Aux HCL, dans 11 % des cas d'agressions physiques survenues en 2004, les soignants avaient l'intention de porter plainte.

<sup>67</sup> Constat au niveau du CHS de Privas.

<sup>68</sup> Un juge des enfants a indiqué à la mission avoir dû prendre des mesures de sécurité pour protéger sa famille à la suite de menaces de mort proférées par les parents d'un mineur. Il n'a pas porté plainte.



Ils font également état de leur inquiétude devant le développement des manifestations publiques des troubles du comportement. Dans ces situations, qui aujourd'hui se multiplient et qui les placent en première ligne dans la mesure où ils sont souvent les premiers à intervenir sur les lieux de la crise, ils ont un sentiment fort de solitude faute de disposer des moyens et compétences pour les gérer et de recevoir l'assistance qui sied dans les délais qui conviennent.

Quant aux services eux-mêmes, ils se plaignent de ce que lorsque les troubles mentaux manifestés publiquement nécessitent une contention et des soins immédiats, les équipes sanitaires en principe investies du soin de prendre leur relais ne le fassent pas dans un délai raisonnable, quand elles le font.

Ils imputent cette situation principalement à une mauvaise définition des responsabilités dans la chaîne de la prise en charge du patient dangereux au niveau de l'établissement du premier certificat médical et du transport de celui-ci.

### ***2.2.2 La politique pénale face à la violence à l'encontre de professionnels***

A la différence d'autres Etats d'Europe<sup>69</sup>, la France applique le principe d'opportunité des poursuites<sup>70</sup> qui permet aux procureurs de la République soit d'engager des poursuites soit de mettre en œuvre une procédure alternative<sup>71</sup> aux poursuites soit de classer sans suite<sup>72</sup> la procédure dès lors que les circonstances particulières liées à la commission des faits le justifient (article 40-1 du code de procédure pénale).

Si le ministre de la Justice peut donner aux procureurs des directives générales de politique pénale afin d'harmoniser la réponse au traitement de certains types de délinquance, il convient d'observer que de telles consignes n'ont jusqu'alors pas été formulées en ce qui concerne la violence à l'encontre des professionnels de santé. Dès lors, la réponse apportée par les parquets à la manifestation de cette délinquance n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national.

Il sera toutefois relevé que le code pénal prévoit désormais que la qualité de professionnel de santé de la victime<sup>73</sup>, constitue une circonstance aggravante pour les auteurs d'infractions d'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne.

La mission a observé, au cours de ses déplacements, des modalités différentes de gestion des plaintes déposées par des personnels soignants.

Si à Lyon ces plaintes sont traitées par le biais d'une alternative aux poursuites et donnent lieu à un rappel à la loi, par contre à Montpellier, elles font l'objet de poursuites systématiques en comparution immédiate. A Rennes, elles font également l'objet de poursuites systématiques devant le tribunal sans qu'un mode de comparution particulier ne soit, semble-t-il privilégié. Enfin à Privas, les « signalements » de soignants sont le plus souvent régulés en interne par le CHS Ste Marie.

<sup>69</sup> Par exemple, en Italie, les magistrats du parquet sont soumis au principe de légalité des poursuites qui leur impose de poursuivre toutes les infractions qui leur sont dénoncées.

<sup>70</sup> L'article 40 du code de procédure pénale dispose notamment que le procureur de la République reçoit les plaintes et dénonciations et apprécie la suite à leur donner.

<sup>71</sup> Le procureur de la République peut notamment procéder à un rappel à la loi, orienter l'auteur des faits vers une structure sanitaire sociale ou professionnelle, subordonner l'absence de poursuites à la réparation du dommage, ordonner une médiation entre l'auteur des faits et la victime ... (article 41-1 du CPP).

<sup>72</sup> Le taux de classement sans suite a fortement diminué puisqu'il est passé de 45,5 % en 1994 à 25,2 % en 2004.

<sup>73</sup> Loi 2003-239 du 18 mars 2003 sur la sécurité intérieure.

## 2.3 La prison, dernier asile des patients dangereux

Pour la Cour européenne des droits de l'homme, « *le traitement infligé à un malade mental [en détention] peut se trouver incompatible avec les normes imposées par l'article 3 de la CEDH s'agissant de la protection de la dignité humaine* ».

En juin 2000, la commission d'enquête du Sénat constate que, « *en raison d'une dérive psychiatrique et judiciaire, des milliers de détenus atteints de troubles psychiatriques errent sur le territoire national, ballottés entre les établissements pénitentiaires, leurs quartiers disciplinaires, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités pour malades difficiles (UMD), les unités fermés des hôpitaux psychiatriques...* ». En octobre 2001, un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGSJ souligne que « *la proportion de détenus psychotiques suivis a considérablement augmenté dans certains SMPR*<sup>74</sup> ».

En effet, selon une enquête<sup>75</sup> réalisée par la DREES (direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique) sur la prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, le taux de recours des détenus aux soins psychiatriques peut être estimé à 27 %, soit un taux près de 10 fois supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population générale et la proportion de nouveaux détenus ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération est 22 fois plus élevée qu'en population générale.

Selon la même source, sur 85 000 personnes entrées en détention en 2003, le bilan de repérage des troubles psychiques pratiqué lors de l'écrou, a donné lieu à la prescription d'une consultation psychiatrique sur cinq par le secteur de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et chaque SMPR a vu en moyenne 1 257 détenus. Au total, en 2003, plus d'un entrant en prison sur deux (54 %) a été appelé à voir un professionnel spécialisé en santé mentale, alcoologie ou toxicomanie.

Ce recours massif à la demande de soins s'explique par le nombre élevé de personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques ou du comportement. Dans le courant de l'année 2004, 1 921 personnes incarcérées ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office, 94 ont été admises en UMD et 1 756 ont été admises en SMPR.

L'insuffisance de données épidémiologiques nationales en ce domaine a conduit le ministère de la santé, en collaboration avec le ministère de la justice<sup>76</sup>, à ordonner, courant 2003, une enquête épidémiologique sur la santé des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français en trois phases :

- ❑ une première enquête dite transversale portait sur une cohorte de 1000 personnes détenues au sein de 23 établissements pénitentiaires pour connaître la prévalence des troubles mentaux qui a fait l'objet d'une présentation lors du colloque sur la santé mentale en décembre 2004,

<sup>74</sup> Rapport cité par la commission nationale consultative des droits de l'homme – Etude sur les droits de l'homme en prison – Propositions adoptées par l'assemblée plénière du 11 mars 2004.

<sup>75</sup> Etudes et résultats – n° 427 – septembre 2005 – Magali COLDEFY.

<sup>76</sup> Note d'information DSG/SD 6 C et DAP/PMJ 2 n° 2003-63 du 12 février 2003 et note d'information DSG/6C n° 2003-358 du 17 juillet 2003 portant sur le lancement d'une étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en France.

- ❑ une seconde enquête dite longitudinale, avec des suivis de 1 à 9 mois dans quatre établissements, portant sur un échantillon de 300 personnes *primo* incarcérées afin d'évaluer les facteurs de décompensation psychiatrique en prison,
- ❑ Une troisième enquête dite rétrospective (actuellement en cours) qui porte sur 60 détenus ayant été incarcérés depuis au moins 10 ans de manière continue afin d'étudier de manière qualitative l'impact de la détention sur la santé mentale des personnes détenues.

Les résultats de la première phase de cette enquête ont permis d'observer sur un premier échantillon de 799 participants hommes (450 détenus en maison d'arrêt, 249 en centre de détention et 100 en maison centrale) que :

- ❑ les  $\frac{3}{4}$  ont moins de 50 ans,
- ❑ 35,4 % ont eu avant l'incarcération un suivi pour motifs d'ordre psychiatrique,
- ❑ 8 sur 10 sont atteints d'au moins un trouble psychiatrique,
- ❑ 40 % présentent un risque suicidaire, risque élevé pour la moitié de ces 40 %,
- ❑ la majorité des participants atteints le sont pour plusieurs troubles mentaux.

L'enquête cite comme exemples de prévalence des troubles psychiatriques actuels :

- ❑ les syndromes dépressifs actuels : 39 % (43,3 % en maison d'arrêt),
- ❑ l'anxiété généralisée : 31,2 %,
- ❑ la névrose traumatique : 21 % (43 % en maison centrale),
- ❑ les troubles psychotiques : 24 % (55 % en maison centrale).

La même observation, réalisée sur une cohorte complète de 988 participants (799 hommes, 99 femmes et 100 hommes dans les DOM), confirme les tendances précédemment révélées au cours du déroulement de l'étude et tendent à avérer l'ampleur et l'aggravation du phénomène des troubles mentaux affectant les personnes détenues.

Sont cités comme exemples de prévalence de troubles psychiatriques actuels :

- ❑ syndromes dépressifs actuels : 38,1 %<sup>77</sup> (40, % hommes et 65 % femmes)<sup>78</sup>,
- ❑ anxiété généralisée : 30,2 % (32, 7 % hommes et 32, 5 % femmes),
- ❑ névrose traumatique : 19,1 % (19,1 % hommes et 61,6 % femmes),
- ❑ troubles psychotiques<sup>79</sup> : 21,4 % (21,4 % hommes et 42 % femmes).

Le cas des troubles schizophréniques, au sein des psychoses, est particulièrement préoccupant : leur prévalence en population générale est évaluée à environ 1 % ; elle est d'environ 8 % pour les personnes détenues, selon cette étude, dont la moitié des personnes détenues en maison centrale.

La seconde phase de l'enquête fait notamment apparaître qu'après un mois d'incarcération, 30 % des détenus ont consulté un psychiatre, un psychologue ou un infirmier de l'équipe psychologique et qu'après 9 mois d'incarcération, 45 % des détenus ont fait la même démarche, 26 % ont rencontré au moins une fois par mois un membre de l'équipe psychologique et 13 % ont participé à au moins une activité proposée par cette équipe.

Le nombre d'auto-agressions constitue également un indicateur pertinent des troubles psychologiques dont souffrent de nombreux détenus. Les données chiffrées qui suivent permettent d'observer, au cours des trois dernières années, une hausse des automutilations ainsi que des tentatives de suicide qui témoignent des troubles psychologiques dont souffre la population carcérale. Il convient de relever que les formations dispensées aux surveillants, l'attention particulière qu'ils portent à la prévention du suicide et leur professionnalisme a

<sup>77</sup> Données présentées en pondérant sur les poids relatifs des trois sous-populations étudiées (femmes détenues, hommes détenus en métropole, hommes détenus dans les DOM).

<sup>78</sup> En italiques : résultats redressés par pondération sur les poids actuels réels des incarcérations par type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention et maison centrale).

<sup>79</sup> Schizophrénie : 7,9 % (7,3 % hommes et 23,7 % femmes). Bouffée délirante aiguë : 0,3 % (0,1 % hommes et 0 % femmes). Schizophrénie dysthymique : 2,4 % (2,6 % hommes et 8,3 % femmes). Psychose chronique non schizophrénique (Paranoïa, PHC...) : 7,4 % (7,3 % hommes et 23,7 % femmes). Type de psychose non précisé : 5 % (4,1 % hommes et 6,7 % femmes).

sans doute favorisé la stagnation, voire la baisse du nombre des suicides au cours de la même période.

**Tableau N° 1 : Nombre d'auto-agressions de détenus entre 2003 et novembre 2005**

	2003	2004	Au 07/11/2005
<b>Suicides</b>	120	115	103
<b>Tentatives de suicides</b>	254	305	408
<b>Automutilations</b>	54	68	77

Sources : DAP – EMS 1 : pôle statistique

L'ensemble de ces éléments tend à confirmer les observations selon lesquelles on peut estimer qu'il existe un transfert de la prise en charge du secteur médical vers le secteur pénitentiaire. Cette situation pose la question de l'évaluation de la responsabilité pénale par les experts au regard de l'application des articles 122-1 et 122-2 du CP. D'une façon plus générale, sans remettre en cause la qualité des soins dispensés en détention, elle interpelle tant sur la vocation de l'administration pénitentiaire à prendre en charge des malades mentaux au regard de ses missions que sur l'impact de l'incarcération sur la pathologie de tels détenus. « *L'évolution tant de la psychiatrie que de la justice aboutit ainsi à un déplacement de l'hôpital vers la prison et à un nombre croissant de malades mentaux en détention* », alors même que selon le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ précité, « *la prison en soi, est un facteur d'aggravation des troubles mentaux*<sup>80</sup> ».

<sup>80</sup> Commission nationale consultative des droits de l'homme – Etude sur les droits de l'homme en prison – Propositions adoptées par l'assemblée plénière du 11 mars 2004.

### 3. LES FACTEURS DE RISQUE

#### 3.1 La défaillance des solidarités sociales et des dispositifs de prévention

##### 3.1.1 *Davantage d'individualisme et d'exclusion*

L'expression de la violence, sous toutes ses formes et en tous lieux, est le reflet de l'évolution de la société.

A l'instar d'autres pays industrialisés, la société française est devenue plus individualiste et matérialiste. Ses membres ont perdu le sens de l'appartenance à un groupe social dont la cohérence est conditionnée par l'attitude de chacun.

Aussi, les individus estiment que l'Etat a des comptes à leur rendre, ils rejettent l'idée d'avoir des devoirs à l'égard de la collectivité. Chacun revendique des droits à titre individuel, en oubliant que sa situation est dépendante de celle des autres ; chacun conteste les institutions représentatives de la puissance publique, l'Etat étant devenu, en quelque sorte un individu comme un autre.

Le souci impérieux de soi et l'oubli de l'autre entraînent une exigence forte d'absence totale de risque dans de nombreux domaines de la vie en société. Ils se doublent d'une perte de nombreux repères traditionnels : l'autorité parentale se délite, les incivilités deviennent courantes, les conduites addictives se banalisent, les actes de petite délinquance commis en réunion se multiplient.

L'expression de ces attitudes, leur addition deviennent pour la plupart des citoyens intolérables et suscitent un fort sentiment de rejet de toute forme d'anormalité. Elles conduisent, par exemple, à exclure l'idée qu'une personne atteinte de troubles mentaux soit soignée en ambulatoire car sa présence dans la cité dérange et constitue un risque. De même, elles entraînent le rejet de tout discernement dans les priorités des soins à dispenser aux malades qui se présentent aux services des urgences.

##### 3.1.2 *Un soutien aux familles insuffisant*

Les malades mentaux pris en charge aujourd'hui sont plus nombreux à l'extérieur de l'hôpital que dans les services d'hospitalisation. Bon nombre de ces malades vivent chez leurs parents, ou bien sont mariés, ont des enfants. Le mouvement consistant à réduire au minimum la part prise par l'hospitalisation dans la prise en charge d'un malade mental<sup>81</sup>, est allé de pair avec une implication des familles plus importante dans la gestion de la vie quotidienne du patient.

<sup>81</sup> Les durées de séjour sont passées de 86 à 45 jours entre 1989 et 2000.

Les familles sont souvent en grande difficulté. Elles ne comprennent pas toujours la maladie de leur proche. Elles redoutent d'avoir une responsabilité. Elles souffrent de voir un être qui leur est cher mener une existence si difficile, si douloureuse. Elles ne savent pas comment faire pour aider au mieux. Elles s'inquiètent de l'avenir, quand elles ne seront plus là pour continuer de soutenir leur proche. Elles sont fréquemment les premières victimes des comportements violents des patients<sup>82</sup>.

Le dispositif de soins demande beaucoup d'efforts à ces familles qui connaissent de si terribles difficultés, où les parents sont parfois âgés. Elles doivent vivre en permanence avec un proche aux réactions imprévisibles, aux comportements peu adaptés aux contraintes d'une vie sociale. Elles doivent s'occuper des questions matérielles d'une existence quotidienne. Elles doivent apporter leurs concours aux équipes médicales pour obtenir que leur proche accepte les soins nécessaires.

Soucieuse de la prise en charge du malade mental dans la cité, la sectorisation psychiatrique devrait, en toute logique, aller avec un soutien important apporté aux familles, afin de soulager leur souffrance et les aider à aider leur proche malade. Force est cependant de constater que ce soutien aux familles est bien défaillant. Les familles sont souvent laissées sans réponse face aux questions qu'elles se posent sur la maladie de leur proche, sur les moyens d'aider. Parfois même, peu de crédit est accordé à leurs paroles.

- Des progrès ont cependant été faits dans les relations nouées entre les familles et les équipes médicales.

La place des familles est aujourd'hui mieux reconnue, acceptée. Et les impératifs du soin sont sans doute mieux compris par les familles. Il faut aussi souligner le travail de réflexion et de proposition important organisé en France entre les associations représentant les familles et les patients (UNAFAM, FNAPSY), et les instances représentatives des institutions de santé (ADESM, FHF, Conférence des présidents de CME). Concrètement cependant, l'aide aux familles reste encore trop faible, en matière d'information, de formation, de lieux d'écoute. Cela contribue à rendre souvent défaillant l'accompagnement social du patient dans la cité, un accompagnement dont on peut dire, en partageant l'avis du président de l'UNAFAM, que l'absence peut être certainement facteur de violence<sup>83</sup>.

Face à un sentiment de forte solitude, l'UNAFAM a écrit un livre blanc sur les thèmes « *le soigné, la famille, les soignants, le secteur social* ». L'un des résultats de ce livre blanc a été la reconnaissance dans la loi du 11 février 2005 du handicap psychique. Pour fondamentale qu'elle soit, cette légitimation repose sur la seule idée de la solidarité nationale. Elle n'induit pas forcément des modes différents dans les relations entre les hôpitaux, les familles et les patients. Le plan « *psychiatrie et santé mentale* » doit cependant permettre des progrès certains dans ce domaine de l'aide aux familles et de l'accompagnement du malade dans la cité (voir annexe 12).

### 3.1.3 *Le défaut de liaison entre le sanitaire, le médico-social, et le social*

- Le secteur social est en difficulté pour faire face à la dangerosité des personnes qu'il prend en charge
- La réalité de la dangerosité dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et dans les foyers d'accueil en urgence

<sup>82</sup> Dans l'étude réalisée par Marie-Noëlle Clément sur 91 patients violents admis à l'unité médicale d'accueil du Vinatier sur 2 mois, dans 98,7 % des cas, les personnes ayant des antécédents de comportements violents avaient exercé leur violence à l'égard d'un membre de leur famille. (L'Institution psychiatrique et la violence. *Thèse Médecine Année 1996. Faculté de Médecine de Lyon. Université Claude Bernard Lyon 1*).

<sup>83</sup> Jean Canneva. *Le souci de sécurité en psychiatrie*. Editions D'Orbestier. 2005.

Les CHRS prennent en charge des personnes susceptibles de dangerosité. Elles peuvent être sous influence de produits toxiques, ou avoir des comportements proches de la délinquance, ou encore présenter des troubles psychotiques (schizophrènes non soignés par exemple).

Les principales causes du passage à l'acte sont liées à leur refus de quitter la structure, à leur angoisse de retourner à la rue, à leur impossibilité à accepter toute remarque et à supporter la moindre frustration, à l'inadaptation des solutions d'accompagnement de la personne, aux conditions matérielles de fonctionnement (charge de travail des travailleurs sociaux), à leur état physique (prises de drogue, état alcoolisé, prise de médicaments) ou encore à la lassitude des salariés de la structure d'hébergement face à des demandes continuellement réitérées.

- Des liens limités avec le secteur psychiatrique

Dans ces centres d'accueil sociaux, les enjeux de la prise en charge portent sur la satisfaction des besoins primaires des personnes hébergées (se nourrir, pouvoir dormir, se laver), tout en leur permettant une réinsertion sociale.

Face à des personnes présentant des troubles psychiatriques, les responsables de ces structures d'accueil se sentent démunis. Même quand les secteurs psychiatriques ont établi des relations étroites avec des CHRS, leurs interventions directes au niveau des structures sont très rares. Selon les responsables des CHRS rencontrés par la mission, l'hospitalisation des personnes hébergées, quand elle s'avère nécessaire, est souvent décevante : la durée d'hospitalisation à l'hôpital est faible, et le relais avec le secteur psychiatrique ne s'organise pas dans de bonnes conditions quand ils doivent reprendre le patient.

- Des solutions peuvent être trouvées qui limitent les défauts de liaison entre le sanitaire et le social, mais elles sont exceptionnelles (l'exemple de l'équipe de liaison du réseau de santé du Sud Yvelines)

Le réseau de santé mentale du Sud Yvelines couvre environ la moitié du département. Afin de développer les liens entre les secteurs de psychiatrie, le médico-social et le social, une équipe mobile de liaison a été mise en place<sup>84</sup>. Cette équipe intervient auprès des institutions et services sociaux et médico-sociaux, à leur demande, pour leur apporter ses conseils sur les situations auxquels ils sont confrontés avec des personnes présentant des troubles mentaux. L'équipe mobile peut ainsi les éclairer sur les solutions susceptibles d'être apportées par la psychiatrie, et les mettre en relation avec les secteurs psychiatriques pour que se développent les collaborations nécessaires. Progressivement, la demande a évolué vers des formations permettant aux professionnels du social de trouver eux-mêmes les réponses aux difficultés qu'ils rencontrent.

---

<sup>84</sup> Cette équipe est composée de 2 psychiatres à mi-temps, et de 2 infirmières à mi-temps.

### 3.1.4 *La difficile évaluation du danger, et l'orientation incertaine de la prise en charge du patient*

#### 3.1.4.1 *L'évaluation du danger, entre nécessité et déconvenues*

Pour prévenir le danger, il faut commencer par l'évaluer. De nombreux outils<sup>85</sup> existent pour, à partir du recueil de données objectives concernant une personne, parvenir à prédire un risque certain. De nombreux pays<sup>86</sup> développent l'usage de tels outils d'évaluation de la dangerosité, et se servent des résultats obtenus pour décider des mesures à prendre à l'encontre des délinquants dangereux, présentant ou non des troubles mentaux. Ces mesures peuvent aller de dispositions de sûreté entraînant la mise à l'écart plus ou moins durable de l'intéressé dans des centres fermés<sup>87</sup>, à la réorientation d'un suivi ou d'une prise en charge, voire à l'interruption de toutes actions.

L'idée que le détenu, une fois purgée sa peine, a « réglé ses comptes avec la société » est de moins en moins admise, quand il apparaît qu'une fois remis en liberté certains individus répéteront à coup sûr les actes criminels pour lesquels ils ont déjà été sanctionnés. Le risque n'est sans doute pas très grand. Les récidives ne sont pas si nombreuses. Mais, le contact avec certains criminels peut parfois faire craindre des drames à venir dès qu'ils seront à nouveau libres. L'appréciation de ce risque est donc d'abord empirique, et quelques cas particulièrement marquants suffisent à le considérer inadmissible, même s'ils sont rares.

Prédire une récidive certaine ne saurait reposer sur des intuitions. Disposer d'outils d'évaluation du risque, fiables, est un impératif, car ce serait un autre drame que de priver de sa liberté une personne, non pas pour ce qu'elle a fait, mais pour ce qu'elle pourrait faire, selon des hypothèses discutables.

Ce projet de prédiction des comportements, dont on veut estimer le degré de certitude des survenues, conduit à tenter généralement de combiner entre elles des informations sur la biographie des personnes, leur situation sociale et familiale, les caractéristiques de leur personnalité. Cependant, une existence humaine ne saurait être le simple déroulé d'un déterminisme absolu. Prédire un destin, quelles que soient les méthodes « scientifiques » utilisées, laisse un doute résiduel. Toute la question est alors de savoir si ce doute doit condamner ou libérer, de savoir si le drame d'une victime putative est plus intolérable que celui d'un responsable potentiel. Prédire la dangerosité d'une personne ouvre un débat, impossible à trancher définitivement à bon droit, sur la plus grande « pitié » à exercer à l'égard de l'une ou l'autre de ces deux figures virtuelles.

<sup>85</sup> Les outils de mesure de la dangerosité mériteraient une étude approfondie conduite par des experts. Voir en annexe l'exemple de l'outil d'évaluation utilisé à Lausanne.

<sup>86</sup> Le Canada, l'Allemagne, la Suisse... (confer annexe 9).

<sup>87</sup> Confer les propositions de la commission « *santé-justice* », ou les dispositions constitutionnelles nouvelles adoptées en Suisse.



Chercher à apprécier un risque est cependant une démarche légitime, obéissant à un souci de protection compréhensible. Dans l'exercice de son métier, tout soignant en psychiatrie tente d'évaluer les possibilités de passage à l'acte de son patient, à partir de son examen clinique, pour adapter sa prise en charge. L'expertise médicale, demandée par la justice avant de prendre ses décisions, est une autre situation où une dangerosité s'apprécie. Dans tous ces cas, le recours à des outils permettant d'objectiver, autant que faire se peut, les risques peut sans doute contribuer à leur plus juste détection, utile à la définition de dispositions protectrices. Œuvrer à la recherche de tels outils est certainement à encourager.

Sil est peu probable de parvenir un jour à une certitude de prédiction, une évaluation de la dangerosité toujours plus fiable peut servir à définir des précautions, et des actions sociales et/ou médicales adaptées, capables d'aller avec une liberté de la personne dont le degré pourrait se trouver fixé en fonction de l'importance des doutes qui lui profitent.

### 3.1.4.2 *Les expertises judiciaires, une situation préoccupante*

Parce qu'elle a vocation à éclairer la décision du juge, l'expertise est une étape centrale du processus judiciaire. Elle est présente en matière civile comme en matière pénale et à toutes les phases de la procédure<sup>88</sup>. Mais elle revêt une importance toute particulière en matière psychiatrique puisque de son contenu peut résulter un abandon des poursuites en cas d'irresponsabilité pénale de l'auteur, une hospitalisation d'office d'un malade mental dangereux pour lui-même ou pour autrui. Avant jugement, elle permet aux magistrats de déterminer le degré de responsabilité de l'auteur d'une infraction. Après le prononcé d'une sanction et en cours d'exécution de peine, elle est imposée, dans certaines circonstances, par la loi pour apprécier la dangerosité et les risques de récidive.

Aujourd'hui, la situation de l'expertise psychiatrique apparaît, dans certaines régions, fortement préoccupante<sup>89</sup>. Face à une demande croissante, la démographie des experts psychiatres ne permet plus de répondre aux besoins de la plupart des juridictions. Le renouvellement des experts n'est plus assuré ; la qualité des expertises baisse et les délais de dépôt des rapports s'allongent. Enfin, la confrontation des points de vue entre experts devient de plus en plus rare. Cette situation place la France dans une position délicate notamment par rapport à la CEDH<sup>90</sup>.

#### - *Un recours à l'expertise judiciaire de plus en plus fréquent*

Cantonné au pré-sentenciel et à la commission des infractions les plus graves, le recours obligatoire à l'expertise judiciaire a été étendu à partir de 1994 au post sentenciel et à d'autres infractions.

Ainsi, notamment, la loi du 1<sup>er</sup> février 1994 qui institue une peine incompressible de trente ans pour les auteurs de viols ou de meurtres sur mineurs a imposé au juge de l'application des peines qui envisage d'accorder une mesure d'individualisation de la peine d'ordonner préalablement à sa décision une expertise psychiatrique.

<sup>88</sup> Notamment en matière pénale puisqu'un expert peut être commis à la phase de l'enquête, de l'instruction, du jugement ou de l'exécution des peines.

<sup>89</sup> Il existe à cet égard d'importantes disparités territoriales. Ainsi les juridictions parisiennes et du midi de la France sont particulièrement bien dotées en experts psychiatres et ne connaissent pas de pénurie alors que le quart Nord de la France est le plus délaissé.

<sup>90</sup> Au regard des conditions posées par l'article 6 de la CEDH sur le procès équitable : la désignation d'un expert unique, l'absence de droit à contre-expertise contreviendraient à l'exigence du contradictoire, la longueur des expertises à celle du délai raisonnable.

De même, la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles subordonne le prononcé d'une mesure de suivi socio-judiciaire à une expertise préalable « *afin de vérifier que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement* ».

Postérieurement à la décision de condamnation, le juge de l'application des peines ne peut, au titre de l'article 763-3 du code de procédure pénale, prononcer une injonction de soins sans expertise préalable. Enfin, ce magistrat peut à tout moment du suivi socio-judiciaire, ordonner d'office, ou sur réquisitions du procureur de la République, les expertises nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée et celle-ci ne pourra prétendre au relèvement de la mesure de suivi socio-judiciaire sans expertise préalable.

- *Un vivier d'experts psychiatres de plus en plus faible*

Avec 13 313 psychiatres praticiens et une densité de professionnels de santé exerçant en psychiatrie de 199 pour 100 000 habitants, la France est l'un des pays d'Europe les mieux dotés. Pour autant, les experts dans cette spécialité sont de moins en moins nombreux. Ce phénomène trouve plusieurs explications :

- une répartition géographique très inégale : les densités régionales de psychiatres, tous exercices confondus, accusent un fort clivage nord-sud,
- un délaissement du secteur public moins rémunérateur : il existe un fort déséquilibre dans la répartition des psychiatres entre les secteurs d'exercice public et privé. Ainsi sur les 13 313 psychiatres praticiens, seul un petit tiers exercerait en milieu hospitalier<sup>91</sup> et ils ne seraient que 558 à être inscrits en qualité d'experts sur une liste de cour d'appel<sup>92</sup>.

Les propos recueillis par la mission au cours de ses déplacements permettent d'observer que les juridictions visitées se trouvent pratiquement toutes confrontées à une pénurie d'experts psychiatres. Selon l'un des magistrats rencontrés, « *choisir un expert serait devenu un luxe pour le juge désormais contraint de désigner non pas l'expert le plus compétent mais le plus disponible* »<sup>93</sup>.

- *Des conditions matérielles de réalisation des expertises parfois insatisfaisantes*

Les experts psychiatres soulignent la médiocrité des conditions de réalisation de leur mission notamment en détention (accueil mitigé et climat de suspicion, absence de confort et de confidentialité des locaux<sup>94</sup>, crainte quant à leur sécurité physique, rigidité des horaires, indisponibilité parfois imprévisible des détenus). L'ensemble de ces circonstances ne leur permettraient pas d'établir une relation de confiance propice au bon déroulement de leur mission.

<sup>91</sup> 20 % de postes de psychiatres seraient vacants à l'hôpital.

<sup>92</sup> A défaut d'autres sources, ce nombre résulte d'un comptage opéré par la mission auprès des cours d'appel. Il diffère sensiblement de celui de 7 à 800 indiqué par la commission santé-justice. Cet écart pourrait s'expliquer, en partie, par un défaut d'actualisation des listes, un double comptage des experts en psychiatrie adulte et en pédo-psychiatrie et l'intégration dans les chiffres des psychiatres commis, mais non inscrits sur la liste des experts de la cour d'appel.

<sup>93</sup> Ainsi, au TGI de Montpellier, le faible nombre d'experts inscrits conduirait les magistrats à désigner toujours les mêmes [voire le même] experts ; à Rennes, les experts le plus souvent commis se compteraient « *sur les doigts d'une main* ».

<sup>94</sup> Certains experts rencontrent les détenus dans les locaux de l'UCSA ou du SMPR, d'autres au parloir des avocats, d'autres, plus rares, dans des cellules d'entretien au sein de la détention.

- *Une rémunération trop modique*

Tarifée uniformément par l'article R.117 du code de procédure pénale à 205,80 €<sup>95</sup>, la rémunération de l'expertise psychiatrique est estimée insuffisante par les professionnels qui évoquent la complexité de certaines missions, le risque de voir leur responsabilité engagée ou celui d'être mis en cause publiquement, notamment lorsqu'ils doivent se prononcer sur la crédibilité des accusations portées par des mineurs ou donner leur avis sur la dangerosité future d'un délinquant. Ils ajoutent que le prix payé ne tient pas compte du temps important qu'ils consacrent aux auditions, aux audiences et en différents déplacements.

Si par comparaison à d'autres Etats<sup>96</sup>, la rémunération des expertises en matière pénale apparaît peu élevée en France, il convient d'observer qu'elle est incluse dans les frais de justice imputés directement sur le budget de fonctionnement des juridictions. Envisager de l'augmenter pour la rendre plus attractive reviendrait toutefois, en période de forte contrainte budgétaire, à accentuer le coût déjà inflationniste et très lourd des frais de justice au détriment d'autres dépenses.

- *Des expertises de moindre qualité*

Selon les propos recueillis, l'insuffisance du vivier d'experts psychiatres contraindrait les magistrats à désigner toujours les mêmes professionnels, le plus souvent médecins hospitaliers<sup>97</sup>. Surchargés et d'un âge qui s'accroît faute de renouvellement<sup>98</sup>, ceux qui collaborent régulièrement à l'activité juridictionnelle dans le cadre de la garde à vue, de l'instruction ou de l'audience, n'auraient plus un contact suffisant avec le terrain pour se tenir informés des évolutions techniques et manqueraient de recul nécessaire à une évaluation éclairée. De plus, certaines expertises sont sommaires, par exemple, les enquêtes qualifiées par les professionnels de « flash »<sup>99</sup>, requises le plus souvent par le ministère public lors des gardes à vue, dont le contenu ne permet pas une évaluation convenable de l'état mental du mis en cause.

- *L'émergence d'une doctrine dominante critiquée par les professionnels de justice et de santé*

Selon les professionnels rencontrés, l'insuffisante confrontation des points de vue entre experts, liée à leur faible nombre, et pour certains à leur éloignement de la pratique, a favorisé, depuis une dizaine d'années, l'émergence d'une position expertale dominante, consistant à déclarer responsable la plus grande majorité des délinquants atteints de maladie mentale, en invoquant le sens pédagogique des poursuites pénales et de la peine. Aussi, les cas d'irresponsabilité totale seraient devenus résiduels.

<sup>95</sup>Correspondant à CNPSY 6 (34,30 € fois 6) par référence aux tarifs conventionnels d'honoraires fixés par l'article L.162-15-2 du code de la sécurité sociale (222,95 € en matière d'infractions sexuelles et 171,50 € pour une expertise médico-psychologique réalisée par un médecin). En matière civile, les expertises et enquêtes sont taxées par les magistrats, elles seraient payées à hauteur de 800 € au tribunal de grande instance de Paris.

<sup>96</sup> Le prix d'une expertise psychiatrique est en moyenne de l'ordre de 2 000 FS en Confédération Hévélitique.

<sup>97</sup> 70 % des experts judiciaires en psychiatrie sont médecins des hôpitaux.

<sup>98</sup> La psychiatrie est l'une des spécialités où l'âge moyen des médecins en exercice est l'un des plus élevés puisqu'il est de 49,8 ans et que près de 30 % des psychiatres ont plus de 55 ans - Rapport psychiatrie et santé mentale 2005-2008 - page 22.

<sup>99</sup> Un petit nombre de psychiatres s'est spécialisé dans ces enquêtes, notamment à Paris et dans les tribunaux de la périphérie. Le corps médical les surnommerait les « serial experts ». Ces enquêtes sont notamment ordonnées concernant les auteurs d'infractions sexuelles pour lesquelles une expertise est obligatoire.

Par ailleurs, perçus comme dangereux par les jurys des cours d'assises, ces délinquants, quoique malades, seraient sanctionnés plus sévèrement sans qu'il soit tenu compte de leur état<sup>100</sup>. Enfin, leur comportement particulièrement perturbateur en prison les exposerait, plus souvent que d'autres détenus, à des sanctions disciplinaires.

La réforme de l'article 64 du code pénal<sup>101</sup>, mise en application en 1994, en introduisant dans l'article 122-1 § 2 du code pénal la notion de responsabilité atténuée<sup>102</sup> a sans doute participé à l'évolution de la position des experts. Mais, l'analyse de cette éventuelle tendance mériterait d'être approfondie. En effet, au regard des seules données chiffrées disponibles, si l'on observe, entre 1990 et 2004, une baisse de moitié (424 contre 203) du nombre de décisions de non-lieu prononcée par les juges d'instruction pour irresponsabilité pénale, en revanche, les décisions de relaxe (toutes juridictions confondues) pour irresponsabilité pénale ont augmenté de 25 % entre 2001 et 2004 (passant de 3 186 à 4 000).

Quant au nombre des classements sans suite opérés par les parquets pour des motifs liés à l'irresponsabilité ou à l'altération des facultés mentales de l'auteur, il a augmenté<sup>103</sup> de façon régulière (15,60 %) entre 1998 et 2004.

La « pénalisation » des malades mentaux, semble donc intervenir davantage à la phase de l'instruction qu'à celle des poursuites et du jugement. Il convient de relever que lors de cette phase le recours à l'expertise psychiatrique, notamment en matière criminelle, étant systématique, les conditions actuelles dans lesquelles celle-ci est réalisée participent nécessairement à la présence d'une forte proportion de malades mentaux en détention.

L'évolution prévisible de la démographie médicale, la diminution depuis 15 ans du nombre de médecins admis à s'inscrire dans la filière psychiatrique<sup>104</sup>, une sollicitation de plus en plus fréquente de la psychiatrie sont autant de facteurs cumulés qui devraient conduire, dans les années à venir, à une impasse si des mesures ne sont pas rapidement envisagées.

### 3.1.4.3 *Un dispositif d'orientation des détenus à valoriser*

Le centre national d'orientation (CNO) installé au centre pénitentiaire de Fresnes participe à la détection, au diagnostic et au choix de la prise en charge médicale des condamnés atteints de troubles mentaux<sup>105</sup>. En dépit de la qualité de sa prestation technique, le CNO rencontre des difficultés qui entravent son fonctionnement :

<sup>100</sup> Aucun élément objectif ne confirme cette position qui n'est pas unanime. Par ailleurs, il convient de préciser que les dispositions de l'article 122-1 du CP ne prévoient pas de cause légale de diminution de la peine.

<sup>101</sup> Loi n°92-683 du 22.7.1992, créant le nouveau code pénal (Livre I) dont l'entrée en vigueur est intervenue le 1<sup>er</sup> mars 1994.

<sup>102</sup> Aux termes de l'art 122-1 du CP « *n'est pas pénalement responsable la personne qui est atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

<sup>103</sup> Il est passé de 7 331 en 1998 à 10 209 en 2004 - Source : Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG).

<sup>104</sup> Diminution de 37 % depuis 1990. Source rapport DGS sur démographie médicale juin 2001, in rapport santé mentale 2005-2008.

<sup>105</sup> Confer en annexe 13, la description des missions et du fonctionnement du CNO.

- une pénurie chronique de psychiatres<sup>106</sup> d'autant plus regrettable que les détenus évoluent dans un contexte favorable à une démarche de soins,
- un manque d'adhésion d'un certain nombre de condamnés à la démarche de soins pourtant posée par les médecins comme un préalable à la prise en charge,
- une absence de synergie entre l'éducatif et le soin, voire entre les différentes équipes médicales<sup>107</sup>, liée le plus souvent à un déficit de communication qui s'avère encore plus manifeste lorsque le détenu a rejoint l'établissement d'affectation. Ainsi, le statut imprécis du dossier d'observation, dont aucun texte ne clarifie le niveau de confidentialité, a pour effet de ne permettre l'accès au dossier qu'à un petit nombre de professionnels des établissements d'affectation<sup>108</sup>. De plus, l'équipe du CNO ne serait pas toujours informée des spécificités du régime de fonctionnement des établissements d'affectation et des dispositifs d'insertion existants. Plus généralement, alors qu'il doit de plus en plus, du fait de l'évolution du profil psychiatrique des détenus, travailler avec les SMPR et les hôpitaux dans le cadre d'hospitalisations volontaires ou d'office, ses liens avec les établissements pour peine ainsi qu'avec les services centraux, chargés de définir les politiques de prises en charge des détenus, semblent peu développés et manquer de dynamisme,
- une rareté et une précarité des dispositifs d'insertion à disposition des détenus, pointés par les surveillants et les travailleurs sociaux comme des obstacles sérieux à la construction d'un projet d'exécution solide, inscrit dans le temps et qui donnerait du sens à la peine,
- des délais d'attente<sup>109</sup> à l'entrée et à la sortie du dispositif qui réduisent grandement l'efficacité du diagnostic et de l'orientation proposée et qui ne cessent de croître compte tenu de l'augmentation du nombre des condamnés<sup>110</sup>, de l'allongement de la durée des peines<sup>111</sup> et de la surpopulation pénale<sup>112</sup> que connaissent la majorité des établissements pénitentiaires. Cette situation, dénoncée par les professionnels rencontrés, alimente un climat de tension propice aux décompensations de détenus fragiles et elle tend à réduire à néant la dynamique enclenchée au cours de leur passage au CNO. Ainsi, selon l'un d'eux, durant sa période d'observation, le détenu serait comme « *placé dans le vide* », confiné, sans travail, sans activités et sans lien avec sa famille. Ces délais d'attente et leurs conséquences pourraient expliquer les éventuelles réticences de la population pénale à bénéficier des prestations du CNO,

<sup>106</sup> Le CNO compte 3 psychiatres vacataires.

<sup>107</sup> Le dossier d'observation du détenu n'est pas transmis au médecin du SMPR qui n'est destinataire que de signalements pour les détenus nécessitant des soins.

<sup>108</sup> Personnels d'encadrement de la détention, travailleurs sociaux, directeurs.

<sup>109</sup> Ces délais sont de plusieurs mois entre la constitution du dossier et la décision d'orientation. Après la décision d'orientation portée à la connaissance du condamné dans un délai moyen de quatre mois, son affectation ne deviendra effective qu'à l'issue d'une période allant de 3 à 20 mois.

<sup>110</sup> Au 1.10.2001, il y avait en métropole 28 923 condamnés pour 14 819 prévenus ; au 1.10.2005, les condamnés sont au nombre de 34 924 pour 19 395 prévenus soit + 20,75 % de condamnés.

<sup>111</sup> Entre le 1.10.2001 et le 1.10.2005 les condamnés à une peine criminelle de 10 à 20 ans ont légèrement baissé ainsi que ceux condamnés à une peine perpétuelle. En revanche le nombre de condamnés à une peine criminelle de 20 à 30 ans est passé de 873 à 1 399 soit + 60,25 %. Toutes les peines correctionnelles, quel que soit leur quantum ont augmenté.

<sup>112</sup> Au 01/04/2004, le nombre de places de détention en établissements pour peine est de 16 856 pour 39 856 condamnés (tous types de peines).

- Enfin le fonctionnement actuel du CNO, centré sur l'observation en vue d'une affectation, rend exceptionnel les seconds passages aux périodes charnières de l'incarcération<sup>113</sup> ou en fin de peine. Il ne permet donc pas de proposer aux magistrats de l'exécution des peines des bilans réguliers, particulièrement utiles aux détenus souffrant d'une pathologie mentale évolutive. Le centre n'est pas davantage dédié à apporter une expertise et un soutien aux équipes chargées, au sein des établissements pénitentiaires, de l'élaboration du parcours individualisé dans le cadre du projet d'exécution de peine (PEP).

### ***3.1.5 Le défaut de prise en compte de la dangerosité des patients lors de leur hospitalisation sous contrainte***

Les dispositions de l'article L.3213-1 du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation d'office ont un caractère impératif. Mais, dans la pratique, ce caractère n'est pas véritablement pris en considération par les acteurs de terrain.

L'exigence prégnante de mettre un terme rapide aux situations de plus en plus nombreuses de la manifestation publique de ces troubles suscite un intérêt particulier pour la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, plus simple à mettre en œuvre que celle concernant l'hospitalisation d'office.

Cette orientation, très exceptionnellement corrigée ultérieurement faute de moyens suffisants à la disposition des médecins psychiatres et des DDASS, prive le représentant de l'Etat de l'exercice plein et entier de sa responsabilité en la matière. Elle conduit à accorder des sorties d'essai à des personnes hospitalisées sur demande d'un tiers dont pourtant les troubles mentaux compromettaient à l'origine la sûreté des personnes ou portaient atteinte, de façon grave, à l'ordre public, ceci en dehors de la connaissance du représentant de l'Etat.

Cette situation est d'autant plus préjudiciable que la gestion des sorties d'essai est parfois prioritairement commandée par le manque de place lié à la réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie.

De plus, certaines sorties accompagnées de personnes hospitalisées d'office sont effectuées, contrairement aux prescriptions du code de la santé publique, avant l'expiration du délai dont dispose le représentant de l'Etat pour s'opposer à leur exécution.

Enfin, le régime des sorties d'essai, dans son contenu même, prend insuffisamment en compte les préoccupations liées à la dangerosité du patient. En cas de rupture de soins, aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre en dehors des murs de l'hôpital.

Par exemple, les médecins n'alertent pas systématiquement, ni immédiatement l'autorité administrative quand un patient ne suit plus son traitement ou ne se présente plus aux rendez-vous médicaux, et il arrive même que les décisions d'hospitalisation soient purement et simplement levées en cas de fugue.

---

<sup>113</sup> Ces seconds passages représentent 3 % de l'activité annuelle du centre. Ils interviennent principalement lorsque est envisagée une libération conditionnelle d'un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité ayant vu sa peine commuée en peine à temps.

## 3.2 La défaillance des réponses institutionnelles

### 3.2.1 Des institutions en situation de “surchauffe”

#### 3.2.1.1 Des hôpitaux en sur-activité

- Des services d’urgence et d’hospitalisation psychiatrique sous pression

Entre 2000 et 2003, le nombre de passages dans les services d’urgences a augmenté de 13 %<sup>114</sup>.

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique<sup>115</sup>. Les secteurs de psychiatrie générale ont suivi en 2000<sup>116</sup>, 1 150 000 patients (1387 en moyenne par secteur) soit 62 % de plus qu’en 1989<sup>117</sup>. Le taux de recours est ainsi passé de 17 patients pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 1989 à 21 pour 1 000 en 1995 et à 26 pour 1 000 en 2000. Le nombre de patients vus pour la première fois connaît une hausse très forte. De 293 399 en 1989, il atteint 494 676 en 2000.

Cette croissance est essentiellement expliquée par le développement des soins ambulatoires. Cependant, la pression sur les unités d’admission des établissements de santé s’avère très forte pour plusieurs raisons :

- la croissance des files actives (+ 62 % en 10 ans, de 1989 à 2000),
- l’augmentation des mesures d’hospitalisation sous contrainte<sup>118</sup> (ces hospitalisations ont presque doublé en 15 ans ; elles représentent aujourd’hui 13,1% des hospitalisations en psychiatrie – 11 % en 1992),
- l’évolution des pathologies prises en charge, et la paupérisation de certains quartiers<sup>119</sup> qui contribue à l’émergence de « *pathologies psychosociales* ». Ces troubles de la marginalité, mal pris en charge par les structures sociales, pèsent sur l’activité des secteurs de psychiatrie. Ces personnes se retrouvent aux urgences en état de crise (en dix ans, au CHS de Cadillac, le nombre de patients diagnostiqués avec des troubles de la personnalité a été multiplié par 2,5 ; la consommation d’alcool ou de produits stupéfiants posent de redoutables difficultés aux équipes soignantes, particulièrement chez les psychotiques)

<sup>114</sup> Statistiques SAE du ministère de la santé.

<sup>115</sup> La majorité (56 %) des secteurs est rattachée à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-CHS), 36 % à un établissement public de santé non spécialisé (CH ou CHR) et 8 % à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public.

<sup>116</sup> Pas de données nationales sur les files actives au-delà de 2000.

<sup>117</sup> Source : DREES mars 2004.

<sup>118</sup> Confer le rapport IGAS/IGSJ de mai 2005 sur la réforme de la loi du 27 juin 1990.

<sup>119</sup> Par exemple, dans les noyaux urbains de la vallée du Rhône.

- la rotation accélérée des hospitalisations due à une forte diminution (presque de moitié) des durées de séjour (86 jours en 1989, 45 jours en 2000). Le nombre des journées d'hospitalisation dans les établissements sous dotation globale a diminué de 5 % environ entre 2000 et 2004, poursuivant la tendance constatée depuis 10 ans. Mais il s'agit là d'un médiocre indicateur de la charge réelle de travail beaucoup plus affectée par le nombre sans cesse plus élevé de malades à traiter<sup>120</sup>.
- Des conséquences négatives pour le fonctionnement des unités d'hospitalisation, avec en particulier des sorties de patients jugées prématurées

La situation de l'hospitalisation à temps complet reste problématique dans certains établissements psychiatriques. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein a fortement diminué passant par exemple de 84 000 en 1987 à 43 000 en 2000<sup>121</sup> alors que les patients hospitalisés accueillis continuaient à être plus nombreux (ce constat est cependant à nuancer dans la mesure où bon nombre de ces lits fermés n'étaient pas installés ou n'étaient pas occupés). Ces diminutions de lits ont servi dans bien des cas à développer des alternatives à l'hospitalisation nécessaires.

Dans la dernière période, cette diminution des capacités des unités d'admissions a sans doute été encore plus forte dans certains cas comme en témoigne le tableau ci-dessous pour les sites visités par la mission.

**Tableau N° 2 : Evolution des lits dans les établissements hospitaliers visités par la mission.**

Capacités/EPS spécialisés	1990	2004	Evolution
Cadillac	506	140	-74 %
Vinatier	1 505	772	-39 %
Privas	950	406 dont 127 en hospitalisation complète	-60 %
Rennes	1 446	1 201	-17 %
Montpellier La Colombière	800	602	-24,8 %

Les conséquences pour les prises en charge sont multiples. Les unités d'accueil sont moins nombreuses avec des capacités réduites. Par exemple, au Vinatier, chaque secteur dispose seulement de deux unités d'hospitalisation contre quatre il y a quinze ans. Au total, en France, 38 % des secteurs ont entre 1 et 49 lits (chiffres de la DGS dans le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008).

Les taux d'occupation sont partout en forte hausse. Pour le Vinatier, ces taux sont passés de 70 à 89 % en quinze ans. A Cadillac, le taux d'occupation moyen dans les unités sectorisées ou intersectorielles atteignait 99,4 % en 2004 avec des pointes pour certains services d'accueil de 111 %. A Privas, les taux d'occupation des services d'hospitalisation se situent à 85 % en 2004 alors qu'ils n'étaient que de 69 % en 1990. Pour le CHGR de Rennes dont la diminution du nombre de lits d'hospitalisation a été moindre qu'ailleurs, l'évolution des taux d'occupation est relative (85 % en 1990 et 88 % en 2004, mais pour certaines unités ces taux peuvent atteindre 94 %). A Montpellier, les marges de manœuvre sont très réduites désormais ; les taux d'occupation sont proches de 96 % en 2004.

<sup>120</sup> Entre 2000 et 2003, France entière, le nombre des journées d'hospitalisation a diminué de 3,7 %. Mais, dans le même temps, les taux d'occupation sont passés de 85 % à 88 %, les consultations ont augmenté de 40 %, les files actives ont augmenté de 5,8 % (statistiques SAE du ministère de la santé).

<sup>121</sup> Source : mission en santé mentale (MSN).



Partout également les durées moyennes de séjour sont en forte baisse sur le moyen terme sachant qu'on assiste à une remontée des durées moyennes de séjour (DMS) depuis deux ans liée à l'absence de solutions en aval pour accueillir des personnes relevant du secteur médico-social.

Des DMS inférieures à 30 jours en moyenne dans certaines unités d'hospitalisations ne sont plus rares (25 jours à Rennes, 30,4 jours au Vinatier alors que dans deux secteurs de ce dernier établissement ces DMS sont inférieures à 20 jours).

Les capacités des établissements sont ainsi utilisées au maximum de leur potentialité, voire totalement saturées la plus grande partie de l'année. L'étude effectuée par le département d'information médicale (DIM) de Cadillac est à cet égard significative. En 2004, les lits d'admission sectorisés sont tous occupés 344 jours par an. La plupart du temps (94 %), il n'est pas possible de répondre au besoin d'hospitalisation exprimé par les six secteurs de cet établissement. Plus inquiétant encore est le mode d'utilisation des chambres d'isolement. Pendant près d'un tiers de l'année, ces chambres sont toutes utilisées comme appoint au nombre de lits disponibles. Dans un certain nombre de cas, l'établissement a même recours à des lits supplémentaires<sup>122</sup>.

Dans un contexte de multiplication des situations de violence, la question des conditions de sécurité offertes aux patients et aux soignants est ainsi posée : lits d'accueil insuffisants, absence de chambres d'isolement disponibles, impossibilité d'isoler dans les unités d'hospitalisation des patients qui le nécessiteraient. Les personnels sont alors confrontés à une triple réalité :

- la plupart des patients présents dans une unité d'hospitalisation se trouvent dans une phase aiguë de leur maladie avec des troubles du comportement auxquels ils doivent faire face,
- la diminution des unités d'hospitalisation par secteur entraîne des mélanges de pathologies plus importants qu'autrefois, augmentant les risques de cohabitation difficile entre les malades,
- l'organisation de l'hôpital plus ouverte sur l'extérieur a conduit à la disparition des unités de soins fermées. L'hospitalisation ne joue plus vraiment le rôle de contention qui était le sien, pourtant utile dans le traitement de certaines pathologies avec par ailleurs des risques majeurs d'intrusion.

D'où la tentation de faire sortir de manière prématurée les patients. Au CHS de Cadillac, le ratio du nombre d'admissions sur le nombre de patients hospitalisés est en nette augmentation depuis trois ans. Il est ainsi passé de 1,54 en 2002, à 1,6 en 2003 et à 1,75 en 2004.

- Des moyens budgétaires globalement en faible progression dans le secteur de la psychiatrie, mais un ratio infirmier/malades en diminution<sup>123</sup>.

Au niveau du ministère de la santé, la connaissance<sup>124</sup> de l'évolution des moyens budgétaires des structures publiques et privées en charge du traitement des maladies mentales n'est qu'approchée<sup>125</sup>. Elle est en revanche plus précise concernant l'évolution des comptes des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie<sup>126</sup>. De 1994 à 2004, le total des dépenses

<sup>122</sup> En 2004, pendant 14 jours il y a eu ainsi plus de 2 lits par rapport à la capacité théorique des unités d'admission.

<sup>123</sup> Confer annexe 21.

<sup>124</sup> L'association des établissements des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM) a réalisé une enquête auprès de tous les établissements psychiatriques publics et PSPH. Sur la base des budgets primitifs (BP) 2004, les dépenses autorisées pour leur fonctionnement seraient de 5 282 800 000 €. Si on y ajoute les crédits alloués aux hôpitaux gérant des secteurs de santé mentale (2 259 000 000 €), le total de l'enveloppe publique et PSPH avoisinerait les 7 541 800 000 €. Si on compare les chiffres de l'ADESM de 2004 pour les ex CHS publics avec ceux des comptes de gestion 2002 publiés par le trésor public (4 427 470 000 €) le différentiel positif pour les services de psychiatrie concernés n'est que de 1,6 %. Les données retenues dans l'enquête de l'ADESM sont celles des BP et non celles effectivement arrêtées par les ARH. Tout porterait à croire, dès lors, au vu de cette enquête, que les moyens attribués à la psychiatrie publique et privée sont au mieux en 2004 au niveau de ce qu'ils étaient en 2002. Les auteurs de cette enquête concluent d'ailleurs que les besoins financiers se situeraient autour d'1 Md d'€

<sup>125</sup> Sinon, cela voudrait dire que le système d'information permet de mesurer l'évolution de la structure des coûts pour l'ensemble des structures publiques et privées (ex CHS, services psychiatriques des Centres hospitaliers généraux, des CHU, des PSPH et des établissements privés à but lucratif).

<sup>126</sup> Confer annexe 21 « Evolution des comptes des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ».

progressive de 24,4 %. La part des personnels, autour de 81 %<sup>127</sup> de l'ensemble des coûts, évolue de manière identique (24,3 %) avec toutefois deux périodes bien distinctes, de 1994 à 2001 une hausse moyenne annuelle de 1,6 % avec parfois des régressions comme en 1997, et de 2001 à 2004 avec une croissance moyenne annuelle de 3,8 %. La dernière période d'évolution correspond à la mise en œuvre de l'ARTT dont l'impact en termes de coût se fait sentir essentiellement sur 2002 et 2003.

Toutefois, les augmentations de dépenses de personnel, pour relatives qu'elles soient, n'induisent pas, sauf dans la dernière période, de créations nettes d'emploi qui, d'ailleurs, même dans cette hypothèse, n'augmentent pas le potentiel réel de travail des établissements (confer analyse de la situation dans un CHS du sud-ouest). Ces augmentations s'expliquent par plusieurs facteurs<sup>128</sup> dont celui, important, de l'impact des protocoles signés entre les organisations syndicales et le ministère au cours des dernières années. (Confer annexe 21).

Selon une étude de la DREES d'octobre 2004, qui porte sur la période allant de 1989 à 2000, le nombre d'équivalents temps plein en personnel médical est relativement stable alors que celui des personnels non médicaux a diminué de 8 % malgré la croissance très forte des files actives<sup>129</sup> (+ 62 %), mais avec une diminution également de 8 % du nombre total des actes ambulatoires et des journées de prise en charge.

Au sein du personnel non médical, ce sont les emplois d'infirmiers<sup>130</sup>, de cadres supérieurs de santé et d'agents des services hospitaliers qui auraient le plus diminué<sup>131</sup>. A l'inverse les aides soignants auraient vu leur nombre sensiblement progresser<sup>132</sup>.

La situation actuelle fragilise le fonctionnement des établissements publics. Dans le compte-rendu du comité de pilotage sur la mise en œuvre du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)<sup>133</sup>, ses membres<sup>134</sup> « *se déclarent inquiets de la baisse en euros constants des budgets consacrés à la psychiatrie rapportés à la population desservie et aux augmentations d'activité ...* »

Paradoxalement, alors que 85 % des patients sont traités en ambulatoire, les moyens humains restent concentrés encore en intra hospitalier (de l'ordre de 70 %), d'où les difficultés rencontrées à maintenir un niveau d'actes ambulatoires spécifiques comme les visites à domicile par exemple ou les entretiens avec les patients.

<sup>127</sup> Calcul pour 2004.

<sup>128</sup> Ces facteurs autres que les créations d'emploi sont multiples. Ils portent sur les mesures générales d'augmentation du point d'indice pour l'année en cours et la répercussion en année pleine des mesures de l'année précédente, sur l'effet des mesures catégorielles (revalorisation des grilles, reclassement), sur les déroulements de carrière, sur les effets de structure intégrant l'évolution des différents poids de catégories professionnelles, sur l'évolution des qualifications mais aussi sur les politiques de transfert d'emplois...

<sup>129</sup> Selon cette même étude parue dans études et résultats n° 342, dans chaque secteur de psychiatrie générale une équipe médicale totalise 6,2 ETP dont 3,5 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,9 interne.

<sup>130</sup> Le nombre d'IDE en ETP est ainsi passé de 34 165 en 1997 à 32 984 ETP en 2003 (-3,3 %), sachant que chaque agent travaille en moyenne 20 jours de moins au minimum en 2003 par rapport à 2000, compte tenu de la mise en œuvre de l'ARTT.

<sup>131</sup> Il faudrait sans doute comparer ici l'évolution des contrats d'entretien des locaux passés par les établissements pour voir qu'il y a eu transfert vers le secteur privé de ces fonctions d'entretien.

<sup>132</sup> La diminution du nombre d'infirmiers et la progression de celui des aides soignants peut s'expliquer par une modification des prises en charge au sein des établissements publics de santé : la réalisation de maisons d'accueil spécialisées (MAS) demandant par exemple beaucoup plus d'aides soignants que d'infirmières.

<sup>133</sup> Du 12 septembre 2005.

<sup>134</sup> Qui comprennent des représentants de l'ADESM, mais aussi des différentes conférences (ARH, CME...).

### 3.2.1.2 Des prisons surpeuplées

D'une façon générale, la question récurrente de la densité de la population carcérale se pose dans de nombreux Etats<sup>135</sup>.

En Europe, la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires est dépassée dans de nombreux Etats membres<sup>136</sup>. Si, parmi les membres du conseil de l'Europe, la densité carcérale variait au 1<sup>er</sup> septembre 2003, de 54,5 % au minimum à 159,5 % au maximum, elle se situait en France, dans la moyenne de ses voisins immédiats : 101,9 % en Allemagne, 107,4% en Belgique 114,1 % en Espagne, 118,2 % en France, 134,2 % en Italie, 153,2 % en Grèce<sup>137</sup>.

En France, la population carcérale est, à l'exception des prévenus<sup>138</sup>, en hausse constante depuis quinze ans. Elle est, en effet, passée de 45 420 au 1<sup>er</sup> janvier 1990 à 59 197 détenus (condamnés et prévenus) au 1<sup>er</sup> janvier 2005 soit une hausse de l'ordre de 30 %. Cette croissance est le reflet de la hausse de l'activité judiciaire et essentiellement du nombre des condamnations prononcées. En effet, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le nombre de détenus condamnés a, à lui seul, augmenté de 58,5 % (24 631 contre 39 041).

Quant à la structure de la population carcérale des condamnés par quantum de peine, du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 1<sup>er</sup> janvier 2005, son évolution démontre que ce sont les condamnés à de courtes peines (moins d'un an) et à de longues peines (5 ans et plus) qui ont le plus augmenté.

**Tableau N°3 : répartition de la population carcérale en fonction de la durée de la peine**

Année	Moins d'un an	1 à moins de 3 ans	3 ans à moins de 5 ans	5 ans et plus
1 <sup>er</sup> janvier 1999	6992	5913	3084	8642
1 <sup>er</sup> janvier 2005	11 504	8929	4569	14 039
	+ <b>64,5 %</b>	+ <b>51%</b>	+ <b>48 %</b>	+ <b>62 %</b>

Source / DAP-PMJ 1

A la date du 1<sup>er</sup> octobre 2005, la capacité globale opérationnelle des établissements pénitentiaires était de 51 144 places<sup>139</sup>.

<sup>135</sup> A titre d'exemple le taux d'incarcération, était, en 2003 de 601,14/100 000 habitants en Fédération de Russie. En 2005, il atteignait 726/100 000 habitants aux Etats-Unis, contre 337 en Lettonie, 145 au Royaume-Uni, 127 au Pays-Bas, 97 en Allemagne et 94,9 en France. (Sources : *L'Etat du monde, édition 2005, site des administrations pénitentiaires étrangères – Conseil de l'Europe*).

<sup>136</sup> Du fait du manque de places, aux Pays-Bas, en 2003, plus de 4 800 personnes ont bénéficié d'une libération anticipée et plus de 4 200 ont été relâchées avec obligation de revenir dans les trois mois pour purger leur peine.

<sup>137</sup> Sources : Conseil de l'Europe, SPACE 1 (statistique pénale annuelle du conseil de l'Europe) Marcelo F. Aebi (Université de Séville et Université de Lausanne).

<sup>138</sup> La part des détenus prévenus (20 580 au 1<sup>er</sup> janvier 1990) représentait 45,3 % de personnes incarcérées, au 1<sup>er</sup> janvier 2005, avec 20 134 prévenus incarcérés, elle n'était plus que de 34 %. A noter qu'elle avait chuté à 33,2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

<sup>139</sup> 48 105 places en métropole et 3039 pour l'Outre-Mer, soit 32 491 en maison d'arrêt et CSL (centres de semi-liberté) non autonomes, 638 en CSL autonomes, 164 en CPA (centre pénitentiaire aménagé), 15 721 en centre de détention, et 2 130 en maison centrale.

A la même date, la population carcérale s'élevait à 57 163 personnes détenues<sup>140</sup>, soit un taux global d'occupation (tous types d'établissements confondus) de 111,8 %. Au 1<sup>er</sup> novembre 2005, avec 58 082 détenus, le taux d'occupation globale était passé à 113,5 % pour une capacité opérationnelle de 51 195 places et il atteignait 126,7 % en quartier maison d'arrêt<sup>141</sup>. Il convient de relever que de janvier 2002 à novembre de cette année, la population pénale est passée de 48 594 à 58 082 détenus et qu'elle a même atteint le sommet de 63 652 détenus en juillet 2004. Rapporté au nombre de places opérationnelles, le taux d'occupation a, sur la même période, augmenté de 12,3 %.

Il convient d'ajouter que ce sont surtout certains quartiers ou établissements qui se caractérisent par une densité plus importante, puisque, au 1<sup>er</sup> octobre 2005, 6 d'entre eux avaient une densité supérieure à 200 %<sup>142</sup>, 43 une densité comprise entre 150 et 200 % et 70 entre 100 et 150 %.

De fait, ce sont essentiellement les maisons d'arrêts qui sont concernées par le phénomène de surpopulation carcérale puisqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2005, seulement 40 d'entre elles avaient une densité inférieure à 100 %<sup>143</sup>.

Les visites effectuées sur site par la mission confirment ces données chiffrées. De plus, lors de ces déplacements, la mission a pu observer d'importantes variations du taux d'occupation selon la taille et la situation géographique des maisons d'arrêt visitées (Confer annexe 14).

En termes de flux, le nombre d'entrées de détenus est passé de 68 765 pour l'année 2000 à 84 710 au titre de l'année 2004<sup>1</sup> soit une augmentation de 23,9 %. Les entrées en prison en 2004 se sont réparties ainsi que suit :

**Tableau N° 4 : répartition des entrées en prison en 2004**

<b>Entrées en prison</b>		84 710	100 %	
<b>Condamnés</b>		26 115	<b>30,8 %</b>	
<b>Prévenus</b>		58 595	<b>69,2 %</b>	100
	<i>Suite à une comparution immédiate</i>	28 512		48,7 %
	<i>Suite à une procédure</i>	30 083		51,3 %

*Sources : les chiffres clés de la Justice 2005 – DAGE – SDSSED*

Conjugué à la durée moyenne de détention qui tend à décroître (8,7 mois courant 2000, tous types d'établissements confondus et toutes détentions confondues<sup>1</sup>, contre 8,4 mois pour l'année 2004), ce phénomène n'est pas de nature à faciliter la prise en charge des détenus.

Quant aux ratios détenus/personnel de surveillance, à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2005, il s'établissait ainsi que suit :

<sup>140</sup> Source DAP/PMJ 1/cellule statistique.

<sup>141</sup> Il était alors de 75,4 % en CLS autonomes, 67,7 % en quartier centre pénitentiaire aménagé, 81,2 % en quartier maison centrale, 95,3 % en quartier centre de détention.

<sup>142</sup> Par exemples, les maisons d'arrêt de Béziers-Montluc : 223 %, du Puy : 211 %, de La Roche sur Yon : 207 %, de Lyon (St Paul et St Joseph) : 202 %.

<sup>143</sup> Notamment Mont de Marsan, Pau, Aurillac, Ajaccio, Versailles.

**Tableau N° 5 : répartition des détenus et des personnels de détention entre les types d'établissements**

Types d'établissement	Nombre de personnes détenues	Nombre de surveillants	Ratios
Maison d'arrêt et CSL non autonomes	29 973	9 990	3,00
CSL autonomes	385	95	4,05
MC (hors CP) (St Martin Re-Poissy-St Maur-Ensisheim)	1 065	760	1,40
CD (hors CP)	9 361	3 065	3,05
Centres pénitentiaires	15 781	4 572	3,45

Source : DAP

Ces données chiffrées permettent de relever que le nombre de surveillants par détenus n'appelle, en soi, pas d'observations particulières étant précisé que le nombre d'emplois budgétaires dans l'administration pénitentiaire a, parallèlement à la hausse de la population pénale, augmenté de 38,73 % de 1990 à 2004<sup>1</sup>.

Les difficultés rencontrées par les personnels de surveillance pour encadrer, dans certaines circonstances, les détenus tiennent essentiellement à l'importance des flux de population carcérale dans les maisons d'arrêt, particulièrement des détenus prévenus, et à l'évolution sociologique de celle-ci.

Afin de mieux assurer la sécurité pénitentiaire tant interne qu'externe, un état-major de la sécurité a été mis en place au niveau de l'administration centrale et des équipes régionales d'interventions et de sécurité (ERIS)<sup>144</sup> ont été créées en février 2003. Placées sous l'autorité du directeur régional, elles sont appelées à intervenir ponctuellement pour renforcer, maintenir ou rétablir l'ordre dans les établissements pénitentiaires. Les surveillants pénitentiaires des ERIS ont reçu une formation particulière, pour rétablir l'ordre dans les établissements, maîtriser les réactions en cas de crise mais aussi appréhender les origines du stress et les techniques de « debriefing » et apporter une expertise aux chefs d'établissements.

Si cette initiative est de nature à calmer les tensions et à rétablir l'ordre dans les établissements notamment en cas de mutinerie, elle ne vise pas à apporter un renfort dans la gestion quotidienne des incidents.

### 3.2.1.3 La Justice de plus en plus sollicitée

Plusieurs magistrats rencontrés par la mission, parmi ceux exerçant leurs fonctions au parquet, à l'instance et à l'application des peines, ont fait état d'une surcharge de travail qui ne leur permettrait plus d'exercer leurs fonctions dans des conditions convenables. Dans l'ensemble, les effectifs ont augmenté au cours des quinze dernières années<sup>145</sup> dans une proportion qui, *a priori*, peut paraître plus importante que la croissance des données d'activité chiffrées<sup>146</sup>. Toutefois, les éléments recueillis permettent d'estimer que l'activité des magistrats concernés s'est

<sup>144</sup> Au total 210 agents pénitentiaires issus du corps des surveillants. Chaque ERIS est constituée d'une vingtaine d'agents encadrés par des personnels pénitentiaires gradés.

<sup>145</sup> Ils sont respectivement passés de 5 573 en 1990 à 6 388 en 2003 pour atteindre 7 014 en 2005 (décrets de localisation des emplois des 29 mars 1990, 2 septembre 2003 et circulaire du 30 avril 2005).

<sup>146</sup> Les statistiques relatives à l'activité des juridictions sont régulièrement publiées (Données locales et annuaire statistique du Ministère de la Justice).

effectivement accrue. Cette tendance s'explique notamment par la multiplication des réformes législatives, surtout en matière pénale, un périmètre d'intervention de la justice qui s'est étendu, l'augmentation de certains contentieux civils et une demande de plus en plus prégnante de justice de la part des citoyens.

➤ Les fonctions de magistrats du parquet ont fortement évolué

Au delà de l'augmentation des affaires nouvelles qui leur sont transmises<sup>147</sup>, les magistrats du parquet ont connu un bouleversement de leurs conditions de travail lié à leur implication, à partir de 1990, dans les politiques publiques, souvent chronophages, et à l'avènement de nouveaux modes de gestion des procédures tels que ceux alternatifs aux poursuites (troisième voie) et au traitement en temps réel.

Ces facteurs ont contribué à augmenter fortement le taux de réponse pénale. Désormais, la grande majorité des infractions font l'objet de poursuites<sup>148</sup> et dans le cas contraire, une procédure alternative précède fréquemment leur classement. Il convient d'ajouter que le traitement des affaires pénales en temps réel requiert une réactivité et une disponibilité particulières des magistrats.

➤ Les juges d'instance doivent faire face à une importante augmentation des mesures concernant les majeurs protégés<sup>149</sup>

Le nombre des affaires nouvelles relatives au droit des personnes, et particulièrement des majeurs protégés, a pratiquement doublé en 15 ans.

De l'ordre de 10 à 18 % de l'ensemble des procédures nouvelles enregistrées en 1990 dans les tribunaux de Lyon, Montpellier et Rennes et de 38,7 % de celles enregistrées à Privas, elles ont atteint, respectivement, 23 % à Lyon, 28 % à Montpellier, 43 % à Rennes et plus de 50,5 % à Privas<sup>150</sup> s'explique par la présence de nombreux malades mentaux dus à l'implantation d'un hôpital psychiatrique. Il conforte les observations formées par le juge des tutelles de cette juridiction sur sa surcharge de travail.

➤ Les juges de l'application des peines sont soumis à de fortes contraintes

Ils ont subi une augmentation de leur charge de travail du fait des réformes législatives successives<sup>151</sup>, notamment de celle relative à la juridictionnalisation de l'application des peines. L'augmentation du nombre de mesures, l'insuffisance des effectifs de personnels de greffe<sup>152</sup> et

<sup>147</sup> Entre 1990 et 2003, dans les parquets des juridictions visitées l'enregistrement des affaires nouvelles a augmenté respectivement de 12,5 % à Lyon, 47,4 % à Montpellier, 37,9 % à Privas et 54,9 % à Rennes.

<sup>148</sup> En 2003, la proportion des affaires poursuivies a été respectivement 64,4 % à Montpellier, 63,2 % à Privas, 58,3 % à Lyon et 66,9 % à Rennes. Parmi l'ensemble des classements sans suite, le taux des procédures alternatives aux poursuites oscille entre 30 et 50 %.

<sup>149</sup> Cf annexe 22 sur les juges des tutelles

<sup>150</sup> Les procédures nouvelles sont passées de 297 en 1990 à 591 en 2003 pour atteindre 602 en 2004.

<sup>151</sup> Loi du 15 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire, loi du 15 juin 2000 et du 4 mars 2002 renforçant la présomption d'innocence et les droits des victimes; loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

<sup>152</sup> Rapport de M. G Carrez rapporteur général à l'Assemblée nationale, au nom de la Commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de finances 2006 - 9 novembre 2005.

des SPIP<sup>153</sup>, et parfois des magistrats, ainsi que les délais souvent trop longs de mise à exécution des sanctions<sup>154</sup>, sont autant de facteurs qui limitent l'efficacité de leur action.

Ainsi en 2003, les juges de l'application des peines ont rendu 280 000 décisions en matière d'exécution des peines et ont suivi, en collaboration avec les SPIP, quelques 170 000 personnes, dont plus de 100 000 dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, soit un ratio national annuel de 680 condamnés par juge<sup>155</sup> et d'une centaine de dossiers par conseiller d'insertion et de probation.

Cette situation est préjudiciable à l'ensemble des condamnés et plus particulièrement, à ceux souffrant d'une pathologie mentale qui ne peuvent bénéficier d'un suivi aussi régulier et attentif que ne le justifie leur état.

#### *3.2.1.4 Des services de police et de gendarmerie tirés à hue et à dia*

Selon les interlocuteurs rencontrés, les services de police et de gendarmerie s'estiment de plus en plus souvent sollicités pour jouer un rôle de régulateur social et assister des institutions paraissant être en perte d'autorité.

En outre, les interventions d'urgence de leur part sur les lieux de la manifestation publique de troubles mentaux sont aujourd'hui fréquentes.

En effet, 65 % en moyenne des hospitalisations d'office prononcées sont précédées de mesures provisoires du maire. De même, 30 % des hospitalisations sur demande d'un tiers sont décidées selon la procédure d'urgence.

Cette évolution est problématique pour les services de police et de gendarmerie, de même que pour les services d'incendie et de secours.

Ces services sont en général les premiers présents sur les lieux de la crise. Leur intervention peut se dérouler rapidement. Mais, il arrive fréquemment que les troubles mentaux manifestés nécessitent une contention et des soins immédiats en milieu hospitalier. Les dits services se trouvent alors souvent mobilisés pour une durée anormale. Des durées d'immobilisation supérieures à 2 heures sont fréquentes.

Cet état de fait est imputable à une définition insuffisante des responsabilités dans la prise en charge du patient.

La conséquence est que le transport du patient est la plupart du temps effectué par les sapeurs-pompier, les policiers ou les gendarmes alors qu'il ne leur revient pas d'y pourvoir. Au demeurant et en agissant de la sorte, ils prennent des risques pour le malade transporté dans un véhicule inapproprié mais aussi pour les personnels affectés à ce transport.

<sup>153</sup> Cette situation est relevée dans le rapport de la Cour des Comptes «Garde et réinsertion – la gestion des prisons » - 10 janvier 2006.

<sup>154</sup> Dans son rapport, présenté à la commission des lois le 15.6.2005, sur la mise en application de la loi n° 2004-204 du 9.3.2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, M. JL Warsmann, député, souligne l'inadaptation des moyens en matière d'exécution des peines et demande l'adoption d'un plan d'urgence.

<sup>155</sup> Chiffres émanant de l'ANJAP (association des juges de l'application des peines) et visés dans le rapport Warsmann précité.

Les forces de police et de gendarmerie sont parfois sollicitées pour escorter l'ambulance, voire pour monter à bord de celle-ci afin d'assurer la sécurité de l'équipage et du patient.

Par ailleurs et en ce qui concerne l'hospitalisation du détenu, il faut distinguer deux situations, toutes deux sources, à des titres divers, de difficultés pour les services de police et de gendarmerie.

En effet, lorsque cette hospitalisation a lieu pour que le détenu reçoive des soins somatiques, il revient à la police nationale d'assurer sa garde. L'exécution de cette mission met alors sous tension la gestion des effectifs dont l'autorité policière dispose. Au point qu'il arrive, comme la mission a pu le constater au cours de ses déplacements, que le préfet décide de ne pas l'assumer au risque que le détenu s'échappe de l'hôpital.

Cette tension est quelquefois même aggravée par le refus du chef du service concerné de l'hôpital que le détenu soit installé dans la chambre spécialement sécurisée pour accueillir cette catégorie de patients, mais créée dans un autre service, imposant alors à l'autorité policière de mobiliser plus de moyens pour remplir sa mission.

Le code de procédure pénale exclut en matière psychiatrique l'application des dispositions applicables à la garde en matière somatique. Toutefois, l'article L.3214-5 du code de la santé publique prévoit que les modalités de transfert, d'escorte et de garde, doivent être fixées par décret en Conseil d'Etat. Or à la date de rédaction du présent rapport, ce décret n'est toujours pas paru. L'absence de cette réglementation complique la mission des différents professionnels et incite les détenus à simuler des troubles mentaux pour être hospitalisés dans des conditions qui leur donnent une chance de s'évader<sup>156</sup>.

Il convient, enfin, de souligner que la question de la sécurisation périmétrique des futures UHSA n'est pas encore réglée.

### ***3.2.2 Des conditions d'accueil et de prise en charge en défaut***

#### *3.2.2.1 L'inadaptation des locaux en psychiatrie est en partie liée à l'histoire*

Certains hôpitaux psychiatriques sont de type pavillonnaire (CHS de Cadillac, CHGR de Rennes, CHS du Vinatier à Lyon). Ils correspondent à une conception de l'hôpital village des années 1960-1970.

D'autres, comme le CHS Sainte-Marie de Privas, un des plus anciens de France, construit à flanc de montagne, sont des sites asilaires restaurés par des restructurations successives sans que l'on puisse affirmer qu'ils correspondent aux besoins des patients.

---

<sup>156</sup> En 2004, sur 1 921 HO, il y a eu 44 évasions en cours d'hospitalisation, 179 lors d'une permission de sortie ou d'un aménagement de peine et 19 évasions sous garde policière lors d'une extraction judiciaire ou médicale. Données DAP septembre 2005. Voir annexe 17 sur l'hospitalisation des détenus.



Dans le cas de Sainte-Marie, l'emprise du site était prévue à l'origine pour 1 500 patients. Aujourd'hui, le CHS de Privas accueille certains jours moins de 400 patients. Selon les enquêtes effectuées « un jour donné » par les services médicaux de l'assurance-maladie, un tiers de ces patients ne devrait pas y séjourner (inadéquation de l'hospitalisation). Il est probable que le site une fois modernisé ne devrait pas prendre en charge plus de 250 patients par jour.

➤ Cette inadaptation induit des coûts dont la justification mérite d'être posée

Outre le fait que les structures d'hospitalisation sont inadaptées aux conditions actuelles de prise en charge (bâtiments éloignés des centres urbains), leur vétusté a pour conséquence de médiocres conditions d'hôtellerie et des difficultés de fonctionnement thérapeutique. Ainsi, la nécessité de périodes de contention pour certains malades entraîne-t-elle le plus souvent la fermeture du service pour tous, faute d'une architecture modulaire, permettant d'isoler une aile ou un étage.

Par ailleurs, la question de l'entretien de certains locaux se pose, car les dépenses d'investissement et d'entretien peuvent grever les comptes durablement (Confer l'exemple du CHGR de Rennes en annexe 20).

➤ La nature des locaux a des effets sur les comportements

- Le patient voit dans la dégradation des lieux où il est hospitalisé la représentation de sa propre déchéance, de son abandon par les autres, de son statut d'être à part.

Cette représentation dévalorisée de lui-même, à l'image des lieux qui l'accueillent, peut, chez un patient déstabilisé émotionnellement par son hospitalisation, prendre une part dans le processus d'émergence de sa violence. Dans le service des urgences du CHRU de Montpellier visité par la mission, le chef de service remarque que depuis la rénovation de la salle d'attente, on ne constate plus de détérioration des locaux par les patients et leurs familles, et il souligne que la tension générale, toujours présente dans cette phase d'attente aux urgences, est moins élevée désormais.

- L'impossibilité de disposer d'un espace d'intimité suffisant peut entretenir l'agressivité d'un patient hospitalisé.

Un hébergement dans des conditions de promiscuité trop grande multiplie les occasions d'affrontement entre les hospitalisés, ou entre les soignants et les malades. Le même constat peut-être fait dans les centres pénitentiaires.

Dans une unité d'hospitalisation psychiatrique, les patients ne restent pas toute la journée alités, contrairement à ce qui se passe dans un service de chirurgie ou de médecine. Des espaces de circulation, de rencontres avec les autres, sont nécessaires, d'autant plus que la durée de séjour peut être longue. A d'autres moments, les patients doivent pouvoir se retrouver seuls. L'architecture des lieux de soins va faciliter ou compliquer la gestion par le patient de ses tensions selon qu'il a besoin de contacts avec les autres, ou de se réfugier dans des comportements d'évitement. Elle va aussi simplifier ou rendre plus difficile la tâche des soignants chargés de veiller à la cohabitation harmonieuse de plusieurs malades aux pathologies différentes, et de rechercher l'apaisement des troubles de chacun.

- Les hôpitaux sont parfois environnés de terrains en friche au centre des quartiers urbains

En 20 ans, le nombre des lits dans les secteurs psychiatriques a été divisé par 3 (120 000 lits environ en 1980<sup>157</sup>, 43 173 en 2000<sup>158</sup>). Ainsi, des bâtiments hospitaliers sont aujourd'hui désaffectés, au milieu de parcs devenus trop vastes. Par ailleurs, construits il y a plus d'un siècle à la périphérie des villes, nombreux sont les hôpitaux psychiatriques qui se retrouvent aujourd'hui au centre de quartiers périurbains. Cette situation favorise la fréquentation de ces endroits par des personnes mal intentionnées, comme cela se produit souvent dans les terrains en friche au cœur des villes. Les lieux sont mal gardés, les personnes susceptibles d'être rencontrées sont vulnérables, faciles à entraîner dans tous les trafics : drogue, alcool, médicaments. Exposés à toutes les agressions, disposant de toxiques capables d'aggraver leur état, les patients ne sont pas là dans un environnement protecteur et apaisant<sup>159</sup>.

### 3.2.2.2 *Malgré d'importants efforts de modernisation, le parc pénitentiaire reste partiellement vétuste*

L'administration pénitentiaire dispose actuellement de 188 établissements, soit 115 maisons d'arrêt, 24 centres de détention, 5 maisons centrales, 31 centres pénitentiaires, 13 centres de semi-liberté et un établissement public de santé nationale à Fresnes. Ces établissements offrent une capacité d'accueil de 51 144 places pour plus de 60 000 détenus.

Le parc pénitentiaire se caractérise par sa grande dispersion sur le territoire (chaque département, à l'exception du Gers, dispose au moins d'une maison d'arrêt), son ancienneté, 57 % des établissements ont été construits avant 1920, le plus souvent pour un usage autre que pénitentiaire (anciennes prisons d'Ancien régime, forts, casernements, couvents et abbayes, hôpitaux, prisons départementales du 19<sup>ème</sup> siècle). Il est également marqué par sa spécificité fonctionnelle dont la traduction est le souci constant de la sécurité.

Depuis la fin des années 1980, l'administration pénitentiaire a réalisé un important effort de modernisation en procédant à la fermeture de 30 établissements vétustes ou inadaptés et à la construction de 42 nouveaux établissements.

<sup>157</sup> « La psychiatrie hospitalière en 1982 ». Informations rapides. Publication du SESI. N°60. 12 nov. 1985.

<sup>158</sup> Etudes et Résultats. DREES. N°342. Octobre 2004.

<sup>159</sup> Confer le compte-rendu d'activité de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale d'Avril 2005, pages 32 et 33. Est cité notamment l'exemple du CHS de Privas conçu pour 1 500 malades présents en 1 828 et accueillant aujourd'hui 400 malades dans le même site.

Cette modernisation résulte de la mise en œuvre successive de grands programmes immobiliers de construction et de rénovation. Le programme Chalandon<sup>160</sup> (programme « 13 000 ») avec la création en 1987 de la DGPE (Direction Générale au Programme Pluriannuel d'Équipement) a permis la construction de 25 établissements dont quatre en régie directe par l'administration. Le lancement en 1996 du programme 4 000 (proposé par M. Méhaignerie en 1994) a conduit à la livraison, entre janvier 2003 et février 2005, de six établissements<sup>161</sup> pour une capacité d'accueil de 3 617 places. Toutefois, en raison de la fermeture de certains établissements vétustes, ce sont 2 200 places nettes qui ont été créées.

Au total, les programmes Chalandon et Méhaignerie ont abouti à la réalisation de 16 032 places ce qui permet de considérer aujourd'hui le pourcentage de cellules correspondant à des normes récentes à 32 % du parc.

La loi d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002, dite LOPJ, prévoit une ressource de 1 313 M€ en autorisation de programme destinée à financer un programme dit de 11 000 places (en fait 13 200 par la reprise d'engagements antérieurs) ainsi qu'un vaste programme de sécurisation de l'ensemble du parc, la mise aux normes des quartiers pour mineurs et la création d'établissements pour mineurs.

Il convient d'ajouter que, dans le cadre d'un programme visant à accroître en urgence les capacités des établissements existants pour faire face à la surpopulation carcérale (construction et rénovation de bâtiments d'hébergement au sein des établissements actuellement en fonctionnement), 1 513 places supplémentaires ont été créées depuis 2002 ; la poursuite de ce programme devrait conduire à la mise en place de 1 500 places supplémentaires d'ici 2007. Ainsi, entre 2002 et 2007, la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires devrait augmenter d'environ 6 000 places.

A l'issue des programmes prévus par la LOPJ<sup>162</sup>, le pourcentage des cellules répondant à des normes récentes sera de l'ordre de 50 % et la capacité du parc sera accrue de 22 %.

Les constats effectués par la mission lors de ses déplacements dans plusieurs établissements pénitentiaires lui ont permis d'observer que certains établissements, comme les prisons de Lyon<sup>163</sup>, étaient très vétustes ou encore, à l'exemple de la maison d'arrêt de Villeneuve-les-Maguelone extrêmement bruyants. Cet état, ajouté à la surpopulation de certaines maisons d'arrêt, aggrave parfois jusqu'à l'intolérable, les conditions de détention. Cette situation est d'ailleurs stigmatisée par la Cour des comptes dans un récent rapport rendu public consacré à la gestion des prisons<sup>164</sup> et par le commissaire européen aux droits de l'homme Alvaro Gil-Robles<sup>165</sup>.

### 3.2.2.3 *L'accessibilité des locaux d'accueil ne permet pas toujours d'assurer aux professionnels une totale protection*

- L'accès libre dans les palais de justice.

<sup>160</sup> La loi 87-432 du 22 juin 1987, dite loi Chalandon, a permis de confier à une personne ou à un groupement de personnes de droit public ou privé une mission globale de conception, construction et d'aménagement d'établissements pénitentiaires. Dans le cadre de ce marché, l'Etat peut déléguer à des opérateurs publics ou privés des responsabilités en matière de fonctionnement des établissements pénitentiaires à l'exception des fonctions de direction, de greffe et de surveillance.

<sup>161</sup> Il s'agit de Toulouse-Seysses, Avignon-le-Pontet, Toulon-la-Farlède, Meaux-Chauconin, Lille-Séquedin et Liancourt.

<sup>162</sup> Le montant des autorisations budgétaires s'élève au 24 octobre 2005 à 974 M€

<sup>163</sup> Le garde des Sceaux a récemment annoncé à la presse que les travaux de construction de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas ainsi que ceux de la maison d'arrêt de Roanne débuteraient fin 2006 (1 290 places).

<sup>164</sup> Rapport thématique du 10 janvier 2006 « garde et réinsertion – La gestion des prisons ».

<sup>165</sup> Confer son rapport sur « le respect effectif des droits de l'homme en France » présenté le 15 février 2006 au Conseil de l'Europe.

Les locaux des juridictions que fréquentent nombre de personnes, parfois potentiellement dangereuses, ne sont, pour certains, plus adaptés à l'augmentation des flux de justiciables.

Avec au total plus de 1 200 juridictions réparties en 773 sites, les bâtiments judiciaires représentent 1,9 million de m<sup>2</sup> répartis sur plus de 600 communes.

Il s'agit le plus souvent d'un parc ancien, fréquemment classé monument historique, puisque plus de la moitié des palais de justice a été construite antérieurement à 1900 (dont 14 % avant 1800). La loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002 pose le constat suivant, malgré le programme de constructions neuves réalisé au cours de la dernière décennie, « *le patrimoine des juridictions demeure vétuste, insuffisant, et trop souvent en deçà des normes de sécurité et d'accessibilité des bâtiments publics* ».

Ajouté à une tendance sociologique de perte de repères et de respect de la population à l'égard de l'ensemble des institutions et à l'augmentation des flux de circulation des justiciables dans les palais de justice, liée à la croissance de l'activité judiciaire, cet état des bâtiments explique, qu'à l'instar d'autres institutions publiques, la question de la sûreté des juridictions s'est posée depuis quelques années avec une acuité croissante.

Les travaux conduits par la mission sûreté<sup>166</sup> ont permis de dresser un premier état des lieux et de préconiser un plan<sup>167</sup> d'action décliné en quinze mesures portant sur l'organisation et la gestion de la sûreté (Confer en annexe 15 la liste de ces 15 mesures).

Les besoins sont importants, à telle enseigne que les dépenses de gardiennage sont passées de 6,2 M€ en 2002 à 8,2 M€ en 2004. A la suite des diagnostics<sup>168</sup> effectués par les chefs de juridiction à la demande de la direction des services judiciaires, une dotation supplémentaire de 2,5 M€ a été déléguée aux juridictions pour financer, avant la fin de l'année, les travaux de première mise à niveau des systèmes de sûreté. Une enveloppe supplémentaire de 2,1 M€ est d'ores et déjà prévue pour 2006. Pour l'avenir, un plan d'amélioration continue de la sûreté est prévu au niveau national, régional et local afin de mieux prendre en compte la sécurité des personnes et des personnels.

Récemment, trois sites judiciaires, la cour d'appel d'Aix-en-Provence et les tribunaux de grande instance de Toulouse et Rouen ont été désignés comme sites expérimentaux en matière de sûreté.

Les constats effectués et les propos recueillis par la mission lors de ses déplacements, permettent de relever que les chefs de juridiction sont particulièrement sensibilisés à la question de la sûreté. Dans trois juridictions visitées, un audit sur la sûreté était en cours. Face à la multiplication des comportements agressifs et incivils à l'égard de l'institution, la question d'une logique sécuritaire est, selon un chef de parquet rencontré, posée : doit-on restreindre ou interdire l'accès du palais de justice ? Des efforts semblent devoir être accomplis en termes d'accueil des justiciables, de séparation des auteurs et des victimes voire de sensibilisation des avocats, mais, selon ce magistrat, le palais de justice doit rester un lieu ouvert au public.

Si dans deux des plus grandes juridictions<sup>169</sup> visitées, l'accès était contrôlé par la présence d'un portique et de policiers, par contre dans les deux autres, l'accès était totalement libre.

C'est essentiellement dans les juridictions de petite et moyenne importance que se pose la question de la liberté d'accès dans les palais de justice avec le plus d'acuité car elle se double

<sup>166</sup> Cette mission a été confiée à M. Ingall-Montagnier, procureur général près la cour d'appel de Rouen qui a déposé son rapport le 6 février 2004.

<sup>167</sup> Ce plan d'action, accompagné du lancement des premières mesures, a été présenté à l'ensemble des juridictions et des services par une circulaire du 16 mars 2005.

<sup>168</sup> Ces diagnostics ont été établis après vérification des grandes fonctions des systèmes de sécurité, à savoir : la limitation et le contrôle du nombre des accès, le balisage dans la mesure du possible des circulations intérieures, l'efficacité des barrières physiques (verrouillage des portes, non accessibilité des fenêtres de l'extérieur), les dispositifs de protections internes et la présence des forces de l'ordre pour les audiences sensibles.

<sup>169</sup> Lyon et Montpellier, il s'agit de juridictions de taille importante et de construction relativement récente.

de l'absence totale de service d'ordre. Ainsi, dans une des juridictions visitées, hors session d'assises, il n'y a pas de présence policière notamment aux audiences correctionnelles au cours desquelles des incidents peuvent survenir. Les tribunaux d'instance sont également peu protégés et certains juges des tutelles rencontrés indiquent avoir pris des dispositions pour assurer la protection des personnels de greffe ou d'accueil en faisant notamment installer une cloison avec un hygiaphone ou encore en ordonnant la fermeture des portes intérieures aux heures d'accès du public.

- La dispersion des structures de soins psychiatriques dans la cité multiplie les petites équipes de soignants isolées

Les malades souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui traités en grande majorité hors des murs de l'hôpital (En 2000, 85 % des patients des files actives des secteurs étaient pris en charge en ambulatoire, et 65 % des patients de ces files actives n'ont pas été hospitalisés dans l'année<sup>170</sup>). Ces patients sont accueillis dans des centres de consultations, des hôpitaux de jour, des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) implantés dans les quartiers de la cité, dans des lieux banalisés. Il est plus difficile d'assurer une efficace protection à des personnels ainsi dispersés qu'à des agents travaillant dans des unités d'hospitalisation regroupées dans une même enceinte. Face à des troubles importants du comportement survenant chez un de ses patients, une équipe de soins ne pourra pas, dans un lieu de prise en charge éloigné de l'hôpital, obtenir rapidement le renfort nécessaire pour maîtriser la situation. Par ailleurs, les moyens d'interdire à un patient dangereux l'accès d'un centre de consultation, ou d'un CATTP, installé dans un appartement ordinaire au sein d'un immeuble d'habitation, sont très limités. Cependant, lors de ses déplacements dans plusieurs départements, la mission a constaté que les incidents survenant dans des structures de soins extrahospitalières étaient exceptionnels<sup>171</sup>.

#### 3.2.2.4 *Des lieux d'enfermement peu adaptés en milieu hospitalier*

- Les unités d'hospitalisation sont le plus souvent fermées

Pour éviter de recourir trop souvent à l'usage de la chambre d'isolement, les services d'hospitalisation sont fermés<sup>172</sup>. La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a concentré dans un nombre plus faible d'unités d'admissions<sup>173</sup> des patients aux pathologies très différentes (schizophrénies, troubles névrotiques, troubles de la personnalité... dont certains en nombre plus élevé sont soignés sous contrainte). Beaucoup de services sectorisés comportent deux unités, une d'admission, l'autre pour les soins ou les séjours de plus longue durée.

Cette concentration, dans un nombre plus réduit d'unités, de patients plus difficiles et non coopératifs (hospitalisations sous contrainte) est un facteur qui augmente le risque d'insécurité dans ces unités. Le recentrage sur l'aspect aigu des pathologies induit une promiscuité croissante et difficilement supportable pour les patients.

<sup>170</sup> Etudes et Résultats. DREES N°342. Octobre 2004.

<sup>171</sup> Cependant, le phénomène de violence touche depuis quelques mois les structures ambulatoires du CHS de Cadillac.

<sup>172</sup> Alezrah C. Bobillo J.M. « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? » *L'information psychiatrique* 2004 ; 80 : 571-8.

<sup>173</sup> Le nombre d'unités d'entrants est par exemple passé au CHU de Montpellier de 13 à 9 en quelques années.

Pour faire face aux patients psychotiques perturbateurs, ou encore à ceux non coopératifs, parfois violents, souvent consommateurs de toxiques, et aussi pour éviter de recourir trop souvent à l'usage de la chambre d'isolement, les soignants sont amenés à fermer les unités, celles-ci étant ouvertes à leur demande pour les patients névrotiques ou psychotiques ne présentant pas de risque de dangerosité.

Même s'il n'est fait aucune difficulté pour laisser libres d'aller et venir des patients en hospitalisation libre, cette situation d'enfermement objectif, nécessitant toujours une permission pour s'y soustraire, installe manifestement, dans la relation entre le soignant et le soigné, une symbolique où la violence portée par la contrainte ou par la réaction à la contrainte est omniprésente.

Cette situation paradoxale marque une régression importante par rapport aux objectifs de la législation actuelle (droits des patients, volonté de définir une psychiatrie plus ouverte).

- L'usage banalisé des chambres d'isolement dans les services de psychiatrie

Les professionnels de santé rencontrés par la mission remarquent que l'usage des chambres d'isolement, exceptionnel il y a encore une dizaine d'années, est devenu fréquent aujourd'hui<sup>174</sup>.

Plusieurs raisons sont généralement avancées pour expliquer ce recours accru à l'isolement dans les services de psychiatrie. Il est d'abord lié à la pathologie du patient surtout quand celui-ci absorbe des toxiques, source supplémentaire de comportements violents.

D'autres facteurs jouent également dans l'évolution constatée : les médicaments ont un moindre effet sédatif qu'auparavant et il faut attendre plus longtemps pour obtenir l'apaisement du malade ; les professionnels de santé tolèrent moins les troubles du comportement de leurs malades ; les unités d'hospitalisation accueillent des malades très différents, certains de ces malades vivent mal la promiscuité avec des patients menaçants et agités, les locaux d'hospitalisation doivent être ouverts, aussi seule l'admission en chambre d'isolement permet la contention du malade ; le nombre d'hospitalisations de détenus souffrant de troubles mentaux graves est en augmentation.

Toutes ces raisons ignorent toutefois une des causes fortes des mises en chambre d'isolement (MCI), celle liée à la différence des réponses cliniques des équipes médicales et soignantes face à la violence de patients selon les lieux. A Cadillac, par exemple, le nombre de jours de MCI est extrêmement variable pour des unités de dimension et d'activité équivalentes avec des patients comparables (unités d'admission)<sup>175</sup>. Les écarts vont de 1 à 3. Le recours plus ou moins massif à la MCI dépend des pratiques des équipes de secteurs.

---

<sup>174</sup> Ainsi, au Centre Hospitalier du Vinatier à Lyon, les chambres d'isolement des différents services de l'établissement sont souvent toutes occupées. En conséquence, la décision a été prise de déssectoriser ces chambres où sont désormais hospitalisés les malades sans référence au secteur psychiatrique de leur domicile, dès lors qu'un lit est libre. Au CHS de Cadillac, en 2004, 351 patients ont été mis en chambre d'isolement, soit 16,7 % de la file active intra-hospitalière. Confer aussi l'annexe 16.

<sup>175</sup> Par exemple, à l'unité d'admission de Pinel (25 lits et 259 patients concernés) le nombre de jours de MCI est de 382 ; à l'unité d'admission de Verneuil (24 lits et 213 patients concernés, le nombre de jours de MCI est de 816 ; à l'unité d'admission de Charcot (24 lits et 250 patients), le nombre de jours de MCI est de 1 132.

- Les conditions difficiles d'hospitalisation des détenus souvent pris en charge en chambre d'isolement sans nécessité médicale obligée

Plus du tiers des détenus souffrent de troubles mentaux dont la sévérité justifierait une prise en charge psychiatrique adaptée. Deux types de réponses existent aujourd'hui :

- les soins sont organisés en milieu pénitentiaire ; chaque établissement pénitentiaire est, depuis la loi du 18 janvier 1994, « jumelé » à un établissement de santé avec lequel il a passé une convention fixant les interventions des personnels de santé ; ces interventions s'exercent au sein d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA); les soins psychiatriques quant à eux sont organisés, depuis 1986, au sein d'une structure spécifique rattachée à un établissement public de santé (EPS) : le service médico-psychologique régional (SMPR) ; la plupart des 26 SMPR sont implantés dans des maisons d'arrêt, sachant que les établissements pour peines (centres de détention et maison centrale) utilisent les services de psychologues et psychiatres vacataires,
- les soins sont organisés au sein de l'établissement de santé avec lequel l'établissement pénitentiaire est conventionné, cela se produit quand le détenu a besoin de soins somatiques pour des consultations, des examens, nécessitant le recours à un plateau technique, ou une hospitalisation urgente ou de très courte durée.

Lorsque l'état de santé mentale d'un détenu est incompatible avec son maintien en détention, il doit être hospitalisé dans un service hospitalier de psychiatrie à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire.

La procédure engagée est celle d'une hospitalisation sans consentement<sup>176</sup>. Le préfet prend un arrêté d'hospitalisation d'office sur proposition d'un psychiatre exerçant dans l'établissement pénitentiaire (article D.398 du code de procédure pénale et article L.3213-1 du code de la santé publique). Cette hospitalisation concerne les détenus dont les troubles mentaux compromettent l'ordre et la sûreté générale. Les patients les plus difficiles ou dangereux peuvent par ailleurs être hospitalisés dans une unité de malades difficiles (UMD).

Malgré les progrès indéniables qu'il a permis, le système actuel ne peut être considéré comme satisfaisant.

Ainsi, l'état de santé d'un détenu ne justifie pas forcément son isolement. Sauf que dans la plupart des cas, pour éviter tout risque d'évasion, le détenu sera enfermé dans une chambre d'isolement pendant toute la durée de son séjour hospitalier<sup>177</sup>. Or une chambre d'isolement n'est pas conçue pour accueillir des patients pendant de longs séjours. Son usage doit se limiter à la période nécessaire pour obtenir la rémission des troubles du comportement

<sup>176</sup> La question sera différente lorsque les unités spécialement aménagées (UHSA) seront opérationnelles. La loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice précise dans son article 48 que l'ensemble des hospitalisations pour motif psychiatrique des personnes détenues sera réalisé dans ce type d'unités. Voir en annexe 17 les propositions de la mission sur l'hospitalisation des détenus en attendant les UHSA.

<sup>177</sup> Catherine Paulet. « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation ». *L'information psychiatrique* 2004 ; 80 ; 307-12.

constatés. Les détenus hospitalisés en permanence dans une chambre d'isolement, sans justification médicale, sont pris en charge dans des conditions difficilement acceptables.

### *3.2.2.5 Les mesures de sécurité excessives peuvent accroître les risques d'atteinte aux libertés, mais aussi les risques de dangerosité*

Paradoxalement, les mesures de sécurité excessives peuvent accroître les risques pour les soignants de se retrouver en difficultés face à l'état de dangerosité d'un patient. Elles sont susceptibles d'être elles-mêmes génératrices de violences.

Ces dernières années, les établissements de santé ont multiplié les dispositifs de sécurité : équipes de vigiles, maître-chien à l'entrée des urgences, développement de la vidéosurveillance, ouverture d'unités d'hospitalisation fermées pour « malades perturbateurs », équipes d'intervention mobiles, formations des personnels à la gestion des situations de violence, systèmes d'alerte (voir en annexe 15).

- L'efficacité de ces mesures mériterait d'être appréciée

L'appel à des soignants affectés dans d'autres unités de soins au sein d'un hôpital psychiatrique, pour maîtriser un malade agité, a toujours existé. La structuration actuelle de ce renfort entraîne un recours à ce type d'intervention toujours plus fréquent<sup>178</sup>. Cette mobilisation à tout moment de soignants prélevés sur les différentes unités de soins de l'hôpital désorganise le bon fonctionnement des services, entretient manifestement un climat d'urgence et de stress permanent dans l'établissement.

Par ailleurs, le nombre d'hommes (infirmiers ou aides soignants) susceptibles d'intervenir est de plus en plus faible. Cette situation est liée à la féminisation du corps infirmier, au refus de certains hommes d'intervenir, soutenus en cela par la médecine du travail qui les déclarent inaptes, et à l'accroissement de l'absentéisme. Ces équipes d'intervention peuvent donc être difficiles à constituer.

Les personnels des services habitués à faire appel à un renfort systématique perdent, avec le temps et l'absence de pratiques, le savoir-faire nécessaire à la maîtrise des situations de dangerosité.

- Le risque est grand de s'engager dans une course à « l'armement », transformant les hôpitaux en camps retranchés, génératrice de violences

L'exemple du CHU de Montpellier illustre ce risque.

Au niveau de l'unité de soins intensifs (USI), logiquement, après stabilisation, les patients initialement envoyés par les services des sept secteurs leur sont ré-adressés. Les équipes de secteur disposent alors d'un compte-rendu d'hospitalisation et d'une fiche d'observation, rédigée par les infirmiers de l'USI, leur indiquant la conduite à tenir.

La réalité est différente.

---

<sup>178</sup> 5 interventions en renfort par jour en moyenne dans un CHS visité par la mission.



L'USI, de capacité modeste, semble déjà victime de son succès : sur les 15 lits, 8 sont occupés sur le long terme par des patients que les autres unités refusent de réadmettre<sup>179</sup>. Dès lors, la capacité d'accueil de l'unité est réduite à 5-6 lits, pour un flux annuel d'entrées de 120 patients. Le cas des personnes ayant bénéficié de l'application de l'article 122-1 du code pénal est particulièrement problématique, car il est souvent difficile d'envisager leur sortie de l'unité et, *a fortiori*, de l'hôpital psychiatrique.

Le piège est donc de devoir, ou bien augmenter la capacité de l'USI, ou bien en construire une autre en stigmatisant de ce fait certains patients.

La liberté d'aller et venir<sup>180</sup> dans les établissements sanitaires est affirmée de manière claire par la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, et celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette liberté ne peut être qu'exceptionnellement limitée, dans des conditions relevant logiquement de prescriptions médicales.

Les pratiques sécuritaires sans discernement font peser des contraintes inutiles qui réduisent de fait la liberté de tous. Une stratégie de prévention du risque permettrait de préserver la liberté d'aller et venir, mieux que l'obéissance à un principe de précaution poussé à l'extrême.

Dans le premier cas, ce qui est pris en compte est la situation du patient (contraintes de la réalisation des soins, contrôle de la thérapeutique, protection de la personne, et protection des tiers quand le patient peut les mettre en danger) et la vie collective (protection de l'organisation quand les interdictions portent par exemple sur les trafics d'alcool ou de drogue, ou sur la sécurité des lieux établie par les commissions de sécurité). Dans le second cas, l'objectif est d'atteindre le risque zéro, illusoire et rarement mobilisateur pour les patients.

Les mesures de sécurité qui se multiplieraient, sans qu'une évaluation objective en soit faite, conduiraient si on n'y prend pas garde à deux types d'attitude particulièrement négatifs à l'égard des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité : le rejet vers des structures de plus en plus lourdement sécuritaires (UMD, USIP, USI) dont on voit la difficulté d'en sortir et de revenir dans un cadre de soins plus classique d'un secteur, ou une sur-contention (création de chambre d'isolement, fermetures des portes, caméras de surveillance, sur-sédation, l'idée centrale étant qu'il s'agit avant tout d'empêcher les malades de nuire).

### 3.2.3 *La fragilité des professionnels*

#### 3.2.3.1 *La cohésion des équipes de soins est défaillante*

- L'évolution des rapports d'autorité à l'intérieur des services

<sup>179</sup> Une « instance d'arbitrage » a été prévue pour régler ce genre de situation, mais elle ne semble pas avoir été convoquée en l'espèce.

<sup>180</sup> Il s'agit non seulement pour un patient de pouvoir se déplacer à l'intérieur de l'établissement mais aussi pour lui de mener une vie ordinaire.

Lors de la mission, de nombreux chefs de services<sup>181</sup> ont fait part de leur inquiétude à ne pouvoir gérer dans les meilleures conditions les services placés sous leur responsabilité.

Diverses réformes ont modifié l'organisation des services hospitaliers. La conséquence, en psychiatrie comme en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), est de faire coexister au moins trois formes d'autorités : la direction de l'hôpital, le médecin chef de service (dont l'autorité n'est plus que médicale : prescription des soins), la direction des soins infirmiers. Souvent, cette structuration aboutit à ce que le chef de service ne soit plus chef d'équipe et n'ait plus grande compétence pour organiser le service : l'affectation des personnels, le contrôle de leur activité, leur notation, échappent à sa responsabilité.

Par exemple, à la Colombière à Montpellier, le cycle de travail mis en place limite la présence des soignants à quatre jours maximum avant la prise de congés. Il en résulte une rotation des personnels importante. La principale marge de manœuvre dans l'organisation du travail est constituée par la souplesse d'emploi des équipes mobiles de soutien (une pour la nuit et une le jour) gérées par la direction pour des missions qui pèsent directement sur le fonctionnement clinique des services (transfert primaire des hospitalisations d'office, accompagnement non programmé de patients en consultation, mise en chambre d'isolement thérapeutique, administration de traitement...). Quand ce type de mission n'est pas nécessaire, ces personnels sont affectés selon des besoins définis par la direction à des tâches variées. Ils peuvent venir en complément sur des postes jugés à risques.

De même, au CHGR de Rennes, de nouveaux dispositifs d'organisation du travail ont été mis en œuvre lors de la mise en place des 35h avec la définition d'effectifs de sécurité par type d'unités. Les effectifs sont calculés selon un ratio infirmier/lits<sup>182</sup>.

Dans ces équipes réduites, la moindre absence de personnel peut conduire à des difficultés de prise en charge de patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité. Pour y faire face, la direction a renforcé le pool de l'établissement (19,9 ETP) et celui des services (2 agents) afin de garantir l'effectif de sécurité. Il en résulte un appel à renfort systématique. Compte tenu de l'importance de ces appels les soignants hommes sont souvent exposés à l'agressivité des patients. La gestion préventive des risques est d'autant moins bien assurée que la rotation rapide des patients accroît la charge de travail administrative et matérielle (gestion des entrées et des sorties, par exemple) au détriment de temps d'écoute et de prise en charge occupationnelle des patients (soins en ateliers).

Il n'y a plus forcément congruence entre un projet clinique (individuel et collectif) et une organisation du travail et de l'hôpital qui appartient à la direction.

- Un potentiel humain affaibli aussi bien par la mise en œuvre des « 35 heures » que par la progression de l'absentéisme

La réglementation sur la durée hebdomadaire du travail (les 35 heures) a eu un impact variable sur le fonctionnement des hôpitaux. Certains ont bénéficié de personnels supplémentaires (CHGR de Rennes, CHS de Cadillac, la Colombière à Montpellier). D'autres ont dû y faire face avec une diminution globale de leurs effectifs (CHS de Privas) ou partielle affectant des personnels spécifiques sur une longue période<sup>183</sup> (-5% d'IDE au CHS du Vinatier), du fait de rééquilibrages intra-régionaux nécessaires. Mais même dans l'hypothèse

<sup>181</sup> Par exemple au CHU de Montpellier.

<sup>182</sup> Dans un unité d'admission classique, la dotation requise par jour de fonctionnement est de 3 infirmiers et d'un aide-soignant le matin et l'après-midi du lundi au vendredi ; les effectifs requis diminuant d'une unité pour les infirmiers le week-end. Seule l'unité Récamier, qui accueille des détenus, dispose de 4 infirmiers le matin et l'après-midi du lundi au vendredi, ses moyens étant équivalents aux autres unités pour les week-ends.

<sup>183</sup> La baisse des effectifs d'IDE de 5 % est calculée entre 1990 et 2004 ; elle est en partie compensée par une forte progression du nombre d'aides-soignants.

la plus favorable de progression des effectifs, leur potentiel réel a été réduit, alors que leurs activités étaient en hausse significative. L'exemple du CHS de Cadillac illustre cette situation.

Au CHS de Cadillac, 53 ETP y ont été créés pour la mise en œuvre de l'ARRT. 51 d'entre eux ont été affectés aux services de soins. Paradoxalement, malgré l'augmentation de ces moyens humains, le potentiel réel de l'établissement est moindre en 2004 qu'il ne l'était en 2000, compte tenu de l'octroi pour chaque soignant de jours de RTT supplémentaires, malgré un absentéisme<sup>184</sup> à peu près stable.

En 2000, l'établissement comprenait 1 126 ETP<sup>185</sup>, médecins compris, dont 867 personnels classés dans la catégorie « soignant et éducatif ».

Si on isole dans les calculs les personnels soignants, le nombre de jours travaillés étant de 213 jours par agent avec un absentéisme moyen de 25 jours, tous motifs confondus, le potentiel en jours travaillés se situe à 162 996.

La même approche pour 2004 conduit à prendre en considération les données suivantes : 1 234 ETP dont 917,8 classés dans la catégorie soignant, 200 jours travaillés, 24 jours d'absentéisme moyen. Le potentiel se situe à 161 532 jours travaillés (- 0,9 %) dans un contexte de forte progression des files actives (confer *supra*).

L'organisation du travail tient compte de cette réalité. Dans les roulements, les personnels prennent leur poste de manière décalée notamment pour l'équipe du matin. Les temps de transmission sont de ce fait réduits ce qui ne peut être que négatif pour la prise en charge de patients<sup>186</sup> susceptibles de présenter des risques de dangerosité.

Le phénomène de réduction du potentiel médical lié à la mise en place de l'ARTT est encore plus marqué, toujours au CHS de Cadillac. Le nombre annuel de jours de présence au poste de travail de l'ensemble du corps médical est de 8 563 jours en 2004 contre 8 870 en 2000 (-3,5 %), sans tenir compte de l'effet du repos de sécurité pour lequel il n'y a pas de suivi<sup>187</sup>. Là encore cette réduction du temps de travail génère des aspects négatifs (quasi disparition des temps de travail clinique formateur entre le personnel médical et paramédical).

La mission n'a pas calculé, faute de données précises dans les autres sites, l'impact direct de l'ARTT. Il est probable toutefois que la tendance observée à Cadillac y soit proche à la fois parce que les créations d'emploi obtenues sont inférieures à celles qui auraient été nécessaires au moins en théorie pour faire face à la diminution du nombre d'heures travaillées mais aussi parce que l'absentéisme a souvent progressé<sup>188</sup>.

Ces exemples ne sont peut-être pas représentatifs d'une situation générale. Cependant, ils corroborent les observations faites par les directeurs d'établissement à travers leurs instances représentatives.

### 3.2.3.2 *Le divorce entre les compétences exigées et les aptitudes nécessaires*

<sup>184</sup> Il s'agit de tous formes d'absentéisme, formations comprises.

<sup>185</sup> Calcul au 31 décembre.

<sup>186</sup> D'autres contraintes sont liées à l'évolution de certaines activités. Le nombre de HO a fortement progressé. L'accompagnement réglementaire par des IDE de ces patients ponctionne encore plus les moyens directs de l'établissement. La situation est aiguë les dimanches et jours fériés.

<sup>187</sup> La direction du CHS de Cadillac estime la réduction des temps médicaux à 30 % sans que cette donnée soit étayée par des suivis objectifs de l'activité de chaque médecin.

<sup>188</sup> Au CHS de Rennes, l'absentéisme moyen pour les IDE est passé de 14,5 jours en 1990 à 21,31 jours en 2004, soit une perte journalière de 89 ETP, pour 44 en 1990. Le phénomène est comparable pour les aides-soignants (14,2 jours en 1990, et 22,1 jours en 2004, soit une évolution à la baisse en ETP de 14,7 ETP à 54,9 ETP. A Montpellier, l'absentéisme moyen des IDE est passé de 9,5 jours en 1992 à près de 14 jours en 2004, sachant que les personnels propres affectés aux services de psychiatrie ont des durées d'absentéisme plus élevées (18,12 jours à la Colombière pour les IDE). L'impact de cet absentéisme est pour 2004, dans ce dernier établissement, de 40 ETP IDE par jour.

- La mise en cause de la formation des infirmières (IDE)
- Un jugement négatif des professionnels souvent abrupt

Beaucoup de médecins, de cadres de santé, de directeurs d'établissements rencontrés par la mission considèrent que les formations actuelles des soignants en psychiatrie ne seraient pas d'une qualité suffisante. Ils mettent en cause la formation de généraliste dispensée aux futurs IDE dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Pour certains d'entre eux<sup>189</sup>, ces déficits de formation « entraînent une mauvaise gestion des situations d'agressivité ou d'agitation et suscitent une peur, génératrice d'escalades dans lesquelles la violence tient, en partie, à l'incompétence des agents de soin et aggrave, en retour, leur sentiment d'impuissance et de « victimisation » ».

Cette faiblesse de la formation conduirait également à un renoncement à la carrière psychiatrique<sup>190</sup>, aggravant encore la crise des effectifs soignants, donc la dégradation des conditions de travail (manque de disponibilité, de temps relationnel), et favorisant, par effet boule de neige, les conditions d'émergence de la violence.

- Une volonté du ministère de la santé de développer les formations initiale et continue face à la mise en cause de la formation<sup>191</sup>

Le jugement un peu abrupt des professionnels sur la formation des IDE peut paraître excessif. La formation des IDE comme généralistes susceptibles d'exercer aussi bien dans un service de somatique ou de psychiatrie date de 1992<sup>192</sup>. Aujourd'hui, le temps de formation en psychiatrie des futurs infirmiers est loin d'être négligeable. Ils reçoivent tous au minimum une formation théorique de 360 heures. S'y ajoute, selon les IFSI, un enseignement de pédopsychiatrie de 80 heures. Cette formation théorique peut être complétée par un module d'approfondissement des connaissances, selon les choix des IFSI, d'une durée de 80 heures. Sur le plan clinique, 280 heures de formation sont obligatoires en santé mentale. En fonction des projets personnels, 420 heures de stage au maximum sont possibles pour un étudiant cherchant à travailler en psychiatrie.

Conscient cependant de la nécessité d'améliorer la formation des infirmiers exerçant en secteur psychiatrique, le ministère de la santé a conduit une double stratégie :

- renforcer la formation initiale (confer la circulaire du 10 juillet 2001),
- consolider les savoirs en psychiatrie. Le plan « *Psychiatrie et santé mentale* » 2005-2008 prévoit de développer des formations complémentaires à la suite d'une prise de fonction en secteur psychiatrique, et d'organiser un tutorat permettant au personnel infirmier exerçant pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés.

<sup>189</sup> Par exemple, le docteur Chaltiel, Psychiatre chef de secteur au CH de Ville Evraud.

<sup>190</sup> Ainsi, à la Colombière à Montpellier, 10 % des infirmiers sont renouvelés depuis 3 ans.

<sup>191</sup> Voir annexe 18.

<sup>192</sup> L'ensemble du programme de formation se déroule sur 33 mois. Il comprend 116 semaines d'enseignement représentant 4 640 heures dont 1 376 heures théoriques, 2 360 heures de stages et d'expériences diverses, le reste concernant des travaux dirigés.

Ces efforts faits pour améliorer la formation se heurtent à certaines limites :

- les besoins de formation sont mal connus. Et, on ne sait pas exactement combien d'infirmiers choisissent chaque année la psychiatrie en première affectation,
- Le tutorat est une mesure novatrice pour les soignants. Elle existe sous des formes diverses de compagnonnage depuis longtemps pour les médecins. Elle va se mettre en œuvre dans des contextes difficiles : rajeunissement de la population soignante, départs à la retraite massifs dans les prochaines années.

Le CHGR de Rennes illustre cette situation. Le renouvellement des générations est déjà une réalité selon les données fournies. Il va s'accroître de manière extrêmement rapide dans les prochaines années. Ces mouvements ne peuvent faciliter la transmission des savoirs quand on regarde par exemple l'effondrement de la classe d'âge médiane des 26-40 ans et le poids des plus de 41 ans. Le phénomène est d'autant plus accentué qu'aujourd'hui les soignants nouvellement recrutés expriment davantage qu'auparavant des souhaits de mobilité<sup>193</sup> ce qui ne peut qu'accroître le renouvellement des équipes dans un contexte de « *turn-over* » des patients.

- Dans tous les hôpitaux visités par la mission, de nombreuses actions de formation continue sont engagées, dans le domaine de la gestion de crise
  - Les lacunes dans la formation des médecins

Certains des interlocuteurs de la mission considèrent que l'université prépare mal les jeunes psychiatres aux réalités de terrain de la psychiatrie publique. Leur formation s'effectue dans les grandes villes en services universitaires ; ses orientations portent sur une psychiatrie biologique, pharmacologique, évaluative, axées sur des prises en charge brèves sans lien fort avec des prises en charge pluridisciplinaires en réseau.

Dans ce contexte, les internes ont peu de pratique des modes de fonctionnement de la psychiatrie publique (importance des familles des patients dans la prise en charge, partenariats sociaux, psychiatrie de liaison, populations à risque psychiatrique majeur – SDF, détenus – ). Ils ne traitent pas non plus, au cours de leurs études, des questions de santé publique (accessibilité, priorisation des pratiques en fonction des contextes locaux). Les aspects de prévention, de réhabilitation et de réinsertion sociale seraient également déficitaires dans leur formation.

- La difficile gestion des relations avec des détenus présentant des troubles mentaux

L'administration pénitentiaire a pour mission essentielle d'assurer la prise en charge et le suivi de l'ensemble des personnes placées sous main de justice, détenues ou suivies en milieu ouvert. S'agissant des détenus, il lui appartient, pour mener à bien sa mission de prendre en compte, des contraintes prioritaires de sécurité.

---

<sup>193</sup> Les choix qui conduisent les jeunes soignants à modifier la trajectoire de leur carrière mériteraient d'être explicités (retour en services somatiques, abandon, installation en libéral...).

Outre le développement de la capacité de mise à exécution des peines en milieu pénitentiaire<sup>194</sup>, la LOPJ fixe dans ses priorités l'amélioration du fonctionnement des services pénitentiaires en :

- ❑ accroissant le niveau de sécurité des établissements,
- ❑ améliorant la prise en charge et le taux d'activité des détenus,
- ❑ favorisant l'accès des détenus aux soins médicaux et psychologiques,
- ❑ mettant à niveau les services d'administration déconcentrée et de formation,
- ❑ revalorisant le statut des personnels pénitentiaires et améliorant les conditions d'exercice de leurs missions.

Elle pose notamment pour principe que les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier du même accès au soin que celui donné à la population générale tout en respectant les règles de sécurité liées à leur condition. Les contraintes carcérales ne permettant pas un suivi continu des patients atteints de troubles mentaux, la LOPJ prévoit la création d'unités hospitalières psychiatriques en établissements de santé.

Ces priorités rejoignent les recommandations édictées par le Conseil de l'Europe<sup>195</sup>.

Les personnels de détention doivent accomplir leur mission avec des détenus présentant en grand nombre des troubles du comportement souvent dus à une maladie mentale. Outre le fait qu'il ne leur est pas aisé de prendre en charge et de gérer des relations avec ce nouveau profil de détenus, certains facteurs d'ordre contextuel aggravent cette situation.

Ainsi, en l'absence de permanence de nuit et de fin de semaine assurée par les UCSA et SMPR, les personnels de surveillance se trouvent dans l'obligation de faire appel à des médecins généralistes de garde ou à SOS médecins ou encore aux services des urgences de l'hôpital. Les délais d'intervention sont variables et lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, certains services hospitaliers répugnent à prendre en charge des détenus.

En maison d'arrêt, outre la surpopulation carcérale endémique subie par certains établissements, le phénomène de l'importance des flux (84 710 entrées en détention en 2004) et la forte proportion de détenus provisoires parmi les personnes écrouées (près de 70 % en 2004) liée à la courte durée moyenne de leur séjour (4,3 mois) sont autant de facteurs qui, d'emblée, ne facilitent pas les conditions de prise en charge des détenus en général et *a fortiori* de ceux présentant des troubles mentaux.

Lors de l'écrou, qui intervient fréquemment en fin de journée (entre 20 et 24 heures suivant les lieux) les surveillants ne disposent pas, sauf quelques rares exceptions (mise en place d'un protocole<sup>196</sup> et/ou transmission de notices individuelles), d'éléments sur la personnalité et l'état de santé du détenu et leur principal souci est de prévenir le risque de suicide lié au choc de l'incarcération en évitant que la personne ne soit placée en cellule individuelle. La crainte de la mise en cause de leur responsabilité, en cas de suicide d'un détenu, a été évoquée, lors des entretiens conduits par la mission comme une préoccupation constante des personnels de surveillance.

Au quotidien, les surveillants sont déconcertés par l'attitude peu compréhensible de certains détenus qui refusent tout dialogue, se montrent agressifs ou tiennent des propos incohérents.

<sup>194</sup> A cet effet, la loi d'orientation et de programmation pour la Justice précitée, met l'accent sur le développement de la capacité des établissements pénitentiaires et l'augmentation des conditions de détention, le fort développement du placement sous surveillance électronique, le renforcement des services pénitentiaires d'insertion et de probation ainsi que celui des structures en milieu ouvert.

<sup>195</sup> Recommandation R (87) 3 sur les « règles pénitentiaires européennes », recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

<sup>196</sup> A Privas, un protocole entre les services de police et de gendarmerie, d'une part, et la maison d'arrêt, d'autre part, a permis de mettre en place une fiche de liaison qui retrace le comportement du détenu depuis sa garde à vue. En outre, chaque intervenant en détention note sur un carnet de liaison les particularités de comportement du détenu qu'il a pu repérer. Ce document est exploité par l'UCSA et par deux « référents suicides » désignés parmi les personnels de détention. Un tel dispositif, concevable dans une maison d'arrêt de petite taille, est difficilement concevable à mettre en place dans des établissements de taille importante où les flux de populations carcérales sont considérables.

Ces attitudes constituent, particulièrement de nuit, un facteur de stress supplémentaire dans l'exercice de leur difficile mission. Confrontés à l'objection du secret médical<sup>197</sup>, les personnels de détention ne disposent pas, en général, d'éléments leur permettant de décrypter l'attitude des détenus même si la mission a constaté que dans certains établissements pénitentiaires (Privas, Château-Thierry) des échanges existaient entre les personnels soignants et les surveillants sur l'état de santé des détenus.

Astreints à un objectif prioritaire de sécurité et de maintien de l'ordre au sein de l'établissement, les personnels de détention se fondent essentiellement sur leur sens de l'observation, leur savoir-faire professionnel et le dialogue pour gérer les relations avec les détenus. Souvent, l'information sur l'attitude « anormale » d'un détenu est donnée aux surveillants par d'autres détenus.

*« La violence sous toutes ses formes est partout présente en détention,...à l'égard des personnels de surveillance mais aussi entre détenus. Les détenus atteints de troubles mentaux en sont parfois auteurs mais aussi victimes. Pour les détenus, [elle] peut être un instrument au service de la réalisation d'un objectif plus ou moins clair et maîtrisé. Ainsi, la violence est d'abord tout simplement un moyen de se protéger, soit pour se défendre en cas d'agression, soit pour montrer qu'on ne se laissera pas faire si un autre détenu vous cherche. Elle constitue également une réponse aux provocations de certains personnels de surveillance...la violence est sans doute une arme qui va blesser, permettre de se venger, de se défouler<sup>198</sup> ».*

Les actes d'agression sur autrui ont été notamment en augmentation constante au cours des trois dernières années.

**Tableau N° 6 : Nombre des agressions sur autrui de la part de détenus entre 2003 et novembre 2005**

	2003	2004	Au 07/11/05
<b>Agressions de personnels</b>	463	519	485
<b>Agressions entre détenus</b>	174	309	334
<b>Homicides sur détenus</b>	3	2	4

Sources : DAP – EMS 1 : pôle statistique

Dans les établissements pour peine, la relation entre surveillants et détenus a vocation à s'établir sur du plus long terme<sup>199</sup>. Le statut de condamné stabilise la situation pénale et permet d'envisager un projet de prise en charge. Toutefois, la présence de détenus signalés comme particulièrement dangereux au sens criminologique impose un respect strict des règles de sécurité.

Le faible nombre de SMPR (8 au total) dans les établissements pour peine, les délais d'admission, parfois longs vers les SMPR de rattachement, les réticences de certains hôpitaux psychiatriques à prendre en charge des détenus ne facilitent pas la gestion des condamnés atteints de troubles mentaux. De plus, la question de la simulation d'un état pathologique aigu pour parvenir à une évasion en cours d'hospitalisation ou de transfèrement reste, pour les surveillants, une préoccupation constante.

<sup>197</sup> Une objection qualifiée de « chape de plomb » par certains personnels de surveillance rencontrés.

<sup>198</sup> « Violences en prison » - rapport de recherche ENAP avec le soutien du GIP « Mission de recherche Droit et Justice » - octobre 2005 (page 221).

<sup>199</sup> Toutefois, les contraintes de sécurité imposent des transferts fréquents de détenus en cours d'exécution de peines d'un établissement pénitentiaire à l'autre.

Le nombre de détenus qui s'évadent au cours d'une hospitalisation d'office tend, par ailleurs, à augmenter. Au cours des trois dernières années, il a été le suivant :

**Tableau N° 7 : Nombre des évasions entre 2003 et 2005**

Années	2003	2004	Au 22/12/2005
Evasions en cours d'HO	40	40	45

Source : DAP EMS 1-pôle statistique

Certains établissements pour peines prennent plus particulièrement en charge des détenus présentant des troubles mentaux dont essentiellement le centre pénitentiaire (CP) de Château-Thierry qui comprend un quartier maison centrale (QMC) et un quartier centre de détention (QCD) et qui a pour particularité de recevoir, à la demande d'un autre établissement pénitentiaire, des détenus présentant des troubles de comportement<sup>200</sup> ne relevant ni d'une hospitalisation d'office, ni d'un placement en SMPR<sup>201</sup>. D'une capacité de 101 places, il compte en moyenne 70 occupants (50, dont 5 internés à la date de la visite de la mission le 13 octobre 2005). Le transit<sup>202</sup> par cette structure est censé favoriser la re-socialisation, ou à tout le moins la normalisation des détenus, en vue d'une réadaptation à la vie en détention, sinon à la vie sociale. A leur arrivée, les détenus passent par une phase d'observation de 8 jours renouvelables une fois et à l'expiration d'un délai de trois mois, un dossier est constitué afin d'envisager une proposition de transfert à l'administration centrale qui prend une décision d'orientation sur un autre établissement, ce dont ils sont informés.

La prise en charge des détenus impose un important investissement et un savoir-faire spécifique des personnels de surveillance. Elle est axée sur la participation à des activités pour sortir les uns ou les autres de leur incommunicabilité (jardinage, bricolage, musique, peinture sur soie, poterie, vidéo, sculpture) et certains détenus bénéficient d'un travail rémunéré aux ateliers ou au service général. Le très petit groupe est privilégié. Les échanges entre les surveillants et le personnel soignants sont fréquents et fructueux. Le principe est le consentement aux soins et les soins obligés restent l'exception.

De l'avis des interlocuteurs rencontrés, on observe que des détenus difficiles sur le plan comportemental et disciplinaire parviennent avec le temps à retrouver un certain équilibre. Reste que ce mode de prise en charge ne peut concerner qu'une part infime de la population carcérale.

Afin de mieux individualiser la peine, l'administration pénitentiaire a mis en place, à partir de 1997, le projet d'exécution de peines (PEP). Généralisé par une circulaire du 21 juillet 2000, ce dispositif a notamment pour objectifs d'inscrire le détenu dans une perspective d'évolution individuelle, de définir les modalités de sa prise en charge et d'améliorer l'individualisation de la peine en proposant au juge des éléments objectifs d'appréciation.

Au vu de ces objectifs, les établissements pénitentiaires ont réexaminé certains principes d'organisation. Ils ont mis en place une phase d'accueil des détenus, organisé le service des agents afin de permettre une meilleure observation et formé les personnels à cet effet. Des commissions pluridisciplinaires<sup>203</sup> dans lesquelles sont formalisés les objectifs de chaque détenu se tiennent régulièrement.

<sup>200</sup> Les détenus qui sont accueillis dans cet établissement sont souvent condamnés à de longues peines, voire à perpétuité (15 %) pour des atteintes à personnes. Ils sont originaires de l'ensemble du territoire national pour la maison centrale, de l'Aisne, d'Ile-de-France ou de Picardie pour le centre de détention. La moyenne d'âge est plus élevée que la moyenne nationale (93 % ont plus de 25 ans).

<sup>201</sup> Selon la note DAP 000 111 du 5 mars 2005, les critères d'affectation, strictement pénitentiaires sont les suivants : peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ; manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité ; ingestion répétitive de corps étrangers ; automutilations fréquentes ; tentatives de suicides répétées ; personnalité passive entraînant des sévices ou agressions de la part d'autres co-détenus ; agressivité constante et incontrôlable (sans que cela corresponde à des cas disciplinaires).

<sup>202</sup> Le séjour, en principe transitoire, est d'une durée de l'ordre de 6 à 9 mois.

<sup>203</sup> Ces commissions comprennent des personnels de détention, du SPIP, de la formation, des ateliers, le juge de l'application des peines et un psychologue.



Toutefois ce dispositif qui prouve sa pertinence<sup>204</sup>, a vocation à s'appliquer surtout aux établissements pour peine et suppose l'adhésion du détenu, qui est loin d'être systématique.

- Les difficultés rencontrées par les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) pour suivre des personnes ayant des troubles mentaux

Depuis la réforme de 1999<sup>205</sup>, les SPIP interviennent, tant en milieu ouvert que fermé, à double titre. Avant le jugement ou concomitamment à celui-ci, ils sont chargés d'effectuer des enquêtes sociales rapides. Ils peuvent être également mandatés pour suivre des mesures de contrôle judiciaire et, à l'issue des audiences, ils doivent accueillir et orienter les personnes condamnées. Après la décision de condamnation, il leur appartient de suivre les personnes placées sous main de justice (incarcérées ou libres) afin de faciliter leur réinsertion (demande de logement, de formation, d'allocations diverses) et d'assurer le suivi des obligations qui leur sont imposées, notamment celle de soins.

Avec un effectif budgétaire de 2 518 personnes en 2004, les SPIP ont assuré notamment le suivi de 84 710 personnes entrées en prison et de 135 721 mesures en milieu ouvert<sup>206</sup>. Les interlocuteurs rencontrés par la mission ont qualifié leur charge de travail de lourde<sup>207</sup>. Certains ont dénoncé les trop longs délais de prise en charge en milieu ouvert et la périodicité trop espacée des rencontres avec les condamnés.

Les personnels des SPIP ne sont pas formés spécifiquement à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux. La plupart relève que les personnes placées sous main de justice sont de plus en plus désocialisées, agressives et présentent souvent d'importants troubles du comportement. En prison, les conseillers d'insertion et de probation se trouvent dans une situation proche de celle des surveillants et ils essaient de décrypter le profil des détenus suivant les éléments dont ils disposent (dossier, échanges avec les personnels de surveillance, les soignants et les détenus). Plusieurs interlocuteurs rencontrés ont souligné leur inquiétude et leur impuissance concernant la libération en fin de peine de condamnés qu'ils considéraient comme particulièrement dangereux et qui refusaient tout suivi.

En milieu ouvert, principalement dans le cadre de sursis avec mise à l'épreuve assortie d'une obligation de soins, le contrôle des SPIP reste formel en raison du secret médical et se limite le plus souvent à la production d'un certificat médical par le condamné justifiant qu'il consulte régulièrement un médecin. Des échanges ont parfois lieu avec les médecins en raison des liens personnels tissés entre les acteurs sur le terrain, mais ils ne sont jamais institutionnalisés. La problématique du secret médical est, en effet, très prégnante. Si pour les auteurs d'infractions sexuelles, l'institution du médecin coordonnateur constitue un progrès<sup>208</sup>, il convient de constater qu'en ce qui concerne les autres condamnés et notamment ceux qui souffrent d'une maladie mentale, les SPIP ne sont pas en mesure de contrôler l'effectivité du suivi des soins.

<sup>204</sup> Une meilleure indemnisation des victimes par les détenus, un meilleur aménagement du temps de détention, des décisions d'orientation mieux préparées et des projets d'insertion plus construits ont été constatés. La mission en a mesuré les avantages lors de son déplacement au centre de détention pour femmes de Rennes.

<sup>205</sup> Le décret n° 99-276 du 13 avril 1999 portant création des SPIP a fusionné en unité unique, au niveau départemental, les services chargés des condamnés libres (CPAL) et ceux qui prenaient en charge les détenus en milieu fermé (services socio-éducatifs).

<sup>206</sup> Source : les chiffres clés de la Justice - octobre 2005 – ministère de la Justice – direction de l'administration générale et de l'équipement – sous direction de la statistique, des études et de la documentation.

<sup>207</sup> La charge de travail des SPIP est soulignée par la Cour des comptes dans le rapport sur la gestion des prisons précité. Par ailleurs une mission d'évaluation des SPIP est actuellement confiée à l'IGSJ.

<sup>208</sup> Confer § sur le suivi socio-judiciaire.

### 3.2.3.3 Davantage de doutes devant une tendance à plus de jeunesse et de féminisation des professionnels

- La crainte d'une perte d'expérience collective due au renouvellement rapide et massif des générations (dans tous les secteurs : hôpitaux, prison, police, gendarmerie)
- Le renouvellement des générations est un phénomène qui dans le secteur sanitaire devrait s'accélérer

Alors qu'en 1990, les soignants de la tranche d'âge des 26-40 ans étaient largement majoritaires, le phénomène est inversé en 2004 au profit des personnels se situant entre 41 et 55 ans.

Les tableaux ci-dessous<sup>209</sup> illustrent la situation pour 4 des établissements visités par la mission.

**Tableau N° 8 : Evolution de la tranche d'âge des 26-40 ans**

Années	CHGR de Rennes	CHU de Montpellier	CHU de Rennes	CHS du Vinatier
1990	60,89 %	59,9 %	57 %	58,71 %
2004	36 %	40,19 %	48,7 %	32,37 %

**Tableau N° 9 : Evolution de la tranche d'âge des 41-55 ans**

Années	CHGR de Rennes	CHU de Montpellier	CHU de Rennes	CHS du Vinatier
1990	37,44 %	36,74 %	23 %	34,34 %
2004	51,57 %	49,70 %	47 %	60,12 %

Les embauches de personnels jeunes qui devraient s'accroître ont déjà touché beaucoup d'établissements comme le montre le tableau ci-dessous, à l'exception du CHU de Rennes.

**Tableau N° 10 : Evolution de la tranche d'âge des moins de 25 ans**

Années	CHGR de Rennes	CHU de Montpellier	CHU de Rennes	CHS du Vinatier
1990	1,67 %	2,41 %	8 %	2,45 %
2004	10,54 %	3,36 %	1,7 %	4,11 %

- La transmission des savoirs et des compétences est mise en cause

La conjonction d'un rajeunissement des effectifs accompagné de départs massifs ne facilite pas la transmission des savoirs. Le phénomène est d'autant plus accentué que les nouveaux infirmiers sont beaucoup plus mobiles qu'auparavant. Il a un impact sur l'ancienneté des agents dans l'établissement et donc sur la stabilité des équipes.

Au CHGR de Rennes par exemple, le pourcentage des agents ayant plus de quinze ans d'ancienneté, s'il est plus important en 2005 (44 %) qu'en 1990 (35 %), tend à se réduire rapidement puisqu'il atteignait 49 % en 2000. La situation est comparable dans les autres sites visités par la mission<sup>210</sup>.

<sup>209</sup> Source : Enquête de la mission auprès des directions.

<sup>210</sup> Au CHS du Vinatier, les soignants qui ont plus de quinze ans d'ancienneté sont 49,73 % contre 57,18 % en 2000, pic de l'évolution. Au CHU de Rennes, 50 % des agents ont plus de quinze ans d'ancienneté, ils étaient

Les responsables de ces établissements sont manifestement inquiets de ce risque ; ils cherchent différentes solutions dont la mise en place de formations adaptées aux infirmiers nouvellement recrutés<sup>211</sup>. En ce sens les dispositifs prévus au Plan de santé mentale (consolidation des savoirs, tutorat...) peuvent répondre aux craintes des professionnels de santé de perte d'expérience collective.

- La crainte d'un déséquilibre homme/femme parmi les professionnels va de pair avec une représentation ambivalente des femmes perçues comme plus adroites et plus faibles
- Dans le secteur de la santé

La plupart des interlocuteurs rencontrés ont fait état des inconvénients manifestes d'une féminisation trop accentuée du personnel infirmier, ce qui est loin d'être démontré comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau N° 11 : Taux de féminisation.**

Années	CHGR de Rennes		CHU de Montpellier <sup>212</sup>		CHU de Rennes		CHS du Vinatier	
	H	F	H	F	H	F	H	F
1990	34 %	66 %	18,51 %	81,49 %	11 %	89 %	21,95 %	78,05 %
2004	29,5 %	70,5 %	16,77 %	83,23 %	12,7 %	87,3 %	20,84 %	79,16 %

Source : enquête de la mission auprès des directions

En fait, la féminisation des personnels ne s'accroît que très lentement<sup>213</sup>.

Il est manifeste que les IDE femmes n'interviennent pas dans le dispositif d'appel en renfort (confer *supra* les enquêtes au CHGR de Rennes et aussi le caractère inopérant d'appel à renfort au CHS du Vinatier compte tenu de la faible proportion d'infirmiers hommes). S'il s'agit de contenir par la force un patient en état de crise, les femmes sont en général incapables de le faire.

Mais toutes les situations de crise ne se terminent pas fort heureusement par ce recours à la force. Quand on interroge plus à fond les responsables de sites ou les médecins, ces derniers conviennent que dans beaucoup de situations de crise leur capacité d'analyse, le lien qu'elles étaient capables d'avoir avec les patients leur a permis de les dénouer avec succès. La fragilité supposée des femmes est donc loin d'être vérifiée, bien au contraire.

- Dans le secteur de l'administration pénitentiaire

Si la loi du 7 mai 1982 pose le principe de l'égalité d'accès des hommes et des femmes aux emplois publics, le décret du 16 octobre 1982, qui déroge au principe général de non discrimination à l'emploi, autorise des quotas dans l'administration pénitentiaire compte tenu de la spécificité de ses missions. Cette administration s'est depuis fort longtemps<sup>214</sup> préoccupée de la féminisation des personnels, d'abord par tradition de culture de gestion mais aussi et surtout parce que les conditions matérielles d'organisation du travail et du service

---

55 % en 2000. Au CHU de Montpellier, le pourcentage des agents ayant plus de quinze ans d'ancienneté est de 45,67 % (43,79 pour ceux de la Colombière) alors qu'il se situait à 53,68 % en 2000.

<sup>211</sup> Par exemple, au CHGR de Rennes.

<sup>212</sup> Les proportions sont un peu différentes pour l'hôpital de la Colombière (27,25 % d'hommes et 72,25 % de femmes en 2004).

<sup>213</sup> L'évolution est même inversée au CHU de Rennes.

<sup>214</sup> Comité technique paritaire du 15 décembre 1983.

l'imposent (impossibilité de réaliser des fouilles tant corporelles que par palpation sur des détenus autrement que par un agent du même sexe<sup>215</sup>).

Au 1<sup>er</sup> septembre 2005, le taux de féminisation des emplois dans les établissements pénitentiaires s'élevait, tous corps confondus, à 16,33 % des effectifs et s'établissait par catégorie de personnels ainsi que suit :

**Tableau N° 12 : répartition hommes femmes des personnels pénitentiaires.**

	Surveillants	Premiers surveillants	Chefs de services pénitentiaires
Femmes	3 114	175	201
Hommes	15 412	1 827	667
%	17 %	9 %	23 %

Source : DAP/RH3/SEE

Un rapport<sup>216</sup> établi à la suite d'une enquête réalisée sur cette question à partir de 423 entretiens conduits sur 23 sites<sup>217</sup> de janvier à mai 2000 met en exergue les difficultés rencontrées par les surveillantes dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes et avec certains de leurs collègues masculins.

S'agissant des relations avec les détenus, des problèmes surgissent parfois avec certaines populations originaires d'Afrique du nord qui refusent les ordres de la part d'une femme, ou encore avec les détenus jeunes particulièrement virulents. Excepté ces difficultés, l'expérience semble bien perçue par la population pénale qui vit l'arrivée des surveillantes comme « *un rayon de soleil* » (confer note 217 ci dessous).

Ainsi, les détenus s'adressent plus facilement à la surveillante pour lui demander des conseils, des informations, celle-ci plus à l'écoute, y apporte des réponses, ce qui permet de réguler certaines tensions. D'autre part, les détenus semblent plus corrects à l'égard des femmes, un incident avec une surveillante étant vécu comme un acte dégradant. Ils protègent la surveillante ; les incidents caractérisés sont peu nombreux mais les insultes et remarques désobligeantes ou rumeurs sont plus fréquentes et contrairement à celles adressées aux surveillants, elles sont sexuées.

« *Les femmes sont plus strictes dans l'application de la règle : cela se manifeste par le fait qu'elles sont plus vigilantes à ce qu'il n'y ait pas d'exceptions, de passe-droit par rapport à celle-ci. Contrairement aux surveillants qui peuvent avoir tendance à régler les conflits « entre hommes », en se posant comme porteurs de la loi, les surveillantes interviennent le plus souvent en faisant référence à une loi à laquelle elles sont elles-mêmes soumises et dont elles sont porte-parole* »<sup>218</sup>.

De l'avis des chefs d'établissements pénitentiaires, « *la plus grande écoute, les relations individuelles avec le personnel, le dialogue avec la population pénale, un meilleur sens de la négociation, une sensibilité particulière sont autant de qualités reconnues [aux femmes] par*

<sup>215</sup> L'article D.275 du code de procédure pénale dispose que les détenus ne peuvent être fouillés que par des personnes de leur sexe, et dans des conditions qui, tout en garantissant l'efficacité du contrôle, préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

<sup>216</sup> Rapport sur la mixité des postes en détention (féminisation des emplois en détention hommes) – Direction de l'administration pénitentiaire – Bureau de l'organisation des services SD2 – juin 2000.

<sup>217</sup> 3 maisons centrales, 8 centre de détention, 12 maisons d'arrêt.

<sup>218</sup> « *Violences en prison* » - rapport de recherche ENAP avec le soutien du GIP « Mission de recherche Droit et Justice » - octobre 2005 (pages 161, 162).

*leurs proches collaborateurs et leur présence lors des conflits apaisent plus facilement les esprits et les comportements violents* »<sup>219</sup>.

### 3.2.4 Un cadre d'exercice des soignants instable

Les principes auxquels obéissent la gestion des secteurs de psychiatrie, leur organisation et les pratiques médicales, ne sont plus suffisamment stabilisés. De plus, la discipline paraît traverser une période de flottement sur le plan de la théorie. Cette situation désoriente les équipes soignantes et a des conséquences sur leurs aptitudes à traiter les situations les plus difficiles qu'elles rencontrent dans la prise en charge des malades.

#### 3.2.4.1 La perplexité des soignants devant les droits nouveaux des patients

La loi relative « *aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » du 4 mars 2002, en affirmant avec éclat les droits des malades, a pu donner aux professionnels de santé le sentiment que s'installait désormais une relation déséquilibrée entre le soignant et le soigné.

De nombreux professionnels de santé, rencontrés dans les services de psychiatrie par la mission, expliquent qu'aujourd'hui les malades ont tous les droits et que les soignants n'en ont plus aucun. Inquiets des effets sur le malade d'un accès sans limite à son dossier médical, peu sûrs de leur autorité pour obtenir de leur patient le minimum de compliance au traitement nécessaire, les soignants disent ne plus avoir une assurance suffisante pour en imposer au malade quand celui-ci, du fait de sa pathologie, pourrait se révéler dangereux.

Ce serait une erreur de trop rapidement mettre l'expression de ce malaise sur le compte de la nostalgie détestable d'une époque où la toute puissance du soignant allait avec la réification du sujet souffrant. Certaines dispositions législatives en faveur des droits des malades exposent objectivement à de réelles difficultés en psychiatrie. Mais, au-delà de la question du bien-fondé de textes qui « *constituent une étape importante dans le processus de modernisation du système de santé* »<sup>220</sup>, il convient de s'intéresser au ressenti de tous les acteurs en présence, notamment des soignants. Négliger ce ressenti pourrait en effet avoir des conséquences néfastes sur le bon fonctionnement de notre système de soins.

#### ➤ La transparence n'a pas que des vertus

La loi du 4 mars 2002 impose que tous les malades aient un total accès à leur dossier médical, y compris les malades mentaux. Ces dispositions posent un problème de sécurité pour les soignants quand l'information médicale transmise au malade vient nourrir un délire de persécution capable d'entraîner des réactions agressives à l'égard d'autrui. Dans d'autres cas, c'est à l'égard de soi-même que le patient peut se montrer dangereux, à la suite de révélations difficiles à accepter pour lui.

<sup>219</sup> Jérôme Harnois « *le personnel de direction féminin dans l'administration pénitentiaire* » mémoire DAP 1998 ; « *Surveillantes en détention hommes* » -Juliette Inizan, Solenne Deveaux et Jean-Yves Vêtu.

<sup>220</sup> Courrier juridique des affaires sociales (bimestriel d'information juridique des ministères des affaires sociales, du travail et de la solidarité et de la santé, de la famille et des personnes handicapées). N°38. Juillet-Août 2002.

Lorsqu'un patient est hospitalisé sans son consentement, la loi fait obligation de porter sans délai à sa connaissance le contenu du certificat médical ayant recommandé la mesure prise à son endroit. En conséquence, c'est souvent dans la chambre d'isolement, où le malade en phase d'agitation a été accueilli, que le certificat médical sera communiqué. Dans bien des cas, le malade est hors d'état de comprendre ce qui lui est alors expliqué. Dans le pire des cas, il redoublera de fureur.

La loi reconnaît au malade le droit d'accès à son dossier médical<sup>221</sup> et considère qu'un malade mental a les mêmes droits que tous les malades. Ces deux principes sont excellents. Traiter le malade en sujet commence par la reconnaissance et l'exercice de son droit à connaître ce que la médecine dit de lui et fait pour lui.

Cependant, la relation entre le soignant et le soigné comporte une forte dimension affective, pour se contenter ici d'une formulation très générale, qui se régleme difficilement par la seule logique du droit. Ainsi, de façon souvent transitoire, une certaine opacité sur sa situation peut être nécessaire pour qu'un malade continue d'évoluer vers un meilleur équilibre de sa santé. Certains malades nous le rappellent qui jurent n'avoir jamais appris de leur médecin la gravité de leur mal, quand tout leur a été clairement expliqué. Ils se sont rendus sourds à ce qu'ils avaient peur d'entendre et qu'on a voulu tout de même leur dire.

Droit d'accès au dossier médical et besoin parfois d'un certain degré d'opacité dans la relation soignante forment une contradiction dont les dispositions législatives actuelles n'ont pas toujours su respecter les deux termes.

➤ Les limites introuvables de la liberté et de la responsabilité

Le malade mental n'a pas toujours conscience de sa maladie et nie la nécessité du soin. Dans certains cas où il pourrait, du fait de sa pathologie, mettre en danger autrui, ou porter atteinte à sa propre vie, s'il refuse tout traitement, il convient de l'hospitaliser sans son consentement.

Des dispositions législatives (la loi du 27 juin 1990) définissent les modalités de cette hospitalisation sans le consentement du malade. Elles ont à la fois le souci de préserver la sécurité publique et celui de porter secours à un malade. Elles veulent surtout garantir les libertés de la personne malade en réglementant très strictement les mesures de contrainte dont elle peut faire l'objet. La loi du 4 mars 2002 a insisté sur cette dernière préoccupation en affirmant qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (article L.1111-4 du code de la santé publique). L'hospitalisation sans le consentement du malade fait donc figure d'exception. Dans ces conditions, trop en user fait naître le soupçon d'être liberticide. Ainsi, après la promulgation de la loi du 27 juin 1990, le constat d'un doublement des mesures de contrainte en 10 ans a inquiété.

Volontiers accusés de ne pas respecter la liberté du malade, les soignants peuvent s'abstenir de contraindre un patient réticent. Ils ont alors le sentiment de se protéger au mépris des devoirs liés à leur mission. Ils risquent de se voir reprocher par la collectivité de ne pas avoir porté assistance à une personne en danger. A l'inverse, les soignants accepteront de contraindre, mais dans le respect scrupuleux des formes prévues par la loi. Alors, à la moindre réticence d'un patient au traitement pourtant nécessaire, ils engageront une procédure

<sup>221</sup> Dans le cas d'une HO, et en cas de risque avéré, la loi du 4 mars 2002 prévoit cependant que la consultation de son dossier par le malade est subordonnée à la présence d'un médecin.

d'hospitalisation sans le consentement du malade, quand ils auraient pu tenter de plus longues négociations avec la personne pour obtenir qu'elle accepte les soins. De ce fait, les soignants resteront fidèles aux devoirs liés à leur mission, mais le nombre des mesures de contrainte entraînera le soupçon de l'abus.

- La peur de la faute et de la mise en cause pénale rend les conduites des soignants incertaines

Tantôt redoutant d'être poursuivis par la justice pour avoir été trop interventionnistes en procédant à des hospitalisations de malades contre leur gré, tantôt craignant d'être accusés d'avoir abandonné à son sort un malade dont la liberté était aliénée par la maladie, les soignants finissent par ne plus savoir jusqu'où ils peuvent se montrer contenant avec un patient refusant les soins, jusqu'où leur responsabilité est engagée s'ils laissent faire. Ils manquent alors, et de l'autorité sachant limiter par sa seule présence les débordements d'un trouble du comportement, et de l'assurance permettant de trouver le ton et les attitudes les plus à même d'apaiser le malade.

Pourtant, il est rare qu'un soignant en psychiatrie soit mis en cause pénalement dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. Aucun des soignants rencontrés par la mission n'a pu évoquer une situation réelle capable de justifier ses craintes. La peur n'a pas besoin du soutien des faits pour se répandre.

- Les soignants sont en quête de reconnaissance

« *Placer le malade au centre du dispositif de soins* » est l'ambition générale poursuivie par le législateur, et des progrès sont encore à faire pour la satisfaire pleinement. Cependant, si le malade est au centre du dispositif, il reste à identifier la place occupée par les soignants. Lors des rencontres de la mission avec des professionnels de santé dans les services hospitaliers, qui tous affichent bien en évidence sur leurs murs la charte du patient, il est apparu que cette question, laissée pendante, affectait l'économie de la relation entre le soignant et le soigné. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant de voir grandir l'exaspération des soignants devant tout propos dit incivil tenu à leur égard par un patient.

#### 3.2.4.2 *Les imprécisions des pratiques médicales*

Prendre en charge médicalement un patient dangereux exige de posséder un savoir-faire, de pouvoir le cas échéant obliger à partager des informations entre tous ceux qui, susceptibles de s'entraider, doivent prendre des initiatives adaptées. Force est de constater que ces conditions sont rarement remplies.

- Face à un état d'agitation, la conduite à tenir n'est pas vraiment fixée au sein de la collectivité médicale

Sans ouvrir ici le débat sur l'intérêt des protocoles, qui ne concerne pas d'ailleurs la seule psychiatrie, il peut être utile d'établir un minimum de consensus sur la conduite à tenir face à un état d'agitation. Or, le moins que l'on puisse dire est que ce minimum de consensus est aujourd'hui décevant. Ainsi, des questions aussi élémentaires que celles de savoir qui intervient, et quel traitement sédatif est préférable, font l'objet de controverses entre les professionnels.

Certaines équipes médicales considèrent que seuls des professionnels de santé doivent intervenir auprès d'un malade présentant un état d'agitation. D'autres acceptent que des vigiles se chargent de maîtriser le malade. D'autres enfin préconisent des équipes mixtes mêlant soignants et vigiles. Certains optent pour une équipe spécialisée dans la prise en charge des états d'agitation, à laquelle les services de l'hôpital font appel en cas de besoin. D'autres estiment que la contention est mieux acceptée par le malade quand elle est exercée par des professionnels qui ont noué avec lui une relation de confiance.

On pourrait penser que ces divergences ne sont qu'affaire de circonstances. Il n'en est rien quand chacune de ces positions est soutenue par une argumentation théorique différente sur la place du soignant dans une épreuve de force engagée avec un malade.

Sur la question du traitement médicamenteux à prescrire pour obtenir un effet sédatif, les positions médicales ne sont pas mieux établies. Certains déconseillent au médecin généraliste intervenant au domicile du patient de prescrire un traitement sédatif, car cela rendrait impossible l'examen psychiatrique à l'arrivée dans le service des urgences. Le malade est alors transporté attaché dans l'ambulance jusqu'à l'hôpital, ce qui lui fait courir le risque de se blesser en se débattant pendant un trajet qui, en zone rurale, peut être long. Mais, le manque de consensus porte aussi sur la nature du traitement sédatif lui-même. Faut-il accepter de recourir à des associations médicamenteuses ? Si oui, lesquelles sont préférables ? Certains prescrivent des benzodiazépines. D'autres évitent de le faire par crainte des effets de dépendance susceptibles d'être entraînés.

Autant d'imprécisions sur la conduite à tenir face à une situation où les soignants et le malade peuvent être en danger, font courir à l'évidence bien des risques.

➤ La place de l'obligation dans le soin est définie dans la confusion

Pour la communauté médicale, obliger un sujet à s'engager dans une démarche de soin psychiatrique est impossible. Pourtant, le magistrat peut ordonner une obligation de soin ou une injonction thérapeutique. Et si le patient ne s'y conforme pas, sa situation pourra être réexaminée par le magistrat.

Selon cette opinion, le magistrat prescrit des soins que le médecin assure être dans l'impossibilité de dispenser. Le patient souscrit alors à une obligation formelle en se rendant régulièrement à des consultations médicales inutiles.

A d'autres moments, ce sont les médecins qui regrettent de ne pas pouvoir obliger certains de leurs patients à suivre un traitement. C'est le cas quand un médecin réclame la prolongation d'une mesure de sortie d'essai en HDT ou en HO, situation que le juge des libertés et de la détention, s'il était saisi, pourrait considérer comme abusive parce que durant depuis trop longtemps.



Quels soins peuvent être imposés à un sujet ? Quelles obligations sont utiles pour qu'un sujet finisse par s'engager dans une démarche de soin ? Quelles alliances sont souhaitables et envisageables entre le magistrat et le médecin autour d'une obligation à faire respecter ? Quelles pratiques peuvent être établies pour mettre en œuvre une obligation dans un soin, respectueuses de la liberté du sujet, de la déontologie médicale et de la mission du magistrat ? L'absence de réponses claires à ces questions entraîne une certaine confusion dans les façons de faire, du magistrat pour assurer le suivi judiciaire de la mesure d'obligation prononcée, du médecin pour informer la justice des soins engagés et pour définir avec le patient obligé les règles de leur relation.

➤ Le secret médical invoqué parfois à mauvais escient, parfois malmené

Sans le respect du secret médical, il n'y a pas de médecine possible. Un patient acceptant des soins se découvre à l'autre dans toute sa vulnérabilité. S'il devait craindre des conséquences néfastes pour lui, il pourrait refuser ou retarder les soins nécessaires. Intégré dans une équipe de professionnels non soignants, comme c'est le cas dans les centres de détention par exemple, un médecin, s'il en dit trop, court le risque de changer le regard des autres sur son patient avec des conséquences dommageables pour celui-ci. Il court aussi le risque de voir durablement ruinée sa réputation de discrétion, dissuadant alors bien des personnes de se confier à lui.

Cependant, une conception trop extensive du secret médical peut dans certains cas nuire aux intérêts du malade lui-même, et parfois mettre en danger autrui.

Suivi sur un plan médical, un patient peut aussi être pris en charge par d'autres professionnels ne relevant pas de la santé. Ainsi les personnels de surveillance, ou encore ceux du SPIP, sont en difficulté quand ils ne disposent d'aucun éclairage médical pour comprendre le comportement « particulier » d'un patient détenu, ou favoriser à sa sortie de détention sa réinsertion. Ils l'ont fréquemment rapporté à la mission lors de ses déplacements. Entre un secteur de psychiatrie et ces personnels, le dialogue utile au bon accomplissement des missions de chacun est rare.

Dans d'autres cas, les professionnels de santé peuvent détenir une information sur leur patient qui permettrait, si elle était connue d'autres professionnels non soignants en contact avec l'intéressé, de prendre des précautions élémentaires capables d'éviter un danger. Il peut être utile à des services de police, intervenant au domicile d'un patient connu d'une équipe médicale, de savoir que cette personne détient des armes. Il peut être utile à un juge des tutelles ou à un juge des enfants, ayant convoqué un patient, de savoir que cette personne n'est pas dans un état de santé bien stabilisé et qu'elle est susceptible de réactions incontrôlées.

Entre tout dire du patient et ne rien dire, il y a un équilibre à déterminer. Lors de ses rencontres avec des professionnels de la justice, de l'administration pénitentiaire, de la police et de la gendarmerie, de la santé, la mission a constaté que, par manque de repères sur les limites raisonnables du secret médical, les professionnels de santé adoptaient souvent des attitudes allant d'un extrême à l'autre, sans s'adapter forcément aux situations dans lesquelles ils se trouvaient.

### 3.2.4.3 *Les contradictions sur le plan de la théorie*

Les imprécisions sur le plan des pratiques médicales psychiatriques sont souvent liées à des contradictions existant au sein de la communauté médicale sur le plan de la théorie. Ces différents partis pris théoriques ont des effets opposés sur la prise en charge des patients dangereux.

#### ➤ Faut-il intervenir au domicile du patient ?

La réponse à cette question devrait faire consensus, si l'ensemble de la communauté médicale adhère bien aux thèses de la sectorisation psychiatrique. La sectorisation psychiatrique, née il y a près de 50 ans, soutient que les interventions précoces auprès des patients évitent des hospitalisations toujours traumatisantes, justifie l'implication des équipes psychiatriques pluridisciplinaires dans la cité, au plus près des lieux de vie des patients, pour travailler à la prévention et à la réinsertion des malades. A Pinel libérant les malades mentaux de leurs chaînes, succède un second acte fondateur dans les années 1960 quand les murs des asiles sont abattus. Abattre les murs des asiles libère les malades d'un enfermement, mais impose aussi aux soignants de sortir de leurs services hospitaliers. Désormais, la maladie mentale se prend en charge sans extraire le malade de son environnement social et familial. Les soignants pour cela abandonnent leur blouse blanche, cultivent le partenariat avec les services sociaux, les écoles, le monde du travail. La prévention et les soins se dispensent en tous lieux, de préférence hors de l'hôpital.

Les murs de l'hôpital ont dans bien des cas été abattus, les malades sont aujourd'hui traités pour la plupart sans être hospitalisés, mais les soignants restent le plus souvent attachés à des lieux hospitaliers. Ces lieux ne sont plus seulement les services hospitaliers. Ce sont les hôpitaux de jour, les CATTP, les foyers de postcure, les centres médico-psychologiques (CMP). Mais, ce sont toujours des lieux de l'hôpital où les soignants attendent la venue du malade. Ce ne sont pas les lieux des patients ou ceux de la cité.

Les équipes de secteur se déplacent auprès des malades à leur domicile, mais de moins en moins<sup>222</sup>, alors que la file active des patients traités augmente<sup>223</sup>. Lors de ses déplacements dans les départements, la mission a constaté que certains secteurs n'interviennent à domicile que pour des patients connus.

Les familles, les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les services de police ou de gendarmerie ne comprennent pas ces refus d'intervention des équipes de secteur psychiatrique au domicile des patients, souvent motivés par des raisons théoriques, et non par des insuffisances de moyens en personnel. Confrontés à des situations difficiles où le malade n'accepte pas toujours d'être orienté vers une consultation en CMP ou au service des urgences, les familles, les intervenants médicaux ou sociaux, éprouvent le besoin d'être aidés.

Ils sont alors surpris d'apprendre que les « spécialistes » de la maladie mentale et de sa prise en charge ne sont pas les mieux placés pour analyser le problème qui se pose, conseiller les attitudes les mieux adaptées aux troubles de la personne, instaurer avec le patient une relation

<sup>222</sup> La part prise par les visites à domicile est passée de 30 % à 20 % entre 1989 et 2000.

<sup>223</sup> Les files actives des secteurs ont augmenté de 62 % en 10 ans.

de confiance facilitant l'acceptation des soins. Tous les représentants des familles, les intervenants sociaux, les médecins généralistes, les services de police et de gendarmerie, rencontrés par la mission ont tenu ce discours. Tous regrettent qu'il faille souvent attendre la dégradation de l'état d'un malade pour qu'alors s'impose son transport à l'hôpital où enfin une équipe spécialisée le prendra en charge. Tous se plaignent de devoir trouver eux-mêmes les façons de faire pour soulager les souffrances du patient et limiter les risques pour les autres. Tous doutent de leur capacité à bien réagir dans ces situations et sont certains de commettre des erreurs.

Les équipes de secteur psychiatrique ne manquent pas de bonnes raisons pour refuser d'intervenir au domicile d'un patient présentant des troubles du comportement, dès lors qu'il ne demande pas des soins. L'examen d'un malade se passe dans des conditions d'objectivité et de sérénité plus grandes dans un lieu hospitalier. Le patient refusant des soins oblige une équipe de secteur à des actes de contrainte qui rendront difficile une alliance thérapeutique future. L'intrusion d'une équipe de secteur dans le domicile privé d'un patient viole son intimité, et peut être vécue comme une violence irréparable. Les proches qui réclament une intervention du secteur psychiatrique, alors que le patient ne demande rien, agissent sans doute dans l'intérêt de la personne, mais aussi pour assurer leur propre tranquillité ; il n'est pas toujours simple de savoir ce qui l'emporte dans les motifs d'un appel au secteur psychiatrique, et le risque est grand de voir instrumentalisées les équipes de secteur à des fins de contrôle social de toute forme de déviance.

A ces arguments, d'autres équipes de secteur répondent que le système de relations dans lequel se trouve pris le malade a sa place dans la constitution du trouble mental. Isoler le malade de son environnement, c'est se priver d'une approche globale de sa situation et de ses difficultés. Ils remarquent que les partisans d'une psychiatrie confinée dans les lieux aseptisés de l'hôpital représentent deux courants de pensée d'ordinaire opposés (les tenants d'une explication biologique de la maladie mentale et les défenseurs des thèses psychanalytiques). Ils considèrent que, moyennant l'observation d'un certain nombre de règles, il est possible de déjouer tous les pièges d'une intervention à domicile<sup>224</sup>.

Ces débats sur l'intervention des équipes de secteur au domicile du patient renvoient à des conceptions de la maladie mentale et de sa prise en charge très différentes. L'incompréhension qu'ils suscitent à l'extérieur de la discipline psychiatrique, les différences de pratiques qu'ils entraînent entre les secteurs, produisent un état de confusion général peu propice à la détermination de stratégies efficaces et sûres pour traiter la situation de patients susceptibles d'être dangereux.

➤ Faut-il organiser l'urgence psychiatrique ?

Les mêmes clivages théoriques se retrouvent autour de cette question.

Il n'y a pas si longtemps, les psychiatres en formation apprenaient que l'urgence en psychiatrie n'existait pas. Aujourd'hui, beaucoup redoutent de voir l'exercice de la psychiatrie absorbé par la pratique d'intervention en urgence, dominée par la logique de la crise. D'autres estiment qu'une présence forte et organisée de la psychiatrie aux urgences évite bien des hospitalisations inutiles, permet de mieux répondre aux besoins des malades. La conséquence

<sup>224</sup> Voir en annexe 19 la note sur l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC) du CH Charcot dans les Yvelines.

est l'existence de disparités importantes dans l'organisation actuelle des urgences psychiatriques.

Tous les modèles sont possibles, de l'absence de dispositif particulier à la mise en place d'un centre d'accueil et de crise fonctionnant 24h/24 (avec ou sans possibilité d'hébergement durable). Certains secteurs s'organisent pour rendre possibles des consultations en urgence dans leur CMP, d'autres considèrent que c'est impossible car cela se ferait au détriment de leurs activités programmées. Les liens entre le service des urgences de l'hôpital général et les formes d'accueil installées dans les hôpitaux psychiatriques ne sont pas toujours bien formalisés<sup>225</sup>.

- Faut-il prévoir dans les hôpitaux des unités d'hospitalisation spécialisées dans la prise en charge de la dangerosité ?

Deux types de raisons peuvent justifier l'existence dans les hôpitaux d'une ou de plusieurs unités d'hospitalisation spécialisées dans la prise en charge de la dangerosité :

- la nécessité de précautions particulières pour accueillir les patients dangereux,
- le besoin d'un traitement exigeant des techniques et des savoir-faire spécifiques.

Sur ces deux raisons, les désaccords sont nombreux.

Pour certaines pathologies mentales, la question de la dangerosité se pose tout au long du parcours du malade (c'est le cas principalement des psychoses et de la psychopathie). Prendre des précautions « particulières » n'a donc pas grand sens. La violence due à la pathologie mentale surgira toujours là où on ne l'attend pas<sup>226</sup>. Ce sont donc des précautions « générales » qu'il conviendrait de prendre, de manière à ce que tout soignant, à tout moment, soit apte à faire face à une situation de danger. De ce fait, les traitements et savoir-faire adaptés doivent être applicables par tous les soignants.

A l'opposé de ces analyses, certains professionnels estiment qu'une bonne organisation du dispositif de soins psychiatriques consisterait à juxtaposer toute une série de structures de soins adaptées chacune aux situations pathologiques différentes des patients. Les états de dangerosité importante sont des situations caractérisables, prenant leur place au sein d'une taxinomie des catégories pathologiques, méritant des solutions spécifiques. Les partisans de cette thèse ne trouvent pas raisonnable la cohabitation dans une même unité d'hospitalisation de malades dont la gravité et la nature des troubles sont très variables. Une telle organisation des soins ne peut que faire courir le risque de mal contrôler un état de dangerosité, et de voir certains malades renoncer à une hospitalisation les exposant à des promiscuités pénibles.

D'autres professionnels refusent l'idée d'une telle taxinomie des catégories pathologiques conduisant à la définition d'une offre de soins fragmentée. Ils défendent une psychiatrie générale ennemie de toutes formes de ségrégation capables de multiplier les représentations spécifiques de malades mentaux au nom de la prétendue nécessité d'une spécialisation de leur traitement. Cependant, ils peuvent tout de même approuver l'existence d'unités spécialisées

<sup>225</sup> Confer le compte-rendu d'activité de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale d'Avril 2005, page 12, où il est considéré que l'organisation entre les services de psychiatrie et les urgences de l'hôpital général « est davantage une apparence qu'une réalité dans de nombreux endroits ».

<sup>226</sup> Une unité pour malades dangereux avait été inaugurée au CH de Pau 3 mois avant le meurtre de deux soignants dans un pavillon accueillant des personnes âgées.

dans la prise en charge de la dangerosité pour des raisons tactiques. Mesurant les difficultés véritables rencontrées pour maîtriser les troubles du comportement de certains malades au sein d'unités de psychiatrie générale, ils espèrent, en concédant des mesures spécifiques pour ce type de patients, préserver pour tous les autres le principe d'un accueil dans des unités de soins mêlant toutes les pathologies.

Non seulement l'organisation de l'hospitalisation fait l'objet de solutions contraires reposant sur des conceptions différentes de la maladie mentale et de son traitement, mais les positions des uns et des autres peuvent aussi obéir à des considérations tactiques échappant à toute justification théorique.

#### 3.2.4.4 *La sectorisation psychiatrique est en pleine phase de mutation subie*

- L'orientation des patients traités vers le secteur correspondant à leur lieu d'habitation est de moins en moins prégnante.

La sectorisation psychiatrique a pour objectif d'organiser une offre de prévention, de soins et de réinsertion, pour répondre aux besoins d'une population vivant dans un espace territorial déterminé. Dès lors que les patients à prendre en charge sont de moins en moins orientés vers le dispositif du secteur psychiatrique correspondant à leur lieu d'habitation, ou s'adressent de moins en moins à ce dispositif, l'organisation sectorisée de l'offre de soins psychiatrique perd beaucoup de sa signification.

Pendant longtemps, seuls les effets du libre choix des patients pouvaient entraîner des prises en charge dites hors secteurs, dans un autre secteur psychiatrique que celui correspondant au lieu d'habitation. L'attitude plus ou moins ouverte des services à l'accueil de patients hors secteurs s'adressant à eux déterminait finalement l'importance donnée au poids de la sectorisation dans le fonctionnement du dispositif de soins psychiatrique.

La situation est aujourd'hui différente. Le libre choix des patients continue d'entraîner des prises en charge hors secteurs, mais, phénomène bien plus important en conséquences, la sur-occupation des lits conduit à hospitaliser les malades dans le premier lit vide de l'établissement, quel que soit le secteur auquel il appartient. En fin d'hospitalisation, une relation s'étant établie avec une équipe, le transfert vers une autre équipe pour assurer le suivi dans le secteur d'habitation étant compliqué, il n'est pas rare que le patient poursuive son traitement dans une structure de soins (centre de consultation ou CATTP) relevant du service hospitalier dans lequel il a été hospitalisé. Ainsi, peu à peu, c'est dans la totalité du dispositif de soins d'un secteur que la proportion des malades hors secteurs augmente.

- L'intersectorialité se développe avec des états d'âme sur l'avenir du secteur

Un secteur psychiatrique ne saurait disposer de l'ensemble des structures de prise en charge diversifiées qui lui sont utiles pour répondre aux besoins de la population de son territoire. Sur un secteur de 70 000 habitants environ (taille moyenne d'un secteur en France), certains problèmes particuliers de santé mentale ne sont pas assez nombreux pour permettre l'implantation d'une structure de soins adaptée et ayant une activité suffisante pour prétendre à l'efficacité. Il y a donc nécessité d'apporter une réponse spécifique à de tels problèmes particuliers à une échelle territoriale plus large correspondant à plusieurs secteurs. Ces structures intersectorielles se sont multipliées ces dernières années.

De nombreux professionnels redoutent que le développement exponentiel des structures intersectorielles finisse par transformer le secteur généraliste, répondant aux besoins d'une population de 70 000 habitants, en une coquille vide. Ils craignent qu'à force de spécialisations toujours plus étroites, on réduise le dispositif sectoriel classique à une peau de chagrin. Or, si ne devait plus être assurée la fonction généraliste du secteur actuel, confiant la responsabilité de l'accueil du tout venant à une équipe précise aisément repérable par les partenaires sociaux, alors le dispositif de soins psychiatrique risquerait de ressembler à un filet à larges mailles, incapable d'apporter des réponses à des situations échappant au calibrage des différentes formules de prise en charge mises en œuvre. Il faut craindre que parmi les situations passant entre les mailles du filet, il y ait justement celle des patients dangereux.

La conception de réponses spécifiques adaptées aux besoins des malades est une nécessité. Elle doit pouvoir se développer sans ruiner la fonction généraliste du secteur qu'il faut continuer de préserver, pour être certain de prendre toujours en charge les situations inclassables susceptibles d'échapper aux structures spécialisées mises en œuvre sur un territoire intersectoriel. L'équilibre entre ces deux nécessités demande un réglage délicat, et le respect de quelques principes d'organisation clairs. Pour l'heure, il semble surtout obéir aux aléas des opportunités, laissant les soignants des secteurs et leurs partenaires dans l'incertitude sur la configuration du dispositif de soins psychiatrique en train de se dessiner.

➤ Le secteur s'est découvert un concurrent : le réseau

La sectorisation psychiatrique affirme l'importance d'un partenariat à organiser pour assurer la prise en charge de pathologies chroniques dans toutes ses dimensions : sanitaire (soins et prévention), sociale, éducative. Cette organisation de relations entre un service hospitalier, des services sociaux et éducatifs, autour de la prise en charge globale du patient, constitue un réseau. A cet égard, la psychiatrie a défini, avec la théorie du secteur, un modèle dont on peut s'inspirer dans d'autres domaines, tels celui du cancer ou celui des personnes âgées. Pourtant, un concurrent est apparu : « le réseau ».

L'apparition de ce concurrent a suscité une certaine incompréhension chez les soignants en psychiatrie. Le secteur psychiatrique n'est-il pas un réseau ? En quoi « le réseau » est-il un nouveau modèle d'organisation en psychiatrie capable de se substituer au secteur ? Surtout en plein développement dans l'organisation des soins des autres disciplines médicales (MCO), « le réseau », comme le secteur psychiatrique, a pour objectif d'organiser les relations entre un ensemble de partenaires dont les actions sont complémentaires en faveur de la santé (au sens donné par l'OMS à ce concept) de la population d'un territoire.

Le département des Yvelines a mis en place un réseau « *de promotion pour la santé mentale* » couvrant un territoire de 600 000 habitants, se présentant comme un nouveau schéma d'organisation des soins en santé mentale. Ce réseau du Sud Yvelines proclame cependant ne pas être un concurrent du secteur. Il se veut « *une instance plus large dans lequel le projet médical est discuté avec l'ensemble des partenaires* »<sup>227</sup>, au sein de laquelle le secteur a sa place.

<sup>227</sup> Marie-Christine Hardy-Baylé et Christine Bronnec. « *Jusqu'ou la psychiatrie peut-elle soigner ?* » Ed. Odile Jacob. 2003.

La différence entre le nouveau schéma d'organisation des soins en santé mentale que serait le réseau, et le secteur psychiatrique tel qu'il a été défini dans les années 60, n'est pas facile à percevoir. S'agit-il d'un changement d'échelle territoriale ? S'agit-il de seulement modifier les règles du partenariat en évitant que la psychiatrie s'autoproclame pilote du dispositif ? S'il s'agit d'un changement d'échelle territoriale, bon nombre de soignants en psychiatrie redoutent la constitution d'organisations, trop grandes pour permettre une gestion simple des équipes, trop éloignées des micro-espaces au sein desquels des liens étroits entre partenaires doivent utilement se tisser, trop anonymes pour que soient aisément identifiables les responsabilités dans la prise en charge des problèmes de santé mentale d'une population, et plus précisément des problèmes de dangerosité des patients. S'il s'agit de modifier les règles du partenariat, des modalités pour le faire sont depuis longtemps définies (les conseils de secteur prévus par une circulaire il y a plus de 15 ans). Il suffirait de les mettre en œuvre.

Si le secteur psychiatrique se trouve à ce point bousculé par l'émergence de réseaux, c'est qu'il lui est souvent reproché de n'avoir pas tenu ses promesses. Nombreux sont en effet les secteurs psychiatriques qui défendent une théorie de l'action qu'ils sont loin d'appliquer, sans pouvoir justifier toujours l'existence de ce décalage par une insuffisance de moyens. L'expérience du sud Yvelines démontre qu'une nouvelle dynamique peut secouer vraiment les cloisonnements, multiplier les liens entre tous les acteurs de la santé mentale d'un large territoire.

➤ Le secteur est aujourd'hui devenu indéfinissable

Défini comme une « *circonscription géographique* » par la loi du 25 juillet 1985, le secteur psychiatrique devient, dans l'ordonnance du 4 septembre 2003, une entité indéfinie chargée d'exercer les missions de lutte contre les maladies mentales au sein d'un cadre territorial nouveau : « *le territoire de santé*<sup>228</sup> » (Article L.3221.2 du CSP). Non seulement l'ordonnance de 2003 mentionne l'existence des secteurs psychiatriques sans les définir, mais, en quelque sorte, elle rend le secteur dorénavant indéfinissable. La carte sanitaire supprimée, le territoire de santé devenu le seul espace d'organisation du dispositif de soins voulu par la loi, plus aucune procédure réglementaire ne permet de définir le découpage en secteurs psychiatriques. Ce découpage reste possible, mais ne saurait relever que d'une sorte de convention, admise dans une région donnée, non prévue par la loi.

La circulaire du 25 octobre 2004, relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3<sup>o</sup> génération, précise ce qu'est le secteur psychiatrique. Est mise en avant sa « *dimension fonctionnelle* »<sup>229</sup>, et lui est retiré son « *caractère de circonscription géographique* ». La fonction dont est porteur le secteur doit s'exercer à trois niveaux territoriaux :

- un niveau de proximité (où globalement s'organisent les soins dits généralistes) ;
- le territoire de santé (où se développent la mutualisation, l'intersectorialité, les liens avec l'organisation des soins somatiques) ;
- le département ou la région (pour l'organisation de réponses spécialisées, comme par exemple les unités pour malades difficiles).

<sup>228</sup> Le territoire de santé, défini par l'ordonnance du 04/09/2003 dans un article L 6121-2 du CSP, est déterminé par le directeur de l'ARH. Il s'agit alors d'un espace infrarégional plus vaste que le secteur, regroupant un ensemble d'équipements sanitaires complémentaires.

<sup>229</sup> Une fonction chargée d'assurer l'accessibilité, la continuité, la pluridisciplinarité et la qualité des soins.

Cette circulaire insiste sur le fait que « *la réponse généraliste de proximité constitue le socle de l'offre de soins que l'organisation au niveau du territoire de santé ne saurait que compléter et renforcer* ».

Définie en 1960 par une simple circulaire, la sectorisation psychiatrique a attendu 25 ans pour être légalisée. Il aura fallu 18 ans pour qu'à nouveau le secteur psychiatrique retrouve une définition établie par une circulaire.

La situation du secteur psychiatrique est installée dans l'ambiguïté par cette évolution en boucle :

- le secteur continue de porter le nom d'un espace géographique qu'il n'est plus puisqu'il est devenu une fonction,
- « *le socle de l'offre de soins* » qu'est le secteur n'est plus défini par la loi, quand la loi reconnaît son complément ou son renfort : « *l'organisation au niveau du territoire de santé* »,
- la réponse aux besoins de la population doit désormais se mettre en œuvre dans un espace à 3 dimensions<sup>230</sup>, à partir de secteurs psychiatriques constitués en unités d'organisation et de fonctionnement indépendantes.

---

Avec une activité de moins en moins centrée sur la seule population d'un territoire de 70 000 habitants, obligé de mutualiser ses moyens dans des structures intersectorielles, mis en question dans sa capacité à développer des collaborations avec ses partenaires du sanitaire et du social, rendu depuis peu indéfinissable, le secteur psychiatrique évolue malgré lui vers un avenir incertain.

#### 3.2.4.5 *La psychiatrie est dans l'incapacité d'ajuster ses moyens en fonction de son activité*

Avec le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), le dispositif de soins dans les disciplines de médecine chirurgie obstétrique (MCO) sait décrire son activité de manière à la valoriser en termes économiques. Jusqu'à une période récente, le PMSI avait pour utilité de mesurer les inégalités de dotation entre les établissements de santé, et permettait une répartition plus juste des budgets.

Demain, avec la tarification à l'activité (T2A) qui se substitue au PMSI, les établissements de santé MCO seront rémunérés au vu de leur activité tarifée. L'emploi de ces outils, servant à allouer leurs budgets aux établissements de santé sur la base de leur activité connue, a fait l'objet, fait encore l'objet de bien des critiques de la part des professionnels de santé du secteur MCO. Sans doute ces critiques s'expliquent-elles par les imperfections de ces outils en cours d'amélioration. Un mouvement est en tout cas engagé dont l'horizon est une juste rémunération pour les établissements de santé.

---

<sup>230</sup> La proximité, le territoire de santé, le département ou la région.



La psychiatrie pour l'instant ne dispose pas d'un outil capable de décrire son activité de manière à la valoriser en termes économiques. L'expérimentation d'un PMSI s'est révélée peu concluante. Un nouveau projet intitulé valorisation de l'activité psychiatrique (VAP) est en cours d'élaboration. Difficile de savoir aujourd'hui si un jour les établissements de santé accueillant des services de psychiatrie pourront bénéficier d'un système d'allocation budgétaire prenant en compte la réalité de leurs activités.

Cette situation est préjudiciable à la psychiatrie. Les moyens budgétaires sont, dans cette discipline, très inégalement répartis entre les établissements, sans justification fondée sur l'activité réalisée. Mais, ce n'est sans doute pas là le problème le plus aigu. Sans outil de description de son activité permettant d'établir une juste rémunération, la psychiatrie aborde en situation d'infériorité toute négociation budgétaire sur les moyens qui lui sont nécessaires. Les professionnels de santé en psychiatrie ne mesurent pas, pour la plupart, les inconvénients de cette situation. Ils pensent qu'un outil d'allocation budgétaire appliqué à leur discipline ne répondrait qu'au seul projet de maîtriser, voire de diminuer, les dépenses consacrées à la psychiatrie. En fait, la psychiatrie est un poste de dépenses depuis longtemps maîtrisé, ne faisant guère courir le risque d'augmentation forte des besoins budgétaires liés par exemple à l'apparition d'innovations thérapeutiques ou diagnostiques. Par ailleurs, le danger de voir les moyens diminuer dans ce domaine n'a pas eu besoin de l'existence d'un PMSI pour se manifester quand, pour s'en prémunir, les représentants du secteur ont pu obtenir que leurs moyens soient sanctuarisés grâce à un amendement parlementaire.

Il n'est pas question ici de traiter plus au fond ce sujet. Il convient seulement de souligner que, dans ces conditions, le débat sur les moyens se déroule en psychiatrie dans un climat de suspicion générale. Suspicion des financeurs à l'égard des demandes venant d'établissements ou de services dont la réalité des besoins est mal démontrée. Suspicion des professionnels de santé à l'égard de décisions budgétaires prises par des financeurs (ARH ou directeurs d'hôpitaux) manquant de justification<sup>231</sup>.

L'absence d'un outil de dialogue budgétaire véritable, permettant de relier les activités au budget alloué, entretient un climat de suspicion qui participe au découragement des équipes de soins et renforce leur sentiment que la collectivité ne reconnaît pas l'utilité de leur mission.

#### 3.2.4.6 *Des perspectives sur le plan de la démographie médicale menaçant d'ébranler profondément les organisations et les fonctionnements des dispositifs de soins*

La plainte est exprimée par tous les professionnels rencontrés par la mission avec la même force : « *les psychiatres sont de moins en moins nombreux, et cette situation pose de graves problèmes de fonctionnement aux établissements hospitaliers* ».

Si l'on s'en tient aux chiffres établis pour la France entière, on peut considérer que les professionnels, sur ce sujet, « *crient avant d'avoir mal* ». Le nombre des psychiatres en France a augmenté de 15 % entre 1990 et 2002<sup>232</sup>. Il a commencé à diminuer faiblement à

<sup>231</sup> Ainsi, les moyens supplémentaires prévus par le plan national « *psychiatrie et santé mentale* » ne produisent pas l'effet apaisant attendu sur les esprits, chacun pensant que ces crédits ne viennent que compenser des prélèvements masqués faits antérieurement, ou seront repris par des prélèvements masqués à venir.

<sup>232</sup> Rapport 2004 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).

partir de 2003. En 2005, il était estimé à 13 313 (13 727 en 2002). En revanche, avec un nombre pourtant porté à 7 000 étudiants en médecine par an, les projections démographiques évaluent le nombre des psychiatres à 8 816 en 2025 (soit une diminution de 36 % en 20 ans).

Cependant, même si le nombre des psychiatres n'a pas véritablement diminué en France, et même s'il est exact que la densité de psychiatres en France est supérieure à celle constatée dans d'autres pays européens, de sérieuses difficultés existent pour pourvoir les postes vacants dans les hôpitaux. Ces difficultés s'expliquent par :

- l'existence de grandes inégalités dans la répartition géographique des psychiatres libéraux<sup>233</sup> et hospitaliers, entre les régions et à l'intérieur des régions,
- une orientation préférentielle des nouveaux psychiatres formés vers un exercice libéral, au détriment des besoins des établissements de santé<sup>234</sup>.

Cette situation, déjà inquiétante, va aller en se détériorant, au vu des projections démographiques faites sur les 20 ans à venir. Aujourd'hui déjà, des secteurs psychiatriques fonctionnent sans psychiatre. Demain, ces cas seront plus nombreux. Cette perspective très proche conduira, par la force des choses, à redéfinir profondément l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques actuel. Les professionnels en ont conscience. Mais, si la crise est annoncée, peu d'initiatives sont prises pour en prévenir les conséquences néfastes.

### 3.2.5 Autre exemple de limite des réponses institutionnelles : le suivi médico-judiciaire

Apparue en 1954, l'obligation de soins ordonnée à la suite d'une condamnation pénale s'est généralisée en 1958 avec le sursis avec mise à l'épreuve. Lorsqu'un sursis avec mise à l'épreuve<sup>235</sup> est prononcé par un tribunal correctionnel ou une cour d'assises, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement est dispensée en tout ou partie de l'exécution de cette peine mais elle peut, en contrepartie, se voir imposer, lors du prononcé du jugement ou ultérieurement, par le juge de l'application des peines, des obligations particulières dont celle de soins.

Cette obligation de soins impose au condamné « *de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation* »<sup>236</sup>.

D'autres catégories d'obligations de soins ordonnées judiciairement peuvent être prononcées à l'égard d'auteurs de certaines infractions notamment :  
- l'*injonction thérapeutique*<sup>237</sup> applicable aux usagers de stupéfiants qui est une mesure alternative à la poursuite pénale,

<sup>233</sup> 59 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris, pour une moyenne de 10,2 en France, et 1,8 dans le département du Pas-de-Calais (rapport 2004 de l'ONDPS).

<sup>234</sup> « *Si aujourd'hui 55 % des psychiatres exercent en libéral, les deux tiers des étudiants diplômés choisissent un exercice libéral à la fin de leurs études.* » Rapport 2004 de l'ONDPS.

<sup>235</sup> La loi du 9 mars 2004 dispose qu'à compter du 31 décembre 2006, le délai d'épreuve sera au minimum de 12 mois et au maximum de 3 ans. Elle liste une série de 18 obligations particulières susceptibles d'être imposées au condamné. Cette obligation de soins vise le plus souvent les auteurs d'infractions commises sous l'emprise d'un état alcoolique ou d'une conduite addictive, d'actes de violence ou d'agressions sexuelles. Si le condamné ne se soumet pas à cette obligation, il s'expose à la révocation du sursis et à l'exécution d'une peine ferme.

<sup>236</sup> Article 132-45 3° du CP.

<sup>237</sup> Prévue par l'article L 3423-1 du CSP.

- *le suivi socio-judiciaire*<sup>238</sup> avec injonction de soins applicable aux auteurs d'infractions sexuelles. Cette mesure, alternative à une peine d'emprisonnement ferme, ne pouvant toutefois être prononcée par la juridiction de jugement qu'après expertise<sup>239</sup> préalable sur l'opportunité d'un traitement médical. Il convient de préciser qu'en cas de non-respect de l'obligation édictée, c'est le juge de l'application des peines qui mettra à exécution la peine d'emprisonnement. Instauré en 1998, le suivi socio-judiciaire avec obligation de soins pose des problèmes spécifiques de mise en œuvre qui seront évoqués ci-après.

De l'avis des interlocuteurs rencontrés, l'obligation de soins ordonnée en justice se révèle de façon générale plus ou moins efficace. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer :

➤ Le positionnement des acteurs en présence

- La juridiction ou le magistrat qui impose cette obligation ne dispose pas toujours des éléments médicaux lui permettant d'apprécier l'opportunité et/ou l'efficacité d'un suivi médical. Il est le plus souvent ordonné en fonction de la nature des infractions poursuivies et afin d'éviter leur réitération.
- Le médecin sur lequel ne repose aucune obligation de délivrance de soins ou de traitement. En dehors du fait qu'il peut estimer que l'état de santé de la personne astreinte à cette obligation ne justifie aucun soin, il peut, soit parce que l'adhésion du patient à un quelconque traitement ne lui paraît pas acquise, soit par positionnement personnel sur le caractère contraint de la délivrance de soins, se contenter de délivrer un certificat médical de pure forme attestant que le patient a consulté.
- La personne condamnée, dont le consentement à un processus de soins sous contrainte est loin d'être toujours acquis et qui peut aussi, afin d'éviter d'être incarcérée, simuler une adhésion aux soins.

➤ La nature même de cette obligation

Dès lors que le condamné justifie par la production d'un certificat médical qu'il rencontre régulièrement un médecin, il est censé avoir satisfait à l'obligation qui lui est imposée. Le magistrat n'a aucun droit de regard sur le contenu des soins, voire sur leur effectivité. Très souvent, les médecins se prévalent de leur astreinte au secret médical pour ne délivrer aucun renseignement à l'institution judiciaire sur le suivi du patient. Sans évoquer la question de l'absence de secret partagé entre médecins et magistrats, il convient d'observer que ces professionnels, généralement, se connaissent peu et collaborent trop rarement entre eux.

➤ La généralisation à toutes les juridictions, envisagée en 2006, du bureau exécution des peines.

Ils sont liés à la multiplicité des intervenants et au nombre insuffisant de juges de l'application des peines et de personnels des SPIP<sup>240</sup>. La notification, lors du prononcé du jugement<sup>241</sup>, de l'obligation de soins au condamné, assortie d'une date et d'une heure de convocation, devrait

<sup>238</sup> Prévues par l'article 131-36-4 du CP.

<sup>239</sup> L'expertise médicale doit établir que l'auteur présumé des faits est accessible à un traitement médical (cf, article 706-4 du CPP).

<sup>240</sup> Rapport d'information présenté, le 15 juin 2005, à la Commission des lois, sur la mise en application de la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la Justice aux évolutions de la criminalité, par M. Warsmann, député, et rapport du même auteur sur l'exécution des sanctions en date du 28 avril 2003.

<sup>241</sup> Prévues par la loi du 9 mars 2004.

réduire considérablement ces délais à condition que le SPIP en soit avisé en temps utile ce qui ne semble pas toujours le cas aux dires des interlocuteurs rencontrés. La généralisation à toutes les juridictions, en 2006, du bureau d'exécution des peines devrait cependant permettre une meilleure articulation des services en charge de l'exécution des peines.

L'ensemble de ces éléments peut expliquer, dans certaines situations, l'absence de suivi médical de patients dont la dangerosité est avérée.

Conscient de cette situation et soucieux d'instaurer une collaboration entre les magistrats et les médecins, le législateur a institué, dans le cadre de la prise en charge et du suivi des auteurs d'infractions sexuelles<sup>242</sup>, les médecins coordonnateurs<sup>243</sup>.

Ce système est fondé sur la mise en place d'une relation tripartite entre le juge de l'application des peines, le médecin coordonnateur, et le médecin traitant. Brièvement résumé, le processus de prise en charge est la suivant. Le juge de l'application des peines notifie ses obligations au condamné et choisit un médecin coordonnateur sur une liste (psychiatres ou médecins) établie par le procureur de la République. Il lui transmet les pièces de la procédure (expertise, jugement de condamnation). Le médecin coordonnateur doit alors recevoir la personne condamnée dans un délai<sup>244</sup> imparti par le juge et l'inviter à choisir, sous réserve de son aval, un médecin traitant et/ou un psychologue. En cas de désaccord, c'est le juge de l'application des peines qui désignera, après avis du médecin coordonnateur, le médecin traitant. Le médecin coordonnateur prendra ensuite l'attache du médecin traitant qui devra confirmer son accord par écrit sous quinzaine. Le condamné pourra s'il le souhaite changer de praticien, mais la même procédure devra être respectée.

En jouant le rôle d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines, le médecin coordonnateur permet à ce dernier d'être informé de l'effectivité de la démarche de soins du condamné et de la survenance de tout incident et notamment d'une rupture de soins<sup>245</sup>. L'institution du médecin coordonnateur devrait être de nature à régler pour le médecin traitant la question du secret médical et lui permettre d'engager avec son patient une démarche de soins fondée sur la confiance. En cas d'incident, le magistrat pourra convoquer le condamné, au besoin le faire rechercher et éventuellement le contraindre à exécuter tout ou partie de sa peine.

Le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés par les juridictions augmente de façon régulière, 26 mesures ont été prononcées en 2000, 421 en 2001, 642 en 2002 et 795 en 2003<sup>246</sup>. Mais cette procédure nouvelle, véritablement applicable depuis peu de temps, rencontre des difficultés dans sa mise en œuvre. Les délais de convocation des condamnés par les médecins coordonnateurs seraient relativement longs du fait de l'indisponibilité de ces derniers.

Le principal obstacle réside dans l'impossibilité, faute de candidats, de recruter des médecins coordonnateurs ; il peut à la fois s'expliquer par la pénurie actuelle de psychiatres dans certains secteurs, leur indisponibilité mais aussi par la réticence de certains à se situer en quelque sorte, comme « auxiliaires » de la justice. Ainsi, en 2004, 21 départements étaient dépourvus de médecins coordonnateurs alors que 41 tribunaux de grande instance ne disposaient d'aucun médecin inscrit sur la liste.

<sup>242</sup> Loi du 17 juin 1998.

<sup>243</sup> Leur statut a été défini par arrêté du 7 mars 2001 publié au JO du 12 mai 2001.

<sup>244</sup> Le délai est au maximum d'un mois.

<sup>245</sup> Dans ces cas, le médecin traitant peut aviser directement le juge de l'application des peines (article L 3711-3 du CSP) sans que ne puisse lui être opposé l'article 226-13 du CP relatif au secret professionnel. Il peut aussi informer le médecin coordonnateur qui avisera le magistrat.

<sup>246</sup> Annexe n° 18 – Justice – du rapport n° 2568 de l'Assemblée Nationale fait au nom de la Commission des finances sur le projet de loi de finances pour 2006 (Rapporteur spécial M. Pierre Albertini, député).

L'augmentation du nombre des médecins coordonnateurs pourrait être favorisée, sur la base du volontariat, en élargissant l'accès à cette fonction à des médecins non psychiatres comme l'envisage l'article R.3711-3 du code de la santé publique.

## 4. LES PROPOSITIONS

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les premiers aliénistes affirmaient que des criminels pouvaient être des malades mentaux nécessitant un traitement médical plutôt qu'une incarcération. Une sorte de pacte social a alors été établi. Il s'est concrétisé, en 1838, sous la forme d'une loi définissant le statut des malades mentaux hospitalisés et l'organisation de leur prise en charge. Ce pacte reposait sur un équilibre entre trois nécessités :

- le soin des malades,
- la liberté des personnes,
- la sécurité publique.

Le soin des malades était permis par l'hospitalisation. La liberté des personnes était garantie par la possibilité de recours devant le juge. La sécurité publique était assurée par l'enfermement des malades dangereux dans les asiles.

Ce pacte, établi il y a un peu plus de 150 ans, est aujourd'hui en lambeaux :

- les malades, le plus souvent, ne sont pas hospitalisés et ne bénéficient pas toujours des soins dont ils ont besoin, qu'ils soient en prison ou dans la cité. Ce sont aujourd'hui les juges et les préfets qui demandent de reconnaître le statut de malades mentaux à des personnes que la psychiatrie ne souhaite pas prendre en charge,
- l'augmentation importante du nombre des hospitalisations sans le consentement des malades peut faire craindre l'existence d'internements abusifs,
- les patients vivant à l'extérieur de l'hôpital sont susceptibles de représenter une menace pour la sécurité publique.

Laisser ce pacte social voulu en 1838 continuer de se défaire fait courir le risque que s'imposent des mesures intempestives qui, au nom du souci de la sécurité publique sacrifieront les libertés et le soin, au nom de la liberté des personnes compromettent la sécurité publique et le soin, au nom des soins des malades négligeront la sécurité publique et les libertés des personnes.

Un nouvel équilibre entre le soin des malades, la liberté des personnes et la sécurité publique, doit être aujourd'hui recherché, tenant compte de l'état présent des connaissances et des pratiques médicales et de l'évolution de notre société. Cet équilibre fondé par un pacte social à reformuler doit s'ouvrir à une quatrième dimension, le souci de l'insertion sociale des patients. Cette dimension n'était pas présente en 1838 car, à l'époque, il ne s'agissait pas du tout de traiter les malades dans la cité.

Les facteurs favorisant l'émergence d'un état de dangerosité chez un patient sont nombreux. Ils ne se réduisent pas à la seule logique d'un processus pathologique. Un patient ayant des troubles mentaux représentera d'autant moins un danger pour autrui ou pour lui-même qu'il bénéficiera de soins appropriés et aura véritablement sa place dans la cité.

Si un nouveau pacte social était établi, il devrait porter sur la prise en charge générale des patients ayant des troubles mentaux, et non pas spécifiquement sur la question de la dangerosité. Prendre pour seule cible la dangerosité n'entraînera pas les résultats escomptés. En revanche une politique globale aura des effets sur chacun des facteurs de risque analysés.

Pour atteindre cet objectif, une réforme législative d'envergure est nécessaire. Elle devra répondre à quatre impératifs :

- l'accès aux soins,
- la liberté des personnes,
- l'insertion sociale des patients,
- la sécurité publique.

Avoir une telle ambition, exige un travail de préparation approfondie, permettant le débat avec les professionnels de la santé, du social, de la justice, de la sécurité publique, de l'éducation, les familles, les patients eux-mêmes, les élus. Il s'agit de reformuler les termes d'un consensus. A l'issue de ce travail collectif, organisé sur une période de temps limitée mais suffisante, il sera alors possible de fixer l'exact contenu de cette réforme. En conséquence, la mission formule des recommandations sur les orientations à prendre, et propose des mesures à arrêter dès à présent.

## 4.1 Mieux organiser les soins

### *4.1.1 Clarifier l'organisation et le fonctionnement de la sectorisation psychiatrique, en revenant aux principes de la sectorisation, et en adaptant leur application aux évolutions de notre système de santé*

- L'offre de santé mentale<sup>247</sup> doit être établie en fonction des besoins d'une population vivant dans un espace géographique donné

L'ordonnance précitée de 2003 a retenu le territoire de santé pour organiser le niveau tactique d'une planification régionale. C'est donc à cette échelle que doit se travailler la mise en relation effective d'un ensemble de moyens de santé (psychiatriques et MCO), publics ou privés, hospitaliers ou ambulatoires, pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

Cette approche planificatrice ne renie pas les principes de la sectorisation psychiatrique, mais, d'une certaine manière, les étend à la totalité d'une offre sanitaire, en incluant une offre de soins jusqu'à présent tenue à l'écart : l'offre de soins privée. La conséquence est l'ouverture du dispositif de soins psychiatriques public à des alliances avec le dispositif de soins général, et avec le dispositif de soins privé (des alliances auxquelles il n'était pas toujours habitué, et inversement). Ces alliances doivent conduire, pour être efficace dans l'action, à des formes de gestion collective des activités de soins.

---

<sup>247</sup> L'offre de santé mentale est ici définie comme un dispositif ayant une mission de soins psychiatriques, de prévention et de réinsertion-sociale.

- l'organisation de l'offre de santé doit être adaptée aux différents besoins des patients

La sectorisation psychiatrique défend la nécessité de développer différentes alternatives à l'hospitalisation, et de prendre en charge les troubles le plus précocement possible. Cette diversification des modes de prise en charge ne pouvait pas rester cantonnée au seul domaine de l'extrahospitalier. Elle s'est appliquée aussi à l'organisation des soins intra-hospitaliers. Le résultat est qu'un secteur de 70 000 habitants est devenu un espace trop petit pour développer toutes les formes d'accueil et de traitements souhaitables.

L'organisation de solutions spécifiques, soucieuses d'efficience, doit cependant répondre aux besoins d'une population d'un espace géographique donné. Cet espace peut être le territoire de santé. Il peut être aussi l'agglomération, le département, ou la région. C'est là l'espace de « *l'intersectorialité* » qui ne doit pas être conçue à partir d'un abandon des principes de la sectorisation, mais à partir de leur réaffirmation aux échelles territoriales les plus pertinentes, choisies en rapport avec les organisations des partenaires sanitaires et sociaux de la psychiatrie.

- la continuité du projet de prise en charge doit être assurée

Le territoire de santé doit aussi être le territoire au niveau duquel se définissent les principes, admis par tous, d'un fonctionnement assurant la continuité du projet de soins pour un patient engagé dans un parcours de soins impliquant différentes équipes soignantes.

- l'organisation de la prise en charge doit être pluridisciplinaire

La pluridisciplinarité doit être large quand il s'agit de concevoir un projet de santé hors des murs de l'hôpital, associant des services et des structures médico-sociales, sociales, éducatives. Un tel travail réunissant des professionnels différents, relevant d'institutions différentes, ne se dessine qu'au plus près du lieu de vie du malade, entre des acteurs habitués à être en relation.

La forme prise par l'organisation nécessaire entre ces différents partenaires associés peut être variable et dépendre des accords établis entre acteurs locaux. C'est le « *réseau* » que la théorie de la sectorisation préconise, le secteur étant l'ensemble des moyens proprement psychiatriques mobilisés<sup>248</sup>.

L'espace pour mener à bien ce travail de partenariat pluridisciplinaire ne peut être qu'un territoire de proximité correspondant au secteur psychiatrique actuel, dont la dimension devrait être adaptée aux réalités locales des espaces de vie de la population et de l'organisation des partenaires de la psychiatrie. Ce territoire de proximité doit être officiellement reconnu, comme l'est le territoire de santé avec des fonctions différentes.

- la responsabilité d'un service public en psychiatrie doit être reconnue

---

<sup>248</sup> Une difficulté pour se comprendre sur ces sujets est que le terme secteur est employé, tantôt pour désigner une théorie portant sur la maladie mentale et sa prise en charge (la sectorisation), tantôt pour indiquer la circonscription géographique où s'organise la prise en charge des patients, tantôt pour parler des moyens psychiatriques mobilisés.



L'exclusion sociale et familiale est souvent le sort des malades mentaux. Le secteur psychiatrique actuel, par sa permanence et sa présence territoriale, doit être le recours toujours possible, clairement identifié par les patients comme par les divers acteurs sociaux et administratifs. Cette responsabilité d'une réponse psychiatrique toujours activable, particulièrement précieuse face à un patient dangereux, ne saurait raisonnablement s'exercer à une échelle territoriale trop vaste où elle pourrait se diluer dans des organisations trop grandes. Elle devrait s'exercer au sein d'un territoire de proximité.

---

En conclusion, la sectorisation psychiatrique, à laquelle les professionnels donnent aussi une signification clinique, pourrait désigner cet ensemble de fonctions :

- *distinguées* entre elles mais complémentaires (planification, prise en charge obligée et dans la durée des malades au plus près de leur lieu de vie, développement de réponses adaptées à toutes les particularités des situations pathologiques),
- *exercées* selon des échelles territoriales différentes (la région et le territoire de santé pour la planification, et le développement de réponses spécifiques, le département et l'agglomération pour les relations avec les partenaires sociaux, le territoire de proximité pour la prise en charge obligée et dans la durée des malades),
- *organisées* de façon à permettre, entre des services et des institutions associés, une gestion collective de certaines activités spécifiques en faveur de la santé de la population des territoires de santé,
- *déployées* à partir d'équipes soignantes implantées sur des territoires de proximité, ouvertes au partenariat local selon des modalités définies d'un commun accord entre les acteurs concernés.

#### **4.1.2 Définir des pratiques médicales fiables et consensuelles**

- En établissant un consensus ou des recommandations sur les conduites à tenir

Deux thématiques mériteraient de faire l'objet d'une conférence de consensus, ou de recommandations établies par des experts :

- la prise en charge des états d'agitation,
- l'intervention en urgence des équipes de secteur psychiatrique au domicile d'un patient.

Il convient à cette fin de saisir la Haute Autorité de Santé, et les sociétés savantes de la discipline.

- En développant l'évaluation et la recherche clinique

L'évaluation et la recherche devraient porter sur les sujets suivants :

- la conception de tests biologiques permettant d'assurer le dépistage d'un usage de toxiques (la connaissance des toxiques consommés par un patient présentant de graves troubles du comportement est nécessaire pour arrêter la prescription thérapeutique adaptée à son état, et limiter les risques d'agression),
- la recherche de nouvelles molécules ayant des effets sédatifs rapides et puissants, sans effets secondaires nocifs,
- l'emploi d'associations médicamenteuses avec des molécules existantes, dans le but d'obtenir des effets sédatifs suffisants,
- les avantages et les inconvénients du « *mélange* » des pathologies au sein des unités d'hospitalisation, notamment concernant l'impact sur la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement,
- les avantages et les inconvénients des courtes hospitalisations répétées dans le temps, notamment sur le plan de l'évolution des troubles du comportement et de leur prise en charge.

Pour susciter la réalisation de tels travaux, trois types de moyens doivent être envisagés :

- obtenir que l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) lance une procédure d'appel d'offre pour soutenir financièrement des projets de recherche sur ces thématiques. Pour cela, il serait probablement envisageable d'œuvrer à la constitution de partenariats avec les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants de tests biologiques *in vitro* (pour les thématiques de recherche concernant les molécules ayant des effets sédatifs, les associations médicamenteuses),
- inscrire ces thématiques de recherche portant sur le traitement des troubles dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC),
- inciter les laboratoires pharmaceutiques à travailler sur les logiques de co-prescription de leurs produits. Les laboratoires pharmaceutiques se sont surtout tournés ces dernières années vers la promotion des antipsychotiques, en s'attachant principalement à souligner leur peu d'effets secondaires. Or ces produits sont aussi utilisés pour traiter les troubles du comportement. Dans cette dernière indication, les prescripteurs à la recherche d'un effet sédatif sont contraints d'associer ces neuroleptiques à d'autres produits (des neuroleptiques ou des benzodiazépines). Il conviendrait donc de rappeler à ces laboratoires leurs responsabilités quand ils commercialisent des produits utilisés dans le traitement des troubles du comportement conduisant à des associations avec d'autres médicaments. Ils ont le devoir de mieux étudier ces co-prescriptions induites par leurs produits, de façon à les éviter ou à bien définir leurs conditions d'efficacité.

#### **4.1.3 Etablir des perspectives de gestion claires**

- En adaptant aux besoins l'arrêt de la fermeture des lits en psychiatrie

Après les événements survenus à Pau, il a été décidé un moratoire sur la fermeture des lits en psychiatrie. Ce moratoire s'applique de façon uniforme à des situations très différentes selon les régions et les établissements. Des inégalités géographiques importantes existent sur le plan des équipements en lits, tant dans le public que dans le privé. En psychiatrie générale, le nombre de lits varie de 1,42/1000 habitants âgés de 20 ans et plus en Haute-Normandie<sup>249</sup> à 9,6 en Bretagne. Or, souvent, les régions les moins bien dotées en lits font preuve d'ingéniosité et d'expériences innovantes en terme de réseau par exemple, plus que celles disposant d'un grand nombre de lits.

Les capacités en lits d'une région doivent donc être déterminées en fonction des besoins, compte tenu des capacités à développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein.

Parallèlement, il convient d'engager une réflexion sur les concepts architecturaux des structures hospitalières. Le ministère pourrait d'abord lancer un appel d'offre auprès des architectes sur la conception des unités d'admission et de séjour de psychiatrie (caractère modulaire des unités d'admission, niveau et qualité des chambres de patients, conception de la chambre d'isolement, calcul d'un coût moyen d'entretien). Puis, il pourrait demander aux ARH de conduire un audit sur les solutions les plus efficaces d'évolution des ex-CHS.

- En mettant en œuvre une rémunération des établissements de psychiatrie qui prenne en compte leur activité

Trois formes de financement des activités psychiatriques ont été proposées. La première privilégie la rémunération à l'activité, la seconde modifie à la marge le système de dotation globale qui prévalait pour l'ensemble des hôpitaux jusqu'en 2004, la troisième adopte un traitement mixte avec la prise en compte de l'activité pour l'hospitalisation temps plein ou temps partiel et un forfait à l'acte pour les activités ambulatoires.

Cette situation actuelle d'attente est néfaste à la psychiatrie. Cela ne sert pas les intérêts des patients ni des professionnels de se borner à « *sanctuariser* » un budget dont on ne sait pas s'il est représentatif des besoins et qui ne laisse dans ces conditions aucune marge d'adaptation en fonction de la variabilité des organisations selon les territoires de santé ou encore des différences de morbidité.

Un choix rapide doit être effectué, en optant pour l'un des modèles, accompagné d'un calendrier précis de réalisation, définissant des moyens humains et techniques susceptibles d'assurer dans de bonnes conditions cette mise en œuvre.

- En se dotant, dans le domaine de la psychiatrie, d'une stratégie en matière de démographie médicale et de ses conséquences sur l'organisation et le fonctionnement des secteurs

La psychiatrie n'est pas la seule spécialité médicale concernée par les questions que pose l'évolution de la démographie médicale. Les solutions à mettre en œuvre pour faire face à la diminution annoncée du nombre des psychiatres en France peuvent être spécifiques à cette spécialité, mais seront aussi communes à toutes les spécialités. Un aussi vaste sujet ne pouvait pas raisonnablement être traité dans le cadre de cette mission. Il y a urgence à définir une stratégie pour faire face aux conséquences de l'évolution démographique annoncée en psychiatrie.

---

<sup>249</sup> La Seine-Martime en particulier a mis en place une politique de secteur efficace bien avant sa légalisation en 1985.

#### **4.1.4 Organiser un accueil des patients adapté à l'activité**

Les services d'accueil des urgences doivent disposer de locaux permettant de fractionner, autant que possible, les flux de patients, avec des espaces d'attente suffisamment vastes et équipés correctement.

Une attention particulière doit être portée à l'accueil et à l'information des patients et de leur famille.

Les roulements de personnels devraient être adaptés en fonction des pics d'activité prévisibles, notamment dans les services d'urgence les plus importants.

## **4.2 Mieux adapter les prises en charge à la situation du patient**

### **4.2.1 Renforcer la confiance dans la relation soignant-soigné**

Le consentement libre et éclairé de la personne est nécessaire avant tout acte médical ou traitement. Le malade dispose d'un libre accès à son dossier médical. Revenir sur ces droits renforcés par la loi du 4 mars 2002 serait très contestable. Mais, il serait utile de dresser un état plus complet des droits et devoirs des soignants comme des soignés. Une telle tâche mérite une étude spécifique qui ne pouvait pas être accomplie dans le cadre de la mission. Elle devra s'attacher notamment à mieux préciser :

- les conditions d'une prise en charge médicale dans une situation d'urgence, quand le consentement du malade est difficile à obtenir,
- les précautions que les soignants seraient autorisés à prendre pour s'assurer qu'un patient admis en milieu hospitalier n'est pas porteur d'une arme,
- les conditions auxquelles un patient obligé à des soins peut avoir accès à son dossier médical,
- le soutien juridique que les établissements doivent apporter à des soignants mis en cause dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, ou agressés par un patient.

Cette étude pourrait trouver sa place dans une évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002.

#### **4.2.2 Mieux évaluer la dangerosité pour mieux orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée à leur situation**

- En mettant l'observation des violences et de la dangerosité au service de la protection des personnes mais aussi de la gestion des risques

L'observation des phénomènes de violence dans les hôpitaux doit satisfaire deux objectifs complémentaires, mais distincts :

- le relevé de faits capables de justifier, pour réduire ensuite les risques constatés, des mesures portant sur la gestion d'un établissement et de ses services, son organisation, ses moyens en équipements et en personnel,
- l'analyse des implications réciproques des différents partis engagés dans une situation de violence.

A cette fin, il convient d' :

- insister sur le rôle de pilotage général de l'administration centrale (DHOS) en matière de politique de santé et de définition des méthodes

L'administration centrale doit pouvoir se servir de l'observation des situations de violence dues aux patients comme indicateurs d'alerte l'incitant à réorienter les politiques de santé nationales.

Sur le plan de la méthode, l'administration centrale doit concevoir un outil statistique commun à tous les établissements, pour relever les « événements indésirables ». Elle doit veiller au partage d'expériences entre établissements de santé, et à la pertinence des stratégies mises en œuvre. En revanche, la mission rappelle que la gestion des situations de violences et de leurs conséquences relève de l'autorité des directeurs des établissements de santé.

- organiser dans chaque établissement de santé un observatoire des dangerosités

Les missions de cet observatoire local seraient doubles : informer et analyser. Il serait chargé d'inventorier les éléments permettant de repérer des risques évitables, et d'examiner les mécanismes relationnels intersubjectifs ayant participé à la construction d'une situation de dangerosité.

- En instaurant une réflexion sur les méthodes d'évaluation de la dangerosité

En France, l'évaluation de la dangerosité repose principalement sur le mode clinique fondé sur un entretien et un recueil de données d'anamnèse. D'autres Etats, notamment le Canada, la Belgique, la Suisse, et le Royaume-Uni utilisent une approche statistique reposant sur une série de variables standardisées, combinées entre elles en fonction de règles prédéfinies et explicitement spécifiées.

L'efficacité des prédictions cliniques est critiquée voire qualifiée pour certains « *d'informelle, subjective et impressionniste* »<sup>250</sup>, et il est reproché à l'approche statistique de reposer sur « *une illusoire objectivation de faits subjectifs* ».

La prédiction de la dangerosité et du risque de récidive demeure une entreprise délicate quels que soient les moyens mis en œuvre.

Compte tenu des enjeux, une réflexion mérite d'être engagée sur les différentes méthodes d'évaluation de la dangerosité.

➤ En améliorant les conditions de l'expertise judiciaire

La situation préoccupante de l'expertise judiciaire est actuellement l'objet de multiples réflexions. Dans la continuité des conclusions du rapport de la commission « *Santé-Justice* », un groupe de travail parlementaire<sup>251</sup> a été constitué afin de mieux évaluer la dangerosité, notamment des malades mentaux, de mieux la prendre en charge et d'améliorer les conditions de l'expertise.

Dans les limites de la saisine de la mission, les orientations suivantes peuvent être envisagées :

- organiser une conférence de consensus sur l'expertise psychiatrique,

Ce grand débat devra être interdisciplinaire car il permettra d'engager une réflexion, non seulement, entre les plus hautes autorités médicales sur les problématiques de l'expertise en matière de santé publique (démographie des psychiatres, formation des experts, valorisation de l'activité médico-légale, ouverture de l'expertise à d'autres professionnels, éthique et déontologie de l'expertise), mais encore avec l'ensemble des acteurs. Il pourrait déboucher sur la mise en place d'un conseil national de l'expertise.

- constituer à l'échelon régional des équipes ressources pluridisciplinaires,

Afin de mutualiser les moyens et le partage des expériences, et dans le souci de valoriser la mission d'expertise, ces structures seraient composées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et de criminologues. Elles pourraient être situées auprès de centres hospitaliers universitaires régionaux.

Ces structures auraient notamment pour mission de faire mieux connaître aux praticiens l'expertise judiciaire et de les inciter dans cette voie, de les conseiller et de leur apporter un appui technique.

- organiser une fonction de repérage capable d'orienter vers une expertise psychiatrique,

Certains comportements ou certaines infractions interpellent les magistrats dans leurs pratiques, parfois dès le stade des poursuites. S'il ne peut être envisagé de recourir systématiquement à l'expertise, les magistrats doivent pouvoir disposer d'un avis autorisé sur l'existence éventuelle de troubles mentaux qui justifieraient un recours à une expertise. Cette mission de « *repérage* » pourrait être confiée à des psychologues cliniciens.

<sup>250</sup> Grove et Meehl- 1996- cités par Boer, Hart, Kropp et Webster 1997.

<sup>251</sup> Présidé par M. Garraud, député.

- revaloriser la rémunération des experts,

Réévaluer en matière pénale la rémunération des experts psychiatres en contrepartie d'un contrôle de qualité accru déjà engagé par les dispositions de la loi du 11 février 2004 peut se justifier.

- En rendant plus performantes l'évaluation et l'orientation des détenus atteints de pathologie mentale

Le centre national d'orientation (CNO) constitue un outil unique d'évaluation et d'orientation des détenus qui mérite d'être valorisé. Les réflexions menées jusqu'alors par plusieurs instances pour le faire évoluer n'ont, à ce jour, pas été suivies de mesures concrètes.

Dans les limites de la saisine de la mission, les orientations suivantes peuvent être proposées :

- centrer prioritairement l'action du CNO sur les détenus souffrant de pathologies mentales lourdes ou de graves troubles du comportement,
- réserver davantage son expertise à des bilans périodiques tout au long du parcours d'exécution de peine dans le souci d'une adaptation du régime de détention et d'une individualisation de la peine,
- mieux utiliser ses compétences et connaissances à l'occasion de programmes d'étude et de recherche en matière criminologique et épidémiologique.

#### **4.2.3 *Encadrer les conditions d'exercice de la contention réalisée dans le cadre d'une hospitalisation, ou en vue d'une hospitalisation, pour un malade non consentant aux soins***

Quand la contention d'un patient est nécessaire, elle doit s'exercer dans des conditions réglementées.

- une procédure d'obligation de soins peut être engagée, sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office. En situation d'urgence, l'engagement de la procédure d'obligation de soins ne doit pas retarder la mise en œuvre des mesures médicales nécessaires,
- la mise en œuvre d'un traitement sédatif, et l'emploi de liens physiques, doivent obéir à un protocole établi par la Haute Autorité de Santé ; il doit en être de même pour le recours à une chambre d'isolement,
- tout établissement de santé habilité à hospitaliser des patients en obligation de soins doit disposer de locaux permettant de réaliser une contention dans de bonnes conditions de sécurité pour le malade et pour autrui, mais aussi dans des conditions respectueuses de la dignité humaine et des exigences d'une organisation satisfaisantes des soins.

La spécialisation de structures de soins ou d'équipes soignantes dans la prise en charge de la violence ou des états d'agitation ne doit pas être encouragée. Elle risquerait de laisser désarmés les soignants dans tous les autres lieux où une situation de danger imprévue se présenterait. En revanche, les hôpitaux doivent définir et organiser les conditions d'exercice de la contention d'un patient<sup>252</sup>, quel qu'en soit le degré. Toute restriction de la liberté d'aller et de venir ne saurait s'appliquer qu'aux seuls patients dont les soins sont contraints. Pour cela des espaces sécurisés, éventuellement intersectoriels, devraient être conçus. Ces espaces pourraient n'être fermés que pendant le temps nécessaire. L'idéal serait sans doute de concevoir sur le plan architectural un tel espace commun entre deux ou trois unités de soins adjacentes. Par ailleurs, les services d'hospitalisation devraient être ouverts.

#### **4.2.4 Obliger les soins si nécessaire, dans le respect des libertés**

Les dispositions recommandées par les précédents rapports établis par l'IGA-l'IGPN-l'IGN et par l'IGAS-IGSJ sur la réforme de la loi du 27 juin 1990 pourraient prendre leur place dans le cadre de la réforme législative proposée ici. Ces dispositions prévoient la mise en œuvre d'une obligation de soins en ambulatoire, décidée d'office par le préfet, ou sur demande d'un tiers. Les mesures les plus urgentes peuvent être prises sans attendre un projet législatif complet et plus global (notamment la question des situations où il est difficile de trouver un tiers). Cette réforme de l'hospitalisation des malades sans leur consentement doit permettre d'améliorer l'accès aux soins tout en veillant au respect des libertés individuelles et au souci de sécurité pour les personnes.

#### **4.2.5 Clarifier et compléter le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de la dangerosité**

Mieux évaluer la dangerosité afin de mieux orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée à leur situation et, à ce titre, mettre l'observation des violences et de la dangerosité au service de la protection des personnes, c'est aussi veiller que le cadre juridique qui gouverne cette prise en charge soit clair et cohérent et, le cas échéant, rappelé à ses acteurs.

Il est proposé de :

- écarter la pratique du recours aux HDT lorsque les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public

Comme déjà préconisé dans le rapport (IGA-IGPN-IGN) sur « *les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement* », les dispositions de l'article L.3212-1 du CSP qui définissent les conditions d'hospitalisation d'une personne atteinte de troubles

---

<sup>252</sup> Les indications d'une contention ne concernent pas bien sûr que les patients dangereux pour autrui. Remettre la question générale de la contention, et de son caractère provisoire, au centre de la réflexion, c'est renoncer à une approche par des solutions spécifiques à la prise en charge d'un comportement, c'est repartir des pathologies et de la nécessité des soins qu'elles entraînent.



mentaux, sans son consentement, sur demande d'un tiers, doivent être explicitées en ce sens<sup>253</sup>.

- rappeler par voie de circulaire les modalités des sorties accompagnées définies à l'article L. 3211-11-1 du CSP

Notamment en ce qui concerne leur durée, les modalités d'accompagnement et l'autorité qui en prend la responsabilité après avis médical.

- préciser le statut des personnes qui n'ont pas été déclarées pénalement responsables au motif qu'elles étaient atteintes, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes

L'article L. 3213-7 du CSP prévoit que « *lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne [ayant] bénéficié d'un non lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement [pour cause d'irresponsabilité pénale], nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département..* ».

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a complété cet article d'un alinéa disposant qu' « *à toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues* ».

Etendre cette information aux décisions de classement sans suite et de refus d'informer paraît justifié.

En outre, et comme préconisé dans le précédent rapport IGA-IGN-IGPN sur les problèmes de sécurité liés au régime d'hospitalisation sans consentement, il convient de modifier les dispositions du L.3213-8 du CSP, et de dire que la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation d'office pour cause d'irresponsabilité pénale relève de la décision du représentant de l'Etat, sur avis médical.

- définir les conditions relatives au régime de sortie d'essai des personnes hospitalisées d'office à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale prononcée par application de l'article 122-1 du code pénal

L'article L.3211-11 du CSP précise que la sortie d'essai, en cas d'hospitalisation d'office, est décidée par le représentant de l'Etat sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Les personnes déclarées irresponsables par application de l'article 122-1 du CP qui ont révélé leur dangerosité par la commission d'un crime ou délit bénéficient de ce régime de droit commun.

Il apparaît nécessaire de soumettre la sortie d'essai de ces personnes à la proposition écrite et motivée de deux psychiatres dont l'un extérieur à l'établissement.

<sup>253</sup> Afin de mieux orienter les patients, le rapport IGAS/IGSJ de mai 2005 sur la réforme de la loi du 27 juin 1990, comme celui de l'IGA/IGNP/IGN précité, préconisaient déjà une période d'observation de 72 heures lors des hospitalisations sans consentement.

#### 4.2.6 *Avoir le souci constant de l'insertion sociale*

- En adaptant aux particularités de la maladie mentale les stratégies en faveur de l'insertion sociale

Les personnes présentant des troubles mentaux se retrouvent dans une situation d'isolement social particulier due aux difficultés de communication avec les autres qu'ils rencontrent et à la peur souvent ressentie à leur contact. La question d'une activité professionnelle, ou celle de leur participation à toute forme d'existence collective, ne se pose pas exactement dans les mêmes termes que pour les personnes ayant un handicap physique. Leur famille, leur entourage, sont confrontés à des situations complexes à analyser et à résoudre (notamment les situations de violence).

Les dispositifs en faveur de l'insertion sociale des personnes handicapées s'applique à juste titre aux personnes présentant des troubles mentaux, mais elles doivent aussi prévoir des actions plus spécifiques afin de :

- intervenir le plus précocement possible et éviter la désinsertion sociale, notamment du fait d'une hospitalisation parfois longue,
- faciliter l'exercice d'un emploi,
- soutenir et accompagner la famille, l'entourage.

Un tel sujet, impliquant les collectivités locales, mériterait un complément de mission pour préciser les axes devant figurer au projet de loi.

- En favorisant, pour les détenus atteints de pathologies mentales, la préparation à la sortie de détention par l'implication des soignants dans le dispositif « *projet d'exécution de peines* » (PEP)

Ce dispositif, généralisé par circulaire du 21 juillet 2000, permet d'impliquer le condamné dans l'évolution de la peine, de définir les modalités de sa prise en charge et d'observation permettant de mieux le connaître et d'améliorer l'individualisation de sa peine en proposant des éléments objectifs d'appréciation de son comportement.

Tout doit être mis en œuvre pour que les équipes soignantes, dès la phase d'observation, se rapprochent des psychologues présents au sein des commissions pluridisciplinaires en charge du PEP, afin de mieux préparer la sortie des détenus.

- Organiser les liens entre les dispositifs de soins prévus pour les détenus (SMPR, UCSA, futures UHSA) et les secteurs psychiatriques

Le projet de soins prévu pour un détenu après une période de détention doit faire l'objet d'une préparation associant le dispositif de soin présent au centre pénitentiaire et le secteur psychiatrique appelé à assurer le suivi nécessaire. Cette préparation doit pouvoir passer par des contacts pris entre le patient détenu et l'équipe du secteur. L'organisation de ces contacts suppose la mise en œuvre des différents dispositifs d'aménagement de peine (libertés conditionnelles, permissions de sortir...). Mais il conviendrait aussi que les secteurs psychiatriques participent à l'élaboration du projet de suivi souhaitable après la libération du détenu, et à sa mise en place le plus tôt possible.

## 4.3 Renforcer les aptitudes des professionnels et développer les coopérations

### 4.3.1 Accroître les aptitudes des professionnels

- Dans le secteur de la santé
  - en organisant dans chaque région, à l'initiative de la DRASS, un dialogue avec les établissements pour situer dans chaque cas les enjeux et les limites de la mise en œuvre du tutorat (impact de l'évolution de la démographie pour les cinq prochaines années sur le fonctionnement des établissements, capacité réelle à trouver les profils adéquats d'infirmiers confirmés et de cadres de santé susceptibles de se former à cet exercice, indicateurs de suivi pour la mise en œuvre de ce tutorat),
  - en engageant une réflexion sur les transferts de compétence afin de pallier le déficit attendu des psychiatres (nouveau positionnement des psychologues),
  - en ciblant dans la formation l'importance du partenariat dans les prises en charge des patients (famille, partenaires sociaux) ; un module au minimum devrait être consacré aux questions de santé publique ; serait également privilégié l'abord de la violence non seulement sous l'angle clinique mais encore sous ses aspects anthropologiques et sociologiques.
- Développer les formations interdisciplinaires
  - en organisant et en développant dans les écoles professionnelles de la santé, des travailleurs sociaux, de la police, de la gendarmerie, à l'exemple de ce qui se pratique à l'Ecole Nationale de la Magistrature (ENM)<sup>254</sup> des séquences de formations pluridisciplinaires permettant, à des professionnels appelés à travailler en collaboration, de partager leurs expériences, et d'acquérir ensemble des savoirs utiles pour l'exercice de leurs métiers respectifs,
  - en mettant en place, au stade de la formation initiale, des stages d'immersion dans les services dépendant d'autres institutions.

### 4.3.2 Développer les coopérations entre les institutions

- En clarifiant les obligations déontologiques et les devoirs de coopération de chacun

---

<sup>254</sup> Depuis plusieurs années, l'ENM organise de nombreuses formations sur les thèmes notamment de la dangerosité, de la gestion des publics difficiles, de l'approche de la psychiatrie. Certaines de ces actions sont interdisciplinaires voire co-organisées avec d'autres institutions (pénitentiaire, santé, police, gendarmerie). Confer annexe.

L'existence du secret médical est une condition importante d'une médecine possible. Affirmer et protéger le secret médical est donc profitable à la santé des personnes.

Bien des actions concourent à la bonne santé des personnes. C'est souvent un ensemble de dispositions complémentaires d'ordre social, éducatif, judiciaire, médical, qui sauront construire une dynamique en faveur de la santé. Une injonction thérapeutique décidée par un juge est utile pour la sécurité publique, mais offre aussi l'occasion à un individu concerné de s'engager dans des soins nécessaires. Une mesure de tutelle n'est pas un soin, mais elle peut faire partie des initiatives à ordonner pour que les conditions d'un soin utile soient réunies.

Parallèlement, il est du devoir de la société de garantir la sûreté des personnes qui la composent. Ce devoir est en effet l'un des éléments fondateurs du pacte social.

L'action en faveur de la santé d'une personne doit donc être le résultat d'un projet collectif associant plusieurs professionnels aux missions et aux compétences différentes. Chacun poursuit ses propres objectifs, tout en étant partie prenante de ce projet collectif, ce qui signifie qu'il convient, pour chaque intervenant, d'assurer le succès de son rôle tout en se souciant de la réussite de ses partenaires. Cela passe par un partage de l'information en sa possession, dès lors que celle-ci pourrait être utile à l'exercice par l'autre de sa tâche ou de sa tâche complémentaire, sans trahir le secret du patient.

Le partage d'informations entre des professionnels relevant d'institutions différentes exige ainsi de gérer des contradictions.

Des *conduites à tenir* doivent être élaborées avec les professionnels relevant d'institutions différentes, à l'initiative du ministère de la santé et en concertation avec les autres ministères concernés, à commencer par ceux de la justice et de l'intérieur. Elles viseraient à arrêter les objectifs et les principes des partages d'informations nécessaires, dans toutes les situations où la question se pose, notamment en ce qui concerne la gestion de la police administrative des armes. Elles serviraient ensuite de référence dans les pratiques de chacun. Elles seraient prolongées par une réflexion sur les outils à créer ou à moderniser pour faciliter ce partage d'informations, comme par exemple la création d'un fichier national automatisé des hospitalisations d'office, tout à fait réalisable au regard de la doctrine de la commission nationale informatique et libertés, pourvu qu'un certain nombre de règles de base ne soit pas méconnu.

- En formalisant par des protocoles départementaux les relations entre les institutions

La mission a constaté que les institutions relevant de la santé, du social, de la justice, de la sécurité publique, ont noué entre elles des relations formalisées parfois par des conventions<sup>255</sup>. Mais ces coopérations sont souvent modestes, ponctuelles, dépendantes des responsables en fonction.

Au préalable, il convient de définir au niveau interministériel national, les principes directeurs devant guider l'action des différentes institutions en matière de transport des malades, d'intervention au domicile des patients, de fugues des patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie, de rupture d'une obligation de soins en ambulatoire, d'intervention des forces de l'ordre en milieu hospitalier. Il en est de même en ce qui

<sup>255</sup> C'est le cas notamment à Montpellier entre la police et le CHRU.

concerne les relations entre les services communaux d'action sociale et les secteurs psychiatriques, et les relations entre les juges des enfants, la pédopsychiatrie, les services de PMI, l'aide sociale à l'enfance, la santé scolaire.

En ce qui concerne les détenus, il importe que le décret en Conseil d'Etat, visé à l'article L.3214-5 du CDSP réglementant les modalités de transfert, d'escorte et de garde des détenus hospitalisés pour des soins psychiatriques, intervienne dans les meilleurs délais.

En second lieu, il conviendra d'élaborer *un schéma des coopérations institutionnelles territoriales en faveur de la santé de la population* entre les collectivités locales, la santé, la police nationale, la gendarmerie nationale, les sapeurs-pompiers, les SPIP, en relation avec l'autorité judiciaire.

Le schéma formalisera :

- les objectifs poursuivis par les coopérations recherchées,
- l'organisation des relations entre les institutions, et les principes auxquelles elle obéit,
- les protocoles d'intervention commune,
- les procédures d'évaluation du bon fonctionnement des coopérations définies.

Ces dispositions concrètes devront être définies à des échelles territoriales départementales et infra-départementales (l'agglomération, le territoire de santé), selon ce qui apparaîtra le plus pertinent ; la préparation de ces dispositions devra relever du niveau départemental ; la démarche générale devra être guidée par le niveau régional, garant des objectifs poursuivis, et qui sera chargé d'évaluer les résultats obtenus.

Le schéma devra être évalué périodiquement pour être reconfiguré en conséquence.

## CONCLUSION

La réalité des dommages subis du fait d'un patient n'est pas l'exacte mesure des dangers courus par les professionnels. Le danger est de l'ordre du risque. Force est de constater que si les violences graves dont les professionnels en charge de patients sont victimes ne sont pas plus nombreuses, les risques, eux, sont en augmentation.

Cette augmentation du danger est due à un ensemble de facteurs intriqués, touchant aux problèmes d'organisation et de fonctionnement des dispositifs de prise en charge des patients, à l'état des pratiques, aux formes d'expression des pathologies. Les conséquences d'un danger plus grand ne se traduisent pas forcément par plus de blessures occasionnées à des professionnels ou à des patients. Ces conséquences, ce sont plus de peurs chez les professionnels rendant difficile le bon accomplissement de leur mission, plus d'enfermement pour les patients.

Il serait facile de réduire à un « phénomène de société » la croissance des incivilités, des agressions, du sentiment d'insécurité, de l'intolérance aux violences de toutes sortes. Cela évite de chercher à comprendre, en se satisfaisant d'une explication vague et attrape-tout. Cela évite la remise en question difficile des conditions favorisant le danger. Cela se paie d'un abandon au fatalisme insoucieux des victimes.

Face au danger, il faut se protéger. Les mesures de sécurité sont indispensables. Il faut les prendre. Mais, se contenter de cette approche conduit à une escalade dans la protection qui, au-delà d'un certain seuil, devient elle-même source de risques graves pour les professionnels, mais aussi pour les patients.

Agir sur les conditions créatrices de danger, tout en prenant les précautions suffisantes pour se prémunir directement des risques, est la politique la plus raisonnable, même si elle oblige à réviser en profondeur les stratégies de prise en charge des patients. Les propositions avancées par la mission obéissent à cette conception holistique de la dangerosité. La mission est arrivée à une telle approche ambitieuse, à l'issue de l'ensemble de ses constats.

Ramiro RIERA

Simon BABRE

Membres de l'inspection générale de l'administration

Joëlle BOURQUARD

Françoise THOMAS

Membres de l'inspection générale des services judiciaires

Gérard LAURAND

Docteur Alain LOPEZ

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

## RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

CONTENU	NATURE	REFERENCE
<b>I Mieux organiser les soins</b>		<b>4.1</b>
1. <u>Clarifier l'organisation et le fonctionnement de la sectorisation psychiatrique</u>	législative	4.1.1
2. <u>Définir des pratiques fiables et consensuelles</u> ➤ Etablir un consensus ou des recommandations sur les conduites à tenir <ul style="list-style-type: none"> <li>★ la prise en charge des états d'agitation</li> <li>★ les interventions en urgence au domicile</li> </ul> ➤ Développer l'évaluation et la recherche clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>★ le dépistage d'un usage de toxique</li> <li>★ de nouvelles molécules à effet sédatif</li> <li>★ les associations médicamenteuses</li> <li>★ les mélanges de pathologie en hospitalisation</li> <li>★ les courtes hospitalisations répétées</li> </ul>	Pratiques  Conférence de consensus Saisine de la haute autorité de santé  Pratiques – saisine de l'agence nationale de la recherche – appel d'offres – programme hospitalier de recherche clinique – actions auprès des laboratoires	4.1.2
3. <u>Etablir des perspectives de gestion claires</u> ➤ Adapter aux besoins l'arrêt de la fermeture des lits en psychiatrie ➤ Mettre en œuvre une rémunération de psychiatrie prenant en compte l'activité ➤ Se doter d'une stratégie sur la démographie des psychiatres	Réglementaire - Pratiques	4.1.3
4. <u>Organiser un accueil adapté à l'activité</u> ➤ Concevoir des locaux d'urgence fractionnant les flux ➤ Organiser l'information des patients et des familles ➤ Adapter les roulements dans les services d'urgence aux pics d'activité	Circulaire - Pratiques	4.1.4
<b>II Mieux adapter les prises en charge à la situation du patient</b>		<b>4.2</b>
1. <u>Renforcer la confiance dans la relation soignant/soigné</u>	Pratiques Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002	4.2.1

<p><u>2. Mieux évaluer la dangerosité pour mieux orienter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre l'observation au service de la protection des personnes et de la gestion des risques <ul style="list-style-type: none"> <li>★ rôle de pilotage de la DHOS</li> <li>★ organiser des observatoires hospitaliers</li> </ul> </li> <li>➤ Instaurer une réflexion sur les méthodes d'évaluation de la dangerosité</li> <li>➤ Améliorer les conditions de l'expertise psychiatrique <ul style="list-style-type: none"> <li>★ constituer des équipes ressources régionales interdisciplinaires</li> <li>★ organiser une fonction de repérage</li> <li>★ revaloriser la rémunération des experts</li> </ul> </li> <li>➤ Rendre plus performantes l'évaluation et l'orientation des détenus ayant des troubles mentaux</li> </ul>	<p>Circulaire – Pratiques</p> <p>Circulaire interministérielle</p> <p>Réglementaire Conférence de consensus Pratiques</p> <p>Circulaire - pratiques</p>	4.2.2
<p><u>3. Encadrer les conditions d'exercice de la contention en psychiatrie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Définir les conditions de la contention en urgence</li> <li>➤ Protocoliser l'exercice de la contention</li> <li>➤ Définir des normes pour les chambres d'isolement</li> </ul>	<p>Réglementaire – pratiques</p> <p>Réglementaire – saisine de la haute autorité de santé - pratiques</p>	4.2.3
<p><u>4. Instaurer une obligation de soins ambulatoire</u></p>	<p>Législative – mise en œuvre de la réforme de la loi du 27 juin 1990</p>	4.2.4
<p><u>5. Clarifier et compléter le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de la dangerosité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eviter le recours à l'HDT en cas de menace pour la sûreté des personnes ou d'atteinte grave à l'ordre public</li> <li>➤ Etendre aux décisions de classement sans suite et de refus d'informer l'information donnée par le procureur de la République au représentant de l'Etat</li> <li>➤ Soumettre à un double avis médical les autorisations de sortie d'essai des personnes admises en HO à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale</li> </ul>	<p>Législative – ajout à l'article L. 3212-1 du CSP</p> <p>Législative – ajout à l'article L. 3213-7 du CSP</p> <p>Législative – modification de l'article L. 3211-11 du CSP</p>	4.2.5
<p><u>6. Avoir le souci constant de l'insertion sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adapter aux particularités de la maladie mentale les stratégies d'insertion sociale</li> <li>➤ Impliquer les soignants dans le dispositif du parcours d'exécution des peines</li> <li>➤ Organiser des liens étroits entre le dispositif de soins pour détenus et les secteurs psychiatriques</li> </ul>	<p>Complément de mission</p> <p>Circulaire – pratiques</p> <p>Circulaire - pratiques</p>	4.2.6



<b>III Renforcer les aptitudes des professionnels et développer les coopérations</b>		<b>4.3</b>
<p><u>1. Accroître les aptitudes des professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Organiser un suivi dans chaque région de la mise en œuvre du tutorat</li> <li>➤ Engager une réflexion sur l'évolution des compétences des professionnels en santé mentale</li> <li>➤ Renforcer le contenu des formations en santé sur les questions liées au partenariat, à la violence</li> <li>➤ Développer des formations interdisciplinaires <ul style="list-style-type: none"> <li>★ dans les formations initiales et continues</li> <li>★ par des stages d'immersion dans d'autres institutions</li> </ul> </li> </ul>	<p>Circulaire</p> <p>Pratiques</p> <p>Circulaire</p> <p>Circulaire – pratiques</p>	4.3.1
<p><u>2. Développer les coopérations entre institutions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Clarifier les obligations déontologiques et les devoirs de coopération <ul style="list-style-type: none"> <li>★ élaborer des conduites à tenir sur le partage des informations</li> <li>★ se doter d'outils pour faciliter le partage d'informations</li> </ul> </li> <li>➤ Formaliser par des protocoles départementaux les relations entre institutions <ul style="list-style-type: none"> <li>★ fixer des principes directeurs au niveau national sur les interventions à domicile, les transports et les fugues</li> <li>★ élaborer des schémas départementaux des coopérations institutionnelles en faveur de la santé</li> </ul> </li> </ul>	<p>Circulaire – pratiques</p> <p>Législative et réglementaire</p>	4.3.2

## **ANNEXES**

## Liste des annexes :

- Annexe 1 : La lettre de mission.
- Annexe 2 : Bibliographie.
- Annexe 3 : Les personnes rencontrées.
- Annexe 4 : La prise en compte de la dangerosité des patients dans le département du Rhône.
- Annexe 5 : La prise en compte de la dangerosité des patients dans le département de l'Ardèche.
- Annexe 6 : Déplacement de la mission au centre hospitalier de Cadillac.
- Annexe 7 : Déplacement de la mission à Rennes.
- Annexe 8 : Déplacement de la mission à Montpellier.
- Annexe 9 : Expériences étrangères.
- Annexe 10 : Les dispositifs d'observation de la dangerosité et de la violence.
- Annexe 11 : Les comportements « indésirables » dans les établissements visités par la mission.
- Annexe 12 : Dispositions en faveur de l'accompagnement social du malade mental.
- Annexe 13 : L'orientation des détenus.
- Annexe 14 : Activités des établissements pénitentiaires et des hôpitaux visités par la mission.
- Annexe 15 : Les mesures de sécurité prises par les établissements visités par la mission.
- Annexe 16 : Les chambres d'isolement dans les établissements visités par la mission.
- Annexe 17 : Hospitalisation des détenus présentant des troubles mentaux.
- Annexe 18 : Les mesures en faveur de la formation.
- Annexe 19 : Le dispositif d'intervention à domicile ERIC.
- Annexe 20 : Exemples de dispositions immobilières en faveur des hôpitaux.
- Annexe 21 : Evolution des comptes des CHS.
- Annexe 21 bis : Evolution des effectifs du personnel non médical dans les CHS au 31/12
- Annexe 22 : L'activité des juges des tutelles
- Annexe 23 : Les sigles utilisés.

**ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION**

**Ministère des Solidarités,  
de la Santé et de la Famille  
Le Ministre**

**Ministère de la Justice  
Le Garde des Sceaux**

**Ministère de l'Intérieur,  
de la Sécurité Intérieure  
et des Libertés Locales  
Le Ministre**

**NOTE**

15 AVR. 2005

A

l'attention de

**Madame Caroline BONNET-GALZY  
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales**

**Monsieur Christian RAYSSEGUIER  
Inspecteur Général des Services Judiciaires**

**Monsieur Daniel LIMODIN  
Chef de l'Inspection Générale de l'Administration**

**Objet : Prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité.**

Plusieurs événements dramatiques sont survenus récemment dans les hôpitaux psychiatriques, mettant directement en jeu la sécurité des personnes et notamment des personnels.

La question des modalités de prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité, se trouve ainsi posée.

A partir des événements récents illustrant ce type de situations, et en lien avec la réflexion qui est menée actuellement pour expertiser une réforme des dispositifs d'hospitalisation sans consentement, nous vous demandons de bien vouloir étudier les points suivants :

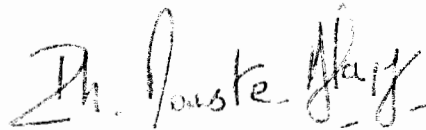
- analyse des modalités de prise en charge initiale des patients concernés et de leur suivi au long cours ;
- identification des facteurs déclenchant d'actes de violence, et des facteurs de prévention ;
- analyse des relations entre équipes de soins, patients et familles ;

- 5
- pertinence des outils actuellement mobilisables pour répondre à ce type de situations.

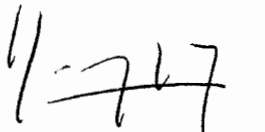
Au vu de l'ensemble de ces observations, vous voudrez bien nous faire parvenir toute proposition pour adapter le dispositif législatif et réglementaire et faire évoluer l'organisation des soins en vue d'assurer la plus grande protection des personnes et des personnels.

Vous pourrez, pour ce faire, avoir recours aux experts intervenant dans ce secteur, ainsi qu'à la Mission d'Appui en Santé Mentale.

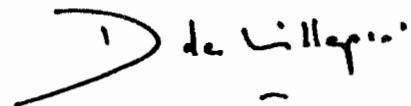
Compte tenu de l'urgence, nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre votre rapport au plus tard le 15 juin 2005.



Philippe DOUSTE-BLAZY



Dominique PERBEN



Dominique de VILLEPIN

**ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

### *Rapports et ouvrages :*

- Conseil de l'Europe – SPACE 1 (Statistique pénale annuelle du conseil de l'Europe) enquête 2003 sur les populations carcérales – Marcelo F. Aebi (Université de Séville et de Lausanne) – 29 septembre 2004
- Conseil de l'Europe – SPACE 2 – Sanctions et mesures appliquées dans la communauté (SMC) prononcées en 2001 – Marcelo F. Aebi – 29 août 2003
- Conseil de l'Europe – Projet de recommandations du comité des ministres relatifs à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux – 1<sup>er</sup> juin 2004
- Rapport sur la mise en œuvre du nouvel article 123 – a de la constitution fédérale Suisse sur l'internement à vie pour les délinquants jugés très dangereux – 15 juillet 2004
- Commission nationale consultative des droits de l'homme - Etude sur les droits de l'homme dans la prison – 11 mars 2004
- Commission d'enquête du sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France – pages 28 à 42 – les malades mentaux : vers la prison asile – 28 juin 2000
- Assemblée Nationale - rapport n° 2521 Commission sur les établissements pénitentiaires – 28 juin 2000 –
- Assemblée Nationale – rapport n° 2568 - Commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de finances pour 2006 - annexe n° 18 – Justice - Rapporteur spécial : M. Pierre Albertini – 9 novembre 2005
- Assemblée Nationale – rapport d'information présenté le 15 juin 2005 à la Commission des lois sur la mise en application de la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la Justice aux évolutions de la criminalité par M ; JL Warsmann, député
- Assemblée Nationale – rapport n° 856 portant adaptation de la Justice aux évolutions de la criminalité – JL Warsmann – 28 avril 2003
- Sénat : « les documents de travail du Sénat », série législation comparée, « l'irresponsabilité pénale des malades mentaux » - février 2004 –
- Cour des comptes : rapport sur l'organisation des soins psychiatriques – 2001 –
- Cour des comptes – rapport d'activité 2000 - Organisation des soins psychiatriques in chapitre III - Action sociale et sanitaire
- Cour des comptes. « *Garde et réinsertion, la gestion des prisons* » 10 janvier 2006
- ENAP – GIP Mission de recherche Droit et Justice - Rapport de recherche sur les violences en prison – octobre 2005
- CNRS EHESS - La violence carcérale en question – A Chauvenet, M. Monceau, F. Orlic, C. Rostain – Centre d'étude des mouvements sociaux – janvier 2005
- Mission Terra - prévention du suicide des personnes détenues – JL Terra
- DGS et DAP - Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues – 30 septembre 2004
- Mission nationale d'appui en santé mentale – compte rendu d'activité – avril 2005
- Haut comité de la santé publique – rapport violences et santé – mai 2004



- DHOS – rapport du groupe de travail relatif aux « *recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* » - mars 2002
- DGS – rapport du groupe de travail relatif à « *l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* » - 11 avril 2002
- La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale – JL Roelandt – 12 avril 2002
- DIV - une souffrance que l'on ne peut plus cacher – février 1995
- Plans d'actions psychiatrie et santé mentale – Ph Clery-Melun, V. Kovess, JC. Pascal – 15 septembre 2003
- De la psychiatrie vers la santé mentale – E Piel, JL Rouellandt – juillet 2001
- ENSP – les urgences psychiatriques sur Amiens de mai à juillet 2002 – I. Cachera – avril 2003
- Rapport général des assises de la tutelle – UNAF – 1999
  
- IGSJ/IGAS : « *les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement public d'hospitalisation de Fresnes* » - juin 1995 -
- Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS Paris, Centre de sociologie européenne (recherche subventionnée par le GIP Mission de recherche Droit et Justice) « *Soignants et malades incarcérés, conditions et pratiques des soins en prison* » - Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien – novembre 2000 –
- IGSJ/IGAS : « *l'organisation des soins aux personnes détenues* » - juin 2001-
- IGSJ : « *l'incarcération des mineurs* » - juillet 2002 -
- Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice : « *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* » - septembre 2004 –
- IGA/IGPN/IGN : « *rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement* » - mai 2004 -
- IGAS/IGSJ : « *l'hospitalisation sans leur consentement des personnes souffrant de troubles mentaux* » - mai 2005 –
  
- Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre Justice et psychiatre – C de Beaurepaire, M. Bénézech, et C. Kottler – Ed John Libbey – 2004
- Psychiatrie légale – Y Tyrode, S Bourcet, J Bouriche – Ed Ellipse - 1999
- Justice et psychiatrie – C Louzon et Denis Salas – Ed Eres - 1998

#### Articles :

- RDSS – le contrôle par la CEDH des décisions administratives d'internement psychiatrique – José Manuel Dauchy – 1<sup>er</sup> juillet 2003
- RTDH – Principes du droit du patient en Europe – 1<sup>er</sup> avril 1996
- Les systèmes de libération sous condition dans les Etats membres du Conseil de l'Europe – PV. Tournier - avril 2004
- Cahiers des résumés du 29<sup>ème</sup> congrès de l'Académie internationale de droit et de santé mentale – « *Psychiatrie et violences* » - Université R Descartes – 5 au 9 juillet 2005
- Belgique - Centre de recherche en défense sociale – rapport d'activité de juillet à décembre 2001

- Evaluation de la récurrence auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique – Revue psychiatrie et violence – M Menghini, C Ducro, TH Pham – mai 2005
- L'expert coauteur des décisions d'hospitalisation d'office des malades mentaux – S Overney – RDA 1<sup>er</sup> juin 2002
- Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques – D. Zagury – collège de FMC des psychiatres de Franche-Comté - 10 mai 2005
- L'influence de l'expert psychiatre sur l'intime conviction du juge – C Bourrier – Gazette du palais – 16 octobre 2003
- Le principe de précaution appliqué aux services de psychiatrie public – L Dubouis, professeur à l'université de Marseille III
- Bourgeois ML, Bénézech M (2001). « *Dangerosité criminologique, psychologie et comorbidité psychiatrique* ». Annales Médico-psychologiques. Volume 159, Pages 475-486
- Swanson JW et al. (2002). « *The social-environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness* ». American Journal of Public Health, N° 92. Pages 1523-31
- Clément MC (1996). « *L'institution psychiatrique et la violence* ». Thèse de Docteur en Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de Médecine Lyon Grange Blanche
- Millaud F. « *Le passage à l'acte* ». Ed. MASSON 2002, coll. « Médecine et psychothérapie »
- Chaltiel P. « *Vers un observatoire de la violence* ». L'Information Psychiatrique. N°9, Novembre 2002 Pages 911-919
- Combalbert N, Favard A.M., Bouchard M.A., « *Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques.* » Annales Médico-psychologiques. Vol 159, N°7, Pages 487-95

**Voir aussi les références des articles et ouvrages cités en note de bas de page dans le corps du rapport.**

**ANNEXE 3 : LES PERSONNES RENCONTREES**

### **Mission nationale d'appui en santé mentale :**

- Dr. KANNAS Serge, Psychiatre
- Dr. MASSE Gérard, Psychiatre responsable de la mission nationale d'appui

### **Représentants des instances représentatives du secteur santé :**

- M. BARRETEAU André, Directeur adjoint de la FHF
- M. CAUSSE David, Directeur général adjoint de la FHF
- M. DUCREUX Jean-Claude, PH Consultant à la FHF
- Dr. HALIMI Yvan, Président de la conférence des présidents de CME de CHS
- M. MOREAU François, PH Consultant à la FHF
- M. PEJU Nicolas, chargé de communication à la FHF

### **Représentants du ministère de la santé :**

- M. BARTHES Richard, Chargé de mission à la DHOS (emploi, formation)
- M. BESSE William, chargé de mission à la DHOS (Sécurité)
- Dr. BASSET Bernard, Sous-directeur Santé et société à la DGS
- Mme BONNAFOUS Evelyne, adjointe au chef de bureau O2 à la DHOS
- M. BRUNELLE Francis, conseiller du ministre
- Mme REVEL Myriam, Sous-directrice de l'organisation des systèmes de soins à la DHOS
- M. VAYNE Patrice, chargé de mission à la DHOS (Sécurité)

### **Représentants du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire :**

- Mr. BERLIOZ Jean-Marc, inspecteur général de l'administration, Conseiller du ministre chargé de la sécurité

### **Représentants du ministère de la justice :**

#### **Direction des affaires criminelles et des grâces :**

- Mme QUEMENER Myriam sous-directrice, sous-direction de la justice pénale générale
- Mme WEILL Emilie, attachée d'administration centrale, bureau des politiques pénales

#### **Direction des services judiciaires :**

- M. BERNARD Jean-Laurent, chargé de mission sûreté des juridictions – sous-direction de l'organisation judiciaire et de la programmation

#### **Direction de l'administration pénitentiaire :**

- M. MOLLE Patrice, directeur de l'administration pénitentiaire
- M. BARATE Maurice, Directeur des services pénitentiaires
- Mme PAUTRAT Catherine, sous-directeur de la sous-direction des personnes placées sous main de justice ( PMJ)
- Mme FROMENT Blandine, inspecteur des services judiciaires, chef de l'inspection de l'administration pénitentiaire

- M. ROSSIGNOL Pierre, chef du bureau des politiques sociales et d'insertion ( PMJ2)
- Mme ROBIN Agnès, rédactrice PMJ2
- M. DELPECH Jean, chargé de mission EMS

**Personnalités du secteur santé. Experts :**

- M. CANNEVAS Jean, Président de l'Union nationale des amis et des familles de malades mentaux
- Dr. CHALTIEL, Psychiatre, chef de service au CH de Ville Evrard
- M. PASCAL Jean-Charles, Psychiatre chef de service au centre hospitalier d'Etampes, Président de la fédération française de psychiatrie

**Personnalités du secteur Justice. Experts :**

- M. BURGELIN Jean-François, Président de la commission santé justice. Procureur général honoraire près la cour de cassation

<b>Département du Rhône :</b>
-------------------------------

*Préfecture :*

- Mme BALLEYDIER Marie, Lieutenant de police, cabinet du Préfet délégué pour la sécurité
- Commandant FARNAULT, Chef d'Etat-Major DDSP 69
- M. GIUDICI Didier, Chef d'escadron, adjoint du commandant de groupement de gendarmerie départementale du Rhône
- Lieutenant Colonel ILTIS Marcel, Directeur des ressources humaines et de la sécurité SDIS du Rhône

*Justice :*

*Tribunal de grande instance de Lyon*

- M. RICHAUD Philippe, Procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lyon
- M. WYON Patrick, Vice-Président, chargé de la 16<sup>ème</sup> chambre correctionnelle
- M. DUCLOS Edmond, Vice-Président, chargé du service de l'application des peines
- Mme MAZAUD Nathalie, Vice-Présidente chargée du tribunal d'instance de Villeurbanne
- Mme PAGES Fabienne, Vice-Présidente au tribunal d'instance de Lyon
- Mme DELON Françoise, Juge d'instance, chargée du service des tutelles au tribunal d'instance de Lyon
- Mme SEUZARET Marie-Claude, Vice-Présidente au tribunal pour enfants de Lyon

*Pénitenciaire :*

- M. PEYRON, DSP, Chef d'établissement de la maison d'arrêt de Lyon
- M. SCHOTS, DSP, Directeur adjoint de la maison d'arrêt
- Mlle MEILLERAND, DSP, Directrice des ressources humaines à la maison d'arrêt

- M. MASSARD, DSP, Directeur des Détentions à la Maison d'arrêt
- M. BOUR, CSP, chef de détention du quartier Saint-Joseph
- M. MANIJEAN, CSP, Adjoint au chef de détention du quartier Saint-Paul

*Professionnels de santé, secteur pénitentiaire :*

- Dr. BEAUPERE Pascale, Praticien hospitalier à l'UCSA de Lyon
- Dr. BERT Anne, Praticien hospitalier UCSA
- Dr. CHOSSEGROS Philippe, praticien hospitalier chef de service UHSI et UCSA de Lyon
- Dr. LAMOTHE, Psychiatre, Praticien hospitalier responsable du SMPR

*Professionnels de santé, Centre Hospitalier du VINATIER :*

- Dr. ARNAUD-BRIANT Véronique, médecin du travail
- M. AUGIER Sylvain, Directeur Général Adjoint
- M. AURAY Marc, représentant CGT
- M. BRINGUIER Jean-Luc, représentant FO
- Dr. BUCLIER Sophie, Psychiatre, Praticien hospitalier
- Mme CAMUS Frédérique, Directrice des soins
- M. CARRE Eric, cadre de santé
- Mme CHALONS-RIQUET Françoise, secrétaire du CHS-CT, représentante CGT
- Mme COQUELET, représentante UNSA
- Mme DELORME-BAUER Marilyn, représentante FO
- M. DI GIUSTO Georges, représentant CFDT
- Dr. DREYFUS Martine, médecin du travail
- Dr. FURTOS Jean, Psychiatre, Praticien hospitalier chef de service
- Dr. GALEA Jean-Paul, Psychiatre, Praticien hospitalier chef de service
- M. GRAGLIA Dominique, cadre de santé
- M. GUGLIELMETTO Jean-Louis, membre du CHS-CT, représentant CGT
- M. JUSTET Bernard, cadre supérieur de santé
- Mme LEGROZ Chantal, représentante FO
- M. MOVIER Michel, Conseiller en service social
- M. NAVARRO Philippe, représentant FO
- Dr. PAGES, Psychiatre, Praticien hospitalier responsable de l'USIP
- Mme PETETIN Véronique, représentante FO
- M. REMOND Gilbert, membre du CTE, représentant CGT
- Dr. RICHER Samira, Assistante des hôpitaux
- Mme ROS Nicole, cadre de santé
- Dr. SALVARELLI Jean-Pierre, Psychiatre, Praticien hospitalier
- M. SAVOLLE Thierry, cadre de santé
- Mme SEBASTIAN Marylin, cadre de santé
- M. SUBIAS Michel, membre du CHSCT, représentant CFDT
- M. TARADOUX Serge, cadre de santé
- Pr. TERRA Jean-Louis, Psychiatre chef de service
- Mme TETARD Yvette, cadre de santé
- Dr. THEBAULT Sylvie, Psychiatre, Praticien hospitalier temps partiel
- Dr. TRIBOULET, Psychiatre, chef de service, Président de la CME
- M. VALMARY, Directeur Général du Centre Hospitalier

*Professionnels de santé du CH Edouard HERRIOT à Lyon :*

- M. BERNADET Arnaud, Directeur du Groupement hospitalier Edouard Herriot
- Mme BOUCHEREAU Nadya, cadre de santé au pavillon N Accueil
- Dr. DANET François, Psychiatre, Praticien hospitalier au pavillon N Accueil
- Pr. DUCLUZEAU Roland, Praticien hospitalier au pavillon N Accueil
- Mme EYRAUD-PIGNARD, Directrice des urgences des HCL
- Pr. ROBERT Dominique, chef du département Urgences-Réanimation
- Mme ROUSTAIN Catherine, Directrice des soins
- M. VERNAY Jean-François, cadre de santé au pavillon N Accueil

*ARH, DRASS, DDASS :*

- Dr. DURAND Anne-Marie, Directrice adjointe DDASS 69
- M. GLABI Raphaël, Inspecteur Principal DRASS
- Dr. MARSALA Vincent, Médecin-Inspecteur Régional, DRASS
- Mme MARTINEZ Corinne, chargée de mission à l'ARH

<b>Département de l'Ardèche :</b>
-----------------------------------

*Préfecture :*

- M. LATOURNERIE Jean-Yves, préfet de l'Ardèche
- Dr. FOUILLANT Pierre, médecin-chef du SDIS
- M. LAFOREST Dominique, gendarmerie 07
- M. LASCOMBE Robert, Directeur préfecture, bureau Elections et administration générale
- M. MARCHADO Louis-Pierre, DDSP 07
- M. SOUBRILLARD Alain, Lieutenant-colonel du SDIS 07
- M. VIGNIER Jean-Louis, gendarmerie 07
- M. VILASEQUE Jean-Marie, Commandant de police DDSP 07

*Justice :*

*Tribunal de grande instance de Privas :*

- Mme DUBOIS-FOURRIER Marie-Pierre, président du tribunal
- M. GIRARD Michel, procureur de la République
- M. REYNAUD Alain, vice-président chargé du service correctionnel, juge des libertés et de la détention
- Mme TIZON Joëlle, juge des enfants
- Mme LAVILLE Natacha, juge d'instance, chargée des tutelles à Privas
- M. FOURNIER Jean-Christophe, juge d'application des peines

*Pénitenciaire :*

*Maison d'arrêt de Privas :*

- M. SOUCHE Claude, directeur de la maison d'arrêt
- M. PINZI Maurice, adjoint CMA

*Service pénitentiaire d'insertion et de probation*

- M. CHABAL Jean-Louis, adjoint au directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

*Professionnels de santé, secteur pénitentiaire :*

- Mme BAPPEL Colette, Infirmière à l'UCSA
- Dr. ROBINET, Psychiatre libéral, vacataire à l'UCSA
- Dr. VILLAIN François, médecin généraliste, vacataire à l'UCSA
- Mme VANDEWATTYNE Michèle, infirmière psychiatrique à l'UCSA

*Professionnels de santé, hôpital Sainte Marie :*

- Mme BASSET Annie, infirmière
- M. BERGERAT Alain, Directeur du Centre hospitalier
- Dr. BOBILLO Jean-Marie, Psychiatre chef de secteur infanto-juvénile, Président de la CME
- M. CLAUZEL Guillaume, Aide soignant
- M. ESCLENE Guy, surveillant-chef, déléguée CFE/CGC
- M. EVAIN Jean-Marie, Infirmier Général
- Mme FARJOT Agnès, infirmière, déléguée CFTC
- M. FAURE Gérard, aide soignant, délégué CFDT
- Mme FREY Karine, Responsable des ressources humaines
- Mme GEAY Mireille, surveillant d'unité de soins
- Dr. GIRAUD Franck, Psychiatre Hospitalier, vice-président de la CME
- Mme MORA-ARJONA Christiane, cadre de santé
- Mme MOULIN France, infirmière, déléguée CGT
- Mme OLLIER Simone, surveillante-chef
- Dr. PANOUILLERES Danièle, Médecin du travail
- Mme PEPINEAU-OLLIER, élève infirmière stagiaire
- Dr. PLANEL Philippe, Psychiatre des hôpitaux, chef de service
- M. POGNANT-GROS Patrick, chargé de la sécurité, membre du CHSCT
- Mme ROUDIL Madeleine, infirmière
- Mme ROUVIERE Fabienne, surveillante
- Mme SAUSSAC Josiane, lingère, déléguée CFTC
- M. SAUSSAC René, surveillant-chef
- M. SEVENIER Pierre, Infirmier, délégué CGT
- Mme SOUADIA Fatima, cadre infirmier, déléguée CFE/CGC
- Dr. VERGNE Françoise, Psychiatre des hôpitaux
- Mme VICENTE Gisèle, infirmière

*Professionnels de santé, hôpital général de Privas :*

- Mme BERTRAND, Assistante sociale
- M. CHAREYRON Michel, Contremaître service technique, membre du CHSCT
- Dr. CHASSIGNOL, Chef de service oncologie-douleur, Président de la CME



- M. CHAVIER Guy, Infirmier, membre du CHSCT
- Dr. COMTE, Chef de service chirurgie, Vice-président de la CME
- Mme FIDON Estelle, Directrice des Ressources Humaines
- Mme GUILLERMAIN Martine, Directrice adjointe chargée des finances et de l'informatique
- Mme PIRET Marie, cadre infirmier service Urgences-SAMU
- M. REY Yvan, service technique, membre du CHSCT
- Mme ROCHE Laurence, Aide Soignante, membre du CHSCT
- Mme SPINOSI Elisabeth, Directrice adjointe chargée des affaires économiques, de la logistique et des travaux
- Mme TOURNE-JOUFFRET Christine, Directrice des soins, membre du CHSCT
- Dr. WAHICHE, Chef de service Urgences-SAMU

*DDASS :*

- M. MEUNIER Arnaud, directeur de la DDASS
- Mme ROUKINE Blandine, IHC
- Mme SIMONIN Véronique, IPASS

<b>Département de l'Ille-et-Vilaine :</b>
---

*Préfecture :*

- Mme MALGORN Bernadette, préfète de la région Bretagne, préfète d'Ille-et-Vilaine
- M. QUILLET Nicolas, préfet délégué pour la sécurité et la défense
- M. LAGARDE Gilles, secrétaire général de la préfecture d'Ille-et-Vilaine
- M. ANGELINI François, sous-préfet de Fougères
- M. SARTRE Thibaut, directeur du cabinet de Mme la préfète
- M. BOSSOREILLI de RIBOU Stéphan, adjoint au secrétaire général pour l'administration de la police de Rennes
- M. GAUTIER Jean-Paul, secrétaire général de la sous-préfecture de Redon
- M. DALLEVAC J., lieutenant-colonel, médecin-chef adjoint du SDIS
- M. GICQUEL Bernard, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique
- M. POITOU, Capitaine de gendarmerie, adjoint au commandant du groupement de gendarmerie d'Ille-et-Vilaine

*Représentants de collectivités locales :*

- M. BEE François, directeur général des services municipaux de la ville de Saint-Malo
- M. JOULEAU Emmanuel, conseiller municipal de la ville de Rennes
- M. JOYEUX Pierre-Jean, directeur du CCAS de la ville de Rennes

*Justice :*

*Cour d'appel de Rennes :*

- M. COUAILLIER Michel, premier président

- M. DARDE Jean-Marie, procureur général
- M. BEUZIT Xavier, président de chambre chargé des appels de la juridiction de l'application des peines
- M. BUCKEL Jean-Luc, conseiller, président de la Cour d'assises d'Ile-et-Vilaine

***Tribunal de grande instance de Rennes :***

- M. MCKEE Jean-Yves, président du tribunal
- M. PAVY Hervé, procureur de la République
- Mme VIVIEN Céline, vice-procureure
- Mme DESPOR Anne, vice-procureure
- M. LE BRAZ Daniel, premier vice-président
- M. LECLERC Bertrand, vice-président doyen chargé des fonctions de l'instruction
- Mme RONSIN Evelyne, vice-président chargé des fonctions de juge des libertés et de la détention
- Mme SABATIER Annie, vice-président au tribunal d'instance de Rennes chargée du service des tutelles
- Mme SOCHACKI Danielle, vice-présidente chargée des fonctions de juge de l'application des peines

***Pénitentiaire :***

***Centre de détention :***

- M. BEUZAT Michel, Directeur du centre pénitentiaire
- Mme NICOLAY Alexandra, Directrice adjointe du centre pénitentiaire
- M. BESNARD Thierry, CSP1 chef de détention du centre pénitentiaire
- Mme BIGAND Isabelle, surveillante principale UCSA, centre pénitentiaire

***Maison d'arrêt de Rennes :***

- M. VION P, Directeur de la Maison d'Arrêt
- Mme BAZILE Brigitte, 1° surveillante. Gradée de secteur. Maison d'Arrêt.
- M. MININGER Michel, CSP1 à la Maison d'Arrêt
- M. PINEAU Pascal, 1° St Gradé de secteur à la Maison d'Arrêt
- Mme LASZIE Patricia, surveillante principale à la Maison d'Arrêt
- Mme WASELIN Marie-Claude, surveillante principale à la Maison d'Arrêt
- Mme MERCIER Catherine, psychologue parcours d'exécution de peine à la Maison d'Arrêt

***Service d'insertion et de probation***

- M. AUDREN Patrick, directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation
- Mme GERMAIN Claudie, conseillère d'insertion et de probation à la Maison d'Arrêt
- Mme LE BRIS Sophie, conseillère d'insertion et de probation à la Maison d'Arrêt

***Personnels de santé, secteur pénitentiaire :***

- Dr. HENRY Anne, Psychiatre, responsable du SMPR
- Mme TULOUP Marie-Françoise, Cadre Supérieur de santé au SMPR

- Mme LECHAUX Rozenn, Infirmière au SMPR
- Mme LECAN Anne, secrétaire médicale au SMPR
- Dr. TAVERSON Annie, Médecin généraliste, UCSA, centre pénitentiaire
- Mme GOUTANY Dominique, cadre de santé UCSA, CHU de Rennes

***Professionnels de santé du centre hospitalier psychiatrique :***

- Dr. ARESU Thierry, Praticien hospitalier, DIM, secteur G04
- M. BRANDILY Michel, Directeur des soins
- M. BRIOT Pascal, Directeur Adjoint. Direction des finances et du système d'information
- Mme CHOLLET Jocelyne, Directrice des soins
- Mme GUIVARCH Anne, Directrice adjointe, directrice de l'hospitalisation
- Mme CADIOU Emmanuelle, Directeur Adjoint. Cellule Qualité
- Dr. KERSAUZE, Praticien Hospitalier, chef du secteur G07
- Dr. LEVOYER David, Praticien Hospitalier, Secteur G03
- Dr. LE FOLL , Praticien hospitalier chef de service, Président de la CME
- Dr. LEFEUVRE Michel, Praticien hospitalier chef de service, Secteur I02
- Dr. LEMARIE Yvon, Praticien hospitalier chef de service, Secteur G05
- M. MIAULT Thierry, Cadre supérieur de santé, Secteur G03
- Mme ANNEIX Marie-Christine, Cadre de santé, Secteur G03
- Mme BERCHOT S., Cadre de santé Secteur G07
- Mme COUE G., Cadre de santé Secteur G07
- Mme MEUR C., Cadre de santé, Secteur G07
- Mme LE RERIA A., Cadre Infirmier, Secteur G07
- M. QUERAT P., Infirmier Secteur G03
- Mme PIERRE Thérèse, Directeur adjoint Services Economiques
- M. QUINTO Jean-Yves, Directeur adjoint DRH
- Mme RAVELL Mcl., Cadre de santé, Secteur G07
- M. RAYNAL Bernard, Directeur du CH
- M. RIOU Joseph, Directeur adjoint. Plan et Travaux
- Mme SAMSON Geneviève, Directrice des ressources humaines
- Mme SEILLIER G., Aide soignante, Secteur G07
- Mme THEBAUD C., Infirmière, Secteur G07

***Professionnels de santé du CHU :***

- Mme ANDRE Catherine, Représentant CFDT
- M. AUDIGER Bertrand, Représentant Syndicat SUD
- Pr. BOUGET Jacques, chef de service du SAU
- M. BOUTIN Jérôme, Aide soignant au SAU
- Mme COTTIER Annie, Représentant CFTC
- Mme DAUCE Laurence, Cadre de santé au CHU
- Mme DIVAY Christine, Représentant CFTC
- Mme DUFY Marie-Claire, Infirmière au SAU
- Dr. FAVREAU Dominique, Praticien hospitalier au SAU
- Dr. FERNANDEZ Sylvie, Praticien hospitalier au SAU
- M. FILANDE Christophe, cadre de santé au SAU
- Mme GAUTIER Corinne, Directrice de l'hôpital Pontchaillou
- Mme GENIN J., Directeur des soins
- Mme GUILLEAU Catherine, Représentant CFDT

- Mme GUILLEMOT Marie-Françoise, Représentant Syndicat SUD
- M. JANVIER Joël, Aide soignant au SAU
- Mme LAMY Laurence, Cadre de santé au SAU
- M. LEBRETON Loïc, Cadre de santé au CHU
- M. LE GOFF René, Directeur Général du CHU
- Mme LUIS Katia, Infirmière au SAU
- Mme MARIT-CAILLE Annie, Cadre de santé au SAU
- Mme PAULNAIS Pascale, Représentant CGT
- Mme RENAUT Danielle, Cadre supérieur de santé au SAU
- Mme ROUAUX Marie-Claude, Représentant CGT
- Mme SAL SIMON B. Directeur du personnel et des écoles
- Dr. VIALARD, Médecin du travail.

***Professionnels de CHRS :***

- Mme BOUIN Nelly, Conseillère en économie sociale et familiale au Foyer Saint Benoit Labre
- M. JEZEQUEL Michel, Directeur de l'ASFAD
- M. MALARD Damien, Animateur du dispositif veille social au foyer Saint Benoit Labre
- M. MARCILLAT Dominique, Directeur du foyer Saint Benoit Labre

***DARH, DRASS, DDASS :***

- M. ANDREA Jean-José, Directeur de la DRASS
- Dr. BAUX Nicole, Médecin-Inspecteur Régional
- Dr. BRUNET Christine, médecin-inspecteur à la DDASS 35
- Dr. MARQUIS Françoise, médecin-inspecteur à la DRASS
- Mme PERRIN Colette, Directrice de la DDASS
- Mme PODEUR Annie, Directrice de l'ARH

<b>Département de l'Hérault :</b>
-----------------------------------

*Préfecture :*

- M. THENAULT Michel, préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault
- Mme AVEZARD, sous-préfète de Lodève
- M. HUCHET, sous-préfet de Béziers
- M. RAMON, Directeur du cabinet du préfet de région
- M. MOLOWA, Colonel, commandant le groupement de gendarmerie de l'hérault
- M. DUMAS, DDSP adjoint
- M. AUTIN, Directeur adjoint du SDIS

*Représentants des collectivités locales :*

- Mme MANDROUX, Maire de Montpellier

*Justice :*

*Cour d'appel*

- Mme HUSSON-TROCHAIN, premier président
- M. AUMERAS, procureur général
- M. MOITIE, président de la chambre de l'instruction
- Mme MOREAU, conseiller, président de la cour d'assises de l'Hérault

*Tribunal de grande instance*

- M. MOMBEL Alain, président du tribunal de grande instance
- M. PHILIPPE Jean, procureur de la République,
- M. BRUYERE Jean-Christophe, vice-président, président d'une chambre correctionnelle chargée des comparutions immédiates
- Mme ALUMEAU Anne Claire, juge des libertés et de la détention
- M. COURAZIER Bernard, juge d'instruction
- Mme CHAUVET, juge des enfants
- Mme CRUZEL, juge d'instance chargée du service des tutelles
- Mme KONSTANTINOVITCH, juge de l'application des peines
- Mme DENJEAN Béatrice, substitut

*Pénitentiaire :*

- M. DESTEUQC Bernard, CSP hors classe chef d'établissement
- M. SCHOENEWALD V., Chef de détention
- *Service pénitentiaire d'insertion et de probation*
- M. FORTERT Charles, directeur du SPIP
- Mm GRAÏRIA Ilhem, conseillère d'insertion et de probation

*Professionnels de santé, secteur pénitentiaire :*

- Dr. MEROVEH Fadi, Médecin responsable de l'UCSA
- Dr. LACOMBRE Mathieu, Psychiatre à l'UCSA
- Dr. MARGUERITTE Emmanuel, Médecin à l'UCSA
- Mme ORTEGA Eve, cadre de santé à l'UCSA

*Professionnels de santé, hôpital psychiatrique la Colombière :*

- M. AILLOUD Guy, Infirmier
- Dr. BENSMAIL Karim, Psychiatre Praticien Hospitalier
- Mme CAILHOL Dominique, attaché d'administration hospitalière. Gérant de Tutelle titulaire
- Dr. CROS René, Médecin chef de service
- M. GABEL Jacques, délégué CGT
- M. GAUTIER Bernard, Infirmier
- Mme GOURBIERE Céline, Infirmière
- M. HADDOU Francis, cadre de santé
- Mme HERRADA Josiane, Infirmière
- M. HOARAU Xavier, Infirmier
- Mme JOURDAN Hélène, adjoint principal, Gérant de Tutelle suppléant
- Dr. LACAMBRE Mathieu, Psychiatre Praticien Hospitalier

- Mme LUZIAU Martine, Infirmière, syndicat CFDT
- M. MAESTRACCI Alexandre, délégué du personnel FO
- M. MELLA Stéphane, 1<sup>o</sup> secrétaire adjoint syndicat FO
- M. MOLINER Philippe, Agent de sécurité CNHASAM
- M. NICOLAS Jean-Jacques, Infirmier
- Mme OPPENHEIM Martine, Infirmière, coordination nationale des infirmières
- Dr. PENOCHET Jean-Claude, Psychiatre Praticien hospitalier, chef de service
- M. PERRUT Yves, cadre soignant CGT
- M. RAMON Luis, Agent de sécurité CNHASAM
- Mme TRANCHANT Annie, Infirmière
- M. TROUGNOU Bernard, cadre supérieur de santé, direction des soins
- Mme VIDALLER Lyne, cadre de santé
- Mme WHENO Hélène, psychomotricienne

*Professionnels de santé, CHU :*

- Pr. AUSSILLOUX, PédoPsychiatre, Praticien responsable du pôle d'activité psychiatrique
- M. BARRAL Bernard, Directeur de référence du pôle d'activité psychiatrique
- Mme CAVALIER Monique, Directrice de la recherche, de la qualité et de la gestion des risques
- Dr. GUIRAUDEN Martine, Médecin du travail
- Dr. JALABERT Francine, Médecin du travail
- M. MANVILLE , Directeur du CHU

*Médecins libéraux :*

- Dr. ANDRE Pascal, Médecin généraliste
- Dr. DANAN Marcel, Psychiatre, expert judiciaire, Président de la CDHP
- Dr. LACAZE Paul, Neuro-Psychiatre, représentant le CSMF
- Dr. SALAGER Pierre, SOS médecins

*Professionnels des CHRS :*

- Mme BRAIKI Bakhta, Directrice du SUS à SETE
- Mme JEROME Guylaine, Directrice de l'ABES à BEZIERS
- Mme PIERSON Véronique, Directrice du CHRS ISSUE à MONTPELLIER
- M. VICTOIRE-FERON Jean, Directeur du CHRS l'Avitarelle à MONTPELLIER

*ARH, DRASS, DDASS :*

- M. AUBRUN Jean-Paul, Directeur de la DDASS
- Dr. BEUF Pierre, Directeur Adjoint de l'ARH
- Dr. CANDILLIER Charles, Médecin-inspecteur à la DDASS
- Mme CHAPUS Micheline, Inspecteur à la DDASS
- Mme DARDE Catherine, Directrice de l'ARH
- M. DELBECQ Jean-Louis, Secrétaire administrative chargé des hospitalisations sans le consentement des malades à la DDASS
- Mme FLORIN Elisabeth, Directrice adjointe de la DDASS
- Dr. GREMY Michel, Médecin-inspecteur à la DRASS
- Mme SADOULET Anne, Directrice adjointe de la DDASS

### **Maison d'arrêt de Fresnes :**

- M. LANDAIS Thierry, Directeur adjoint
- M. AUBRY Philippe, chef de détention
- M. ALCAYDE Jean-Marie, CSIP SPIP 94
- Mme POMMIEL Marie-Laure, Assistante sociale au SPIP 94
- Dr. ZINETTI Jacqueline, Psychiatre au SMPR
- Dr. BOLLORE Chantal, Psychiatre au SMPR
- Dr. De BEAUREPAIRE Christiane, Psychiatre au SMPR
- Dr. FAC Catherine, Médecin responsable de l'UCSA
- M. MARAIN Gilles, cadre supérieur de santé à l'UCSA

### **CNO**

- M. LONGOMBE Claude, Directeur
- M. MASSICOT Daniel, chef responsable
- M. ROUSSEAU André, 1<sup>o</sup> Surveillant
- Dr. FORISSIER Pascal, Psychiatre
- Mme NEYHOUSER Elisa, Psychologue
- M. PETITZON Luc, Psychologue
- Mme SENDRA Corinne, psychologue
- M. CANINO Rémy, Psychologue du travail
- Mme DUPUIS Véronique, Infirmière
- M. TILLET Fabien, surveillant
- Mme ALBENGE Christine, secrétaire

### **Centre pénitentiaire de Château-Thierry :**

- M. HARNIST Christophe, Directeur
- M. CLOCHEZ Pascal, Chef de détention
- M. PETIT Patrick, Adjoint au chef de détention
- M. HOARAU Patrick, chef de service pénitentiaire
- M. TAURINES Alain, Conseiller d'insertion et de probation
- Dr. AIGROT Sylvie, Psychiatre
- Mme RIVALS Dominique, Psychologue
- Mme TALIN d'EYZAC Nathalie, Psychologue

### **Réseau de santé mentale sud Yvelynes :**

- Pr. HARDY-BAYLE, Psychiatre, chef de service au CH de Versailles
- Mme DE MARGERIE, Cadre de santé
- Dr. LEFRERE Frédéric, Psychiatre PH

### **Lille Secteur 21.**

- M. AMOURET Bruno, Infirmier
- Mme BIENCOURT Marie-Jeanne, adjointe au maire de Lezennes
- Mme BOULONGNE Yannick, cadre de santé

- Mme BOURGEOIS Eliane, Directeur des soins
- Mme BRICE Helen, Educatrice coordinatrice
- Mme COUSIN Marie-Gaëlle, Travailleur social
- M. ESCAIG Bertrand, Vice-président de l'UNAFAM
- M. ETHUIN Claude, Président de l'association Nord Mentalités (affiliée à la FNAPSY)
- M. FERRIER Edouard, UNAFAM Nord
- M. FONTAINE Cédric, Cadre de santé
- Mme FRISICALE Lyliane, LMH OPAC de Lille
- Dr GAUDIN Maud, Interne en psychiatrie
- Dr. MATTON Christian, Médecin généraliste
- Mme MEAUX Avit, Cadre supérieur de santé
- M. PEINGNEZ Vincent, Trésorier Nord mentalités (FNAPSY)
- M. PIKETTY Yvain, Educateur spécialisé
- M. RITZINGER David, Galeriste en art contemporain Editeur Responsable de la galerie Frontières
- Dr. ROELANDT Jean-luc, Psychiatre, chef de secteur

### **Personnalités rencontrées à Lausanne (Suisse)**

- M. COTTIER Eric, Procureur général du canton de Vaud
- M. VALLOTTON André, Délégué aux affaires pénitentiaires
- Dr BONSAK Charles, Psychiatre responsable de l'Unité de Suivi Intensif dans le Milieu
- M. BRAHIM Jamel, Infirmier dans l'Unité de Suivi Intensif dans le Milieu
- M. DUFLON Jean-Philippe, Infirmier chef de service au service de médecine pénitentiaire
- Pr. GRAVIER Bruno, Psychiatre, chef du service de médecine pénitentiaire
- Dr. LIANDAT Vincent, Chef de clinique adjoint au service de médecine pénitentiaire
- Mme PAGE Anne-Catherine, Substitut du procureur général du canton de Vaud
- Mme REGAMEY Véronique, Infirmière dans l'Unité de Suivi Intensif dans le Milieu
- M. VASSEUR Didier, Infirmier dans l'Unité de Suivi Intensif dans le Milieu



**ANNEXE 4 : LA PRISE EN COMPTE DE LA  
DANGEROUSITE DES PATIENTS DANS LE  
DEPARTEMENT DU RHONE**

## Déplacement de la mission dans le département du Rhône.

### 1. La dangerosité des patients. Entre constats et impressions

#### 1.1 Les agressions verbales et physiques, seraient de plus en plus nombreuses, comme les comportements violents des personnes en contact avec les institutions publiques.

Le constat est rapporté par tous les professionnels rencontrés, qu'ils exercent dans les forces de l'ordre, dans le secteur de la justice, dans l'administration pénitentiaire, dans les institutions de soins, qu'ils soient médecins, policiers, juges, procureur de la République, infirmiers, aides-soignants, directeurs d'hôpital.

Le phénomène est bien sûr jugé inquiétant, et fleurissent des « observatoires » pour l'enregistrer, le décrire, l'étudier, le comprendre. L'hôpital du Vinatier organise un relevé de tous les incidents survenant au cours de la prise en charge des patients. Les Hospices Civils de Lyon font de même depuis 2003. Les services de police de Lyon disposent d'une main courante informatisée recueillant des données exploitables sur toutes les interventions policières, dont celles ayant concerné des patients.

Pourtant, malgré le développement de ces efforts pour mieux évaluer l'ampleur des comportements violents, il est difficile de mesurer objectivement l'importance de cette augmentation de la violence décrite comme générale, et les dangers courus par les professionnels. Lorsque des chiffres existent, lorsque des faits précis sont rapportés, ils montrent une situation préoccupante, mais moins alarmante que les craintes et les convictions exprimées pouvaient le laisser penser. Par ailleurs, la médiatisation des incidents contribue à fausser l'appréciation juste de la situation.

#### ➤ *Les comportements “ indésirables ” au centre hospitalier du Vinatier.*

Le nombre des « événements indésirables » a été presque multiplié par trois en quatre ans (617 en 2001 ; 1 609 en 2004). Les actes de violence sont comptabilisés au sein de ces « événements indésirables ». Ils en représentent un cinquième. Leur augmentation est très nette. En 2001 on en comptabilisait 159. En 2004, ils étaient au nombre de 348, soit une augmentation de 54 % en quatre ans.<sup>1</sup>

Les actes de violence de toutes catégories sont répertoriés et additionnés dans ces chiffres, de la simple menace à l'agression armée, de la tentative de suicide à la violence physique à l'égard d'autrui. En fait, cette augmentation des actes de violence est due essentiellement à l'enregistrement des états d'agitation.

---

<sup>1</sup> Rapport du directeur sur « la sécurité en matière de violence ».

Les agressions à l'égard des personnels ne se sont que faiblement accrues en quatre ans, sachant de plus que l'existence de cette comptabilité des actes a incité à déclarer des situations qui, auparavant, n'auraient pas été signalées. Ainsi, en 2001, 63 agents étaient victimes d'une violence physique de la part d'un patient. En 2004, leur nombre était de 72, après avoir été de 76 en 2003. Mais, entre 2000 et 2004, le nombre d'accidents du travail dus à des agressions de malades, ou à l'exercice d'une contention, a en fait diminué de 23 %, passant de 183 à 140. Et si la moyenne des jours d'arrêt de travail à la suite de ces circonstances était considérée comme un indicateur de gravité, force est de constater qu'elle est restée à peu près la même pendant ces quatre dernières années (20 jours en 2000, 20,69 jours en 2004).<sup>2</sup> A noter cependant la mort d'un infirmier en avril 2002.

Les violences physiques signalées entre patients n'ont pratiquement pas évoluées entre 2002 et 2004 (44 en 2002, 48 en 2003, 45 en 2004).

➤ *Les actes de violence aux HCL.*

Un observatoire des actes de violence a été mis en place aux HCL en 2003. Cet observatoire a élaboré des outils de signalement, et il a défini des conduites à tenir. En 2004, pour l'ensemble de l'hôpital Edouard Herriot, 168 fiches de signalement de violence ont été remplies, représentant 144 agressions verbales et 100 agressions physiques. La moitié de toutes ces agressions ont eu lieu au service des urgences (sur l'ensemble des HCL, 31 % des signalements proviennent des services d'urgences ; viennent ensuite les services de Médecine avec 19,62 % des signalements, puis la gériatrie avec 11,35 %). Dans 71 % des cas, le patient est l'auteur de l'acte. L'acte de violence est commis par un membre de la famille dans 17 % des cas. Les personnels victimes de ces actes sont principalement des agents soignants (plus de 83 % des cas), mais aussi des agents des services administratifs, notamment des bureaux des entrées (13 % des cas), et des agents de sécurité (4 % des cas). Un repère intéressant est à considérer : au service des urgences de l'hôpital Edouard Herriot, on peut estimer le nombre d'agressions physiques à 4 pour 10 000 passages. Si on ne prend pas en compte les gestes de menaces, ce nombre d'agressions physiques est d'environ 1 pour 10 000 passages.

## 1.2 Un sentiment d'insécurité grandissant, et une plus faible tolérance générale à l'agressivité des personnes.

Les services de police font état de demandes d'intervention de plus en plus fréquentes, de la part d'institutions et de professionnels qui, traditionnellement, étaient plutôt réticents à toute forme de coopération avec les forces de l'ordre : le milieu scolaire, les établissements de santé. Ils attribuent cette situation à une montée de la violence générale dans notre société. Ils s'inquiètent de ne pas pouvoir faire face à des sollicitations de plus en plus nombreuses. La police est intervenue dans 8 % des cas de violence survenues aux HCL en 2004.

Les magistrats rencontrés soulignent les conditions de sécurité précaires dans lesquels ils exercent leurs fonctions, lors du déroulement des audiences du tribunal, et surtout dans le cadre des activités de tutelle aux incapables majeurs. Selon la vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants, il y a de plus en plus de parents présentant des troubles du comportement parfois importants. Les justiciables contestent volontiers les sanctions ou les

---

<sup>2</sup> Rapports techniques annuels du service de santé au travail du CH du Vinatier.

décisions prises, en adoptant des comportements de violence parfois difficiles à contenir en l'absence de forces de police suffisantes – ce qui est particulièrement le cas dans les petits tribunaux – ou parfois difficiles à dissuader quand aucun dispositif permettant une certaine mise à distance n'est là pour protéger le juge.

Certains magistrats ont relevé la faible réactivité du parquet face à ces incidents survenant au tribunal.

Les professionnels de santé, surtout en psychiatrie, ont toujours été confrontés à des comportements de violence. De telles situations sont aujourd'hui signalées, quand elles étaient autrefois mis sur le compte de la maladie et laissées sans suite. Selon ces professionnels, les patients paraissent se montrer plus facilement menaçants, passent à l'acte plus souvent.

Face aux comportements de violence, l'attitude de tous ces professionnels change. Ce qui autrefois étaient toléré, était considéré comme excusable du fait de l'état mental de la personne, ou du contexte dans lequel s'était produit l'acte, est jugé désormais inadmissible. De plus en plus de policiers, de personnels soignants, portent plainte pour obtenir une reconnaissance de l'agression dont ils ont été victimes, et s'engager dans un processus de réparation. Aux HCL, dans 11 % des cas d'agressions physiques, les soignants avaient l'intention de porter plainte en 2004.

### 1.3 Les personnes présentant des troubles mentaux sont de plus en plus nombreuses en prison.

Le nombre élevé des personnes détenues présentant des troubles mentaux est fortement signalé. Il n'y a pratiquement plus de délinquants déclarés irresponsables au sens de l'ancien article 64 du CP [art 122-1 alinéa 1 du CP]. De plus en plus de délinquants voient leur responsabilité pénale reconnue par les experts psychiatres [art 122-1 al 2 du CP]. (les données tirées du répertoire de l'instruction, reprises par le rapport de la commission « santé justice », montrent effectivement une diminution en valeur absolue des ordonnances de non-lieu prononcées pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux : 444 en 1987, 233 en 2003. Cependant, en proportion des mises en examen, ces ordonnances de non-lieu pour ce motif sont resté stables entre 1998 – 0,46 % – et 2003 – 0,45 %)

Dans les prisons, les personnels pénitentiaires sont souvent déconcertés par les comportements imprévisibles et incompréhensibles de ces détenus. Ils se sentent en difficulté pour gérer en toute sécurité leurs relations avec ces personnes présentant des troubles mentaux (selon une enquête épidémiologique France entière réalisée en 2003 à la demande des ministères de la santé et de la justice, 55 % des détenus en maisons centrales auraient un diagnostic de psychose).

## 2. La violence et ses explications.

### 2.1 La montée de la violence serait un phénomène de société.

Pour la plupart des professionnels rencontrés par la mission, la violence des patients, et de ce fait leur dangerosité, n'est qu'un épiphénomène. Ce seraient les rapports humains dans leur ensemble qui deviendraient plus violents. Sûre de son droit, ignorante de ses devoirs, la personne en contact avec une institution publique quelle qu'elle soit – police, justice, hôpital – contesterait désormais les règles collectives, dès lors que ses intérêts particuliers ne seraient pas satisfaits, et elle n'éprouverait plus grand respect à l'égard de ceux que la collectivité a chargé de protéger l'intérêt général. Les buts poursuivis par l'individu deviendraient ce qu'il y a de plus sacré. Toute valeur, utile au bien vivre en société, deviendrait mésestimée, contestée, refusée ; une évolution favorisée par le délitement des liens familiaux et sociaux dans un contexte de précarité économique. Les patients ne feraient donc qu'adopter des comportements devenus la règle pour tout un chacun.

Dans un tel contexte, la dangerosité des personnes deviendrait un principe de relation. L'individu, qui ne serait plus tenu par le respect et l'observance d'un certain nombre de règles collectives, apparaîtrait alors comme un être aux comportements imprévisibles, dictés par une logique personnelle échappant à la compréhension. Tout pourrait donc arriver dans une relation avec cet autre, inconnu par nature, même quand il s'agit d'un proche. Et des magistrats nous ont relaté spontanément des affaires criminelles qui leur paraissaient symptomatiques des évolutions de notre société, où « monsieur tout le monde » se révèle soudain être un odieux criminel.

### 2.2 Les organisations et les pratiques favoriseraient la survenue des situations de violence.

La plupart des comportements violents apparaissent dans un contexte interactif. L'auteur de l'acte n'est pas toujours seul en cause dans le processus qui a débouché sur une violence commise à l'égard d'un autre. Les professionnels rencontrés par la mission ont attiré l'attention sur plusieurs formes d'organisation et de pratiques augmentant les risques de violences.

- *Les conditions d'interpellation des délinquants seraient trop violentes.*

Les médecins de l'UCSA de Lyon ont le sentiment que les conditions d'interpellation des délinquants sont de plus en plus brutales et font courir le risque d'une certaine escalade dans la violence des uns et des autres. Selon un des responsables médicaux, « l'application des règlements se ferait sans marge pour la police ».

- *Les conditions d'accueil dans les locaux de justice n'offriraient pas une sécurité suffisante.*

Le palais de justice est une maison ouverte au public. Mais si, dans une démocratie, les débats au terme desquels la justice est rendue ne sauraient rester secrets, trop d'insécurité au sein des tribunaux ôterait toute sérénité à leur bon déroulement. Un équilibre doit donc être recherché

entre une justice organisée de façon à être publique, et des conditions d'accueil offrant toute garantie de sécurité pour les justiciables et les personnels des services judiciaires. Les magistrats rencontrés ont insisté sur la difficulté dans laquelle ils se trouvaient quand ils devaient veiller au déroulement serein des audiences, alors qu'ils n'étaient pas en mesure de faire appel à des policiers en cas de comportements agressifs de la part de prévenus ou de personnes assistant au procès. Ainsi, la juridiction de Villeurbanne ne dispose pas, contrairement à celle de Lyon, d'une présence policière pour faire face en cas d'incidents.

- *Les conditions de détention pourraient engendrer un climat de violence au sein des établissements pénitentiaires où sont détenues des personnes présentant des troubles mentaux parfois sévères.*

La suroccupation des prisons entraîne des cohabitations entre détenus parfois difficiles dans des cellules exigues. Lors de la visite de la Maison d'Arrêt de Lyon par la mission, le 23 juin 2005, 834 personnes étaient détenues pour 360 places. 27 mineurs étaient détenus dans 17 cellules qui leur étaient dédiées. Une reconstruction de la Maison d'Arrêt de Lyon est prévue en 2009.

- *La bonne gestion des relations serait déterminante pour limiter les risques de passage à l'acte.*

Le même constat est rapporté par tous les professionnels, qu'ils soient policiers, magistrats, infirmiers, médecins. Il y a un savoir-faire qui permet d'exercer sa mission en limitant les risques de passage à l'acte. Les règles auxquelles obéit ce savoir-faire sont un peu les mêmes, quelle que soit la situation dans laquelle ces différents professionnels se trouvent. La force physique dont on peut faire étalage n'est pas toujours le plus sûr moyen de prévenir les velléités de dérapage. Ainsi, la présence de personnels féminins, souvent soulignée comme étant un handicap pour faire face à une situation de dangerosité, apparaît en fait comme très utile pour dénouer une crise sans trop de heurt. En revanche, les personnels doivent être en nombre lors des interventions à risques. Et les qualités d'écoute, d'empathie, mais aussi de fermeté suffisante, sont précieuses.

- *De nouvelles situations cliniques apparaissent.*

Les troubles de la personnalité de nature psychopathique seraient en progression.

Les patients psychotiques, les psychopathes, sous l'effet de l'alcool et des produits stupéfiants deviennent incontrôlables. Ces cas seraient de plus en plus fréquents.

Les neuroleptiques utilisés aujourd'hui sont plus désinhibiteurs.

Les malades sont plus fréquemment exigeants à l'égard des soignants.

Par ailleurs, il existe une certaine "contagiosité" de la violence, et du sentiment de peur chez les soignants.

- *L'organisation des soins serait plus orientée vers la prise en charge de la crise, et elle exposerait davantage à la gestion de situations de violence.*

Les services d'urgence accueillent de plus en plus toutes les urgences. Leur activité ne cesse d'augmenter. Ainsi, le service des urgences de l'Hôpital Edouard Herriot, dépendant des Hospices Civils, accueille environ 120 000 passages par an. Les délais d'attente peuvent être très longs. Même après avoir été pris en charge des patients peuvent rester plusieurs heures sur des brancards dans les couloirs, attendant leur transfert dans un service d'hospitalisation. Lors de son passage tôt le matin, la mission a pu constater la présence de plusieurs malades ayant passé la nuit dans cette situation. Toutes les conditions sont donc réunies pour que des comportements violents se produisent : les patients et leurs familles sont dans une situation de stress ; ils ne comprennent pas toujours la logique des soins qui leur sont prodigués ; ils supportent mal les délais d'attente alors qu'ils sont dans un grand état d'inquiétude.

De nombreux lits ont été fermés dans les services de psychiatrie ces dernières années. Les capacités en lits installés dans les secteurs de psychiatrie générale au CH du Vinatier ont diminué de 38 % en 15 ans. Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation importante des places au sein des structures alternatives à l'hospitalisation temps plein (plus 175 % dans la même période). Dans le même temps, les files actives des secteurs ont fortement augmenté (plus 55 % d'augmentation en moyenne). Cette nouvelle organisation du dispositif a bien sûr eu un impact important sur les conditions selon lesquelles se réalisent les hospitalisations. Il y a 15 ans un secteur pouvait disposer de 4 ou 5 unités d'hospitalisation. En 2004, la plupart des secteurs comporte 2 unités d'hospitalisation. Les taux d'occupation ont augmenté, passant de 70 % en moyenne en 1990 à 89 % en 2004 (dans 4 secteurs du Vinatier, le taux d'occupation était supérieur à 95 % en 2004). La durée moyenne de séjour a diminué, passant de 36,5 jours en 1995 à 30,4 jours en 2004 (dans 2 secteurs du Vinatier, la durée moyenne de séjour était inférieure à 20 jours en 2004). Naturellement, il s'agit là d'une tendance générale. La situation peut être très contrastée selon les secteurs. Par ailleurs, la DMS s'est rallongée ces 4 dernières années, et la file active en intra-hospitalier a diminué (moins 17 % hors structures intersectorielles). Cependant, globalement, la pression de la demande d'hospitalisation est forte, incitant à raccourcir parfois certains séjours. Ces courtes hospitalisations – qui en fait ne sont pas dues au seul manque de lits, mais aussi à une évolution des pratiques médicales – entraîneraient la sortie de malades dont l'état de santé serait mal stabilisé. Ainsi, des patients conserveraient un potentiel de dangerosité pour ne pas avoir été gardés assez longtemps en hospitalisation. La remarque a souvent été faite aux membres de la mission, notamment par les représentants du personnel soignant. Cependant, un certain nombre de malades connaissent une hospitalisation longue du fait de difficultés pour les orienter vers des structures de soins à caractère social.

Les inconvénients des courtes hospitalisations, et de leurs répétitions dans une même année, souvent invoqués ne sont pas démontrés par des études objectives. Les effets nocifs des longues hospitalisations sont en revanche bien connus. Plus que la question de la durée de l'hospitalisation, sachant que la prise en charge du malade se prolonge le plus souvent en ambulatoire parfois très longuement, ce sont trois autres phénomènes qui méritent d'attirer l'attention :

- la rotation des malades dans les unités de soins est devenue élevée ; la plupart des malades présents dans une unité d'hospitalisation se trouvent donc dans une phase aiguë de leur maladie ; le personnel soignant doit faire face, en permanence, à des troubles du comportements plus fréquents ;
- la diminution des unités d'hospitalisation par secteur entraîne des mélanges de pathologies plus importants qu'autrefois, augmentant les risques de cohabitation difficile entre les malades ;

- l'organisation de l'hôpital plus ouverte sur l'extérieur a conduit à la disparition des unités de soins fermées ; l'hospitalisation ne joue plus vraiment le rôle de contention qui était le sien, pourtant utile dans le traitement de certaines pathologies.
- *L'ouverture du dispositif de soins exposerait le personnel à plus de risques.*

Le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein, l'implantation de structures de soins dans la ville au plus près de la population, conduit à multiplier la dispersion de petites équipes dans des lieux éloignés de l'hôpital. Les personnels se retrouvent parfois isolés pour faire face à des situations difficiles.

- *Les professionnels n'auraient pas toujours les compétences et l'expérience nécessaires.*

Les personnels des centres de détention s'inquiètent de ne pas avoir les compétences nécessaires pour dépister les troubles mentaux des détenus, mesurer les risques de dangerosité existants, et adopter les attitudes les mieux adaptées pour éviter des actes de violence dont ils peuvent être victimes, mais dont peuvent aussi pâtir d'autres codétenus. Consciente de ces difficultés, l'administration pénitentiaire a mis en place une formation portant sur les conduites suicidaires. Il est encore trop tôt pour juger les résultats de cette démarche intéressante.

Dans les hôpitaux psychiatriques, les personnels médicaux et para-médicaux regrettent la disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique. Depuis 1993, il faut être titulaire du Diplôme d'Etat d'Infirmier (DEI) pour être recruté comme infirmier. La formation assurée par ce diplôme généraliste est jugée, par des représentants des personnels rencontrés par la mission, par des psychiatres, insuffisante pour exercer dans des secteurs de psychiatrie.

De nombreux départs à la retraite sont attendus dans les 10 années à venir au sein des hôpitaux psychiatriques. En 1990, au CH du Vinatier, 40 % du personnel infirmier étaient âgés de plus de 41 ans. Cette proportion est de 63 % aujourd'hui. Des professionnels expérimentés vont donc quitter les équipes de soins. Ils seront remplacés par des jeunes collègues n'ayant pas suivi une formation spécialisée dans la discipline, s'étant parfois orientés dans un service de psychiatrie par défaut d'autres choix possibles.

Dans le cadre de la formation continue, un grand nombre de personnels soignants du Vinatier a suivi une formation à la gestion des situations de violence. Mais cette politique engagée par l'établissement ne paraît pas avoir atténué les inquiétudes sur les compétences des professionnels exprimées très généralement.

Enfin, aussi bien dans les services de police qu'à l'hôpital du Vinatier, nombreux sont ceux qui jugent que la proportion toujours plus importante de femmes dans les effectifs augmenterait les risques quand il s'agit de faire face à une situation de violence.

Au total, on peut se demander si ces doutes sur les compétences et l'expérience des professionnels ne s'expliquent pas davantage par des motifs sociologiques que par le constat de réelles déficiences. L'ouverture récente aux femmes de certains métiers traditionnellement exercés par des hommes (c'est le cas pour les services de police) soulève des appréhensions que les questions techniques viennent souvent masquer. Les mêmes réactions peuvent exister aussi dans les établissements hospitaliers où les femmes sont pourtant majoritaires depuis



longtemps parmi le personnel. Ainsi, quand tous les interlocuteurs de la mission ont fait état des inconvénients manifestes d'une féminisation trop accentuée du personnel infirmier, il est troublant de constater qu'en 15 ans, la proportion des hommes parmi les infirmiers du Vinatier n'est passée que de 22 % à 21 %. Le vrai débat est donc sans doute un débat de gestion médicale (conditions d'accueil du patient, évaluation lors du premier entretien, liens avec la famille, données du dossier patient, échange des informations au sein des équipes, stratégies thérapeutiques, analyse des incidents en équipe, participation de tous à la sortie du patient...). Quant à la formation des infirmiers, on peut s'étonner que le développement des formations continues, l'organisation d'un tutorat exercé par les infirmiers les plus anciens au bénéfice des nouvelles recrues, ne modifient en rien le sentiment que les jeunes agents détenteur du DEI sont moins que les autres aptes à gérer des troubles du comportement survenant chez les malades plus fréquemment qu'autrefois. Une génération est en train de partir. Cette génération a fait le développement de la sectorisation psychiatrique en France. Attachée à ce bel héritage laissé à ses successeurs, elle redoute peut-être que ceux-ci le transforment ou le gâchent.

- *Les moyens en personnels seraient insuffisants. Les locaux seraient insuffisamment sécurisés.*

Pas assez de policiers et de gendarmes, pas assez de juges et de personnels dans les services judiciaires, pas assez d'infirmiers dans les hôpitaux. Les mêmes remarques sont faites par tous. Aussi, chaque institution est soucieuse d'une gestion parcimonieuse de ses effectifs, de peur de ne pas pouvoir faire face à ses obligations.

Les services de police et de gendarmerie se plaignent que les interventions auprès de patients dangereux mobilisent leurs agents pour des temps très longs, alors qu'ils doivent faire face à bien d'autres besoins tout aussi importants, avec des effectifs limités. Ils regrettent les délais pour obtenir l'arrêté du maire en cas d'HO, les délais pour qu'une ambulance vienne chercher le malade à transporter, les délais pour dénouer une situation relationnelle complexe avec un patient et sa famille en état de souffrance, faute d'avoir pu trouver un médecin capable de les aider (à Lyon, le SMUR ne se déplace pas pour un malade mental à hospitaliser sans son consentement. Il faut requérir des ambulanciers privés ou faire appel à l'ambulance de l'hôpital psychiatrique).

Les juges sont chargés d'un nombre d'affaires trop important, et manquent de l'assistance nécessaire, pour traiter au mieux les aspects relationnels avec le justiciable de façon à prévenir des réactions intempestives face à la décision.

L'hôpital du Vinatier a connu une diminution de son personnel infirmier ces 15 dernières années, mais une augmentation de son personnel médical d'environ 45 %. La mise en place des 35 heures est considérée comme un tournant. Cette situation est préjudiciable au travail d'équipe, rend difficile l'organisation de la permanence de personnels référents pour les malades.

Le centre hospitalier du Vinatier occupe une superficie importante. Il dispose de plusieurs bâtiments répartis dans un grand parc. De tels locaux sont bien sûr difficiles à sécuriser. Toutefois le CH du Vinatier a entrepris depuis 1997 une réhabilitation de ces locaux : chambres d'isolement, unités de soins intensif dernièrement. Entre 2000 et 2004, 28 242 000€ ont été consacrés à ce type de travaux.

### **3. La violence remet en question certains repères.**

#### **3.1 Un sentiment général d'être utilisé à contre-emploi.**

Conduits à intervenir pour toute forme de désordre social impliquant des familles en conflit, des patients souffrant de troubles mentaux, des personnes sous l'effet de l'alcool ou de produits stupéfiants, des malades faisant valoir avec brutalité leurs exigences au sein des hôpitaux, les services de police ont le sentiment qu'ils s'écartent progressivement de leur mission traditionnelle de gardiens de la loi, et qu'ils sont peu ou prou utilisés comme éducateurs sociaux chargés de la régulation des crises.

La justice s'inquiète de se voir confier le sort d'un si grand nombre de personnes ayant commis des crimes, mais nécessitant à l'évidence des soins psychiatriques. En prison, ces détenus malades mentaux voient souvent leurs troubles s'aggraver. Et, alors que leur maladie pourrait servir d'excuse à leurs actes, ce sont eux qui bien souvent, au dire des interlocuteurs rencontrés, seraient les plus sévèrement condamnés, par les jurés soucieux de les mettre longtemps à l'écart de la société, par l'administration pénitentiaire obligée de sanctionner leurs comportements violents mal maîtrisés. Le personnel de détention se sent transformé en auxiliaire de santé. Des formations lui sont dispensées pour qu'il sache dépister les risques de suicide, et puisse faire face aux détresses dans lesquelles les détenus peuvent se trouver. Mais, la prison n'est pas l'hôpital, même si sa clientèle comprend aujourd'hui un nombre important de malades.

En difficulté pour contrôler et corriger les conduites clastiques de jeunes adultes ou d'adolescents intégrant mal les règles les plus élémentaires de toute vie en société, ne sachant plus quoi faire pour éviter le glissement vers l'exclusion sociale de populations défavorisées, les services de police, les enseignants, les travailleurs sociaux, orientent vers les secteurs de psychiatrie des personnes qui ne présentent pas de maladie mentale et qui ne sont pas accessibles à un traitement médical. Hospitalisées, ces personnes, à la limite de la délinquance et de troubles psychiatriques avérés, perturbent gravement le bon fonctionnement des services hospitaliers. Accablées par des difficultés sociales de tous ordres, elles vivent une souffrance qui ne saurait être soulagée par une thérapeutique. Les soignants des secteurs de psychiatrie ont alors le sentiment d'être utilisés pour panser les plaies d'une société en crise par des institutions publiques dépassées par la difficulté de leurs tâches.

Ainsi, tous se sentent poussés dans une dérive les éloignant de l'exercice de leur mission propre. Tous considèrent que, détournés de leurs devoirs premiers, ils ne sont plus en état de consacrer une force suffisante à leur cœur de métier. Tous attendent que le salut vienne d'un changement de pratique des autres institutions publiques œuvrant sur un champ voisin du leur.

#### **3.2 Le repli autarcique des institutions est un danger.**

Toute institution finit par se considérer comme un monde en soi, coupé de son environnement. Elle ne se soucie plus alors que des exigences de sa cohérence propre et des besoins de renforcement de sa cohésion interne. Elle perd de vue l'ensemble du projet social au service duquel elle est employée, et par rapport auquel elle n'a qu'un rôle parcellaire. La violence, en mettant en échec l'institution dans la conduite de sa mission, brise ce rêve

d'autarcie, et oblige à reconsidérer la question de la cohérence de l'action et de la cohésion des organisations à une échelle plus collective.

Lors du transport d'un malade mental dangereux, la police doit pouvoir agir dans un cadre légal compris par la justice, avec le concours de médecins et d'infirmiers, selon des procédures avalisées par chacune des parties.

Face à un malade mental dont l'état de santé paraît se détériorer, un juge en contact avec lui dans le cadre d'une mesure de tutelle, doit pouvoir informer l'équipe soignante de comportements qu'elle ignore. Il doit aussi pouvoir être informé de la situation de ce patient par l'équipe médicale qui le traite, de manière à gérer au mieux une relation difficile. Or, les éléments figurant dans les dossiers sont souvent insuffisants. Ainsi, dans le cadre de l'aménagement des peines par exemple, le juge ne dispose pas d'informations médicales utiles pour prendre sa décision. Ainsi, la visite médicale réalisée dans le cadre de la garde à vue est rarement faite par un psychiatre.

Confronté à un patient violent, mettant en danger les personnels hospitaliers, une équipe de secteur psychiatrique, un service d'urgence, a besoin pour apporter ses soins que les services de police assure un minimum de sécurité pour tous.

Quand chacun estime que le bon déroulement de la mission de l'autre ne le concerne pas, se perd le sentiment de porter ensemble une responsabilité collective en matière de protection générale de l'individu et de la collectivité. Ainsi, lors de ses différents contacts dans le Rhône, la mission a pu constater qu'il arrivait qu'un juge des tutelles préfère renoncer à prendre une mesure de protection de la personne nécessaire devant trop de menaces et de violence des comportements, qu'une association tutélaire refuse de prendre en charge une mesure de tutelle par crainte des comportements de l'intéressé, qu'un secteur de psychiatrie transforme une hospitalisation à la demande d'un tiers en une hospitalisation libre à l'occasion de la fugue du patient concerné. En se retirant de la relation avec la personne susceptible de dangerosité, pour protéger son institution, est laissée alors aux autres la charge de faire face comme ils pourront aux problèmes susceptibles de survenir. A été rapporté à la mission l'expérience de Nuremberg sur la prévention du suicide. La police a été formée à la détection des risques de suicide, et elle oriente les personnes vers des consultations médicales. Cette coopération entre santé et police a fait chuter les tentatives de suicide de 20 %.

Mais, s'il apparaît indispensable d'établir des coopérations entre les institutions publiques, il faut aussi mesurer les exigences éthiques et les rigueurs méthodologiques qui s'imposent quand des équilibres sont à rechercher entre des objectifs différents, voire contradictoires. Là est le prix de la gestion de la complexité.

## **4. Des points faibles particuliers.**

### **4.1 Les incertitudes du droit de contraindre.**

La phase où une équipe médicale, ou une famille, est en contact avec un patient susceptible de se révéler dangereux, et doit organiser un transport vers une structure de soins, est la plus délicate. Devant un risque d'affrontement avec un patient refusant les soins, ayant fugué alors

qu'il était en HDT ou en HO, ou bien en attente d'une procédure d'HO ou d'HDT, les équipes médicales estiment qu'elles n'ont pas le pouvoir d'obliger, et les services de police et de gendarmerie s'interrogent sur leurs responsabilités pénales pour le cas où ils seraient conduits à prendre des mesures de contrainte. En l'absence de tout cadre juridique précis réglant, dans ces circonstances, les droits de contraindre des forces de l'ordre et des équipes médicales, les pratiques se font aléatoires, l'abstention devient un principe de précaution souvent retenu. Dans le même temps, chacun s'accorde à considérer qu'il conviendrait de développer des stratégies de prévention face aux risques de dangerosité présentés par certains patients.

Face à un signalement fait par la DDASS à un secteur de psychiatrie, la conduite à tenir n'est pas forcément très claire pour l'équipe médicale. Celle-ci craint d'outrepasser ses droits en tentant, sur la base de ce seul signalement, d'entrer en contact avec la personne concernée.

#### 4.2 Des coopérations insuffisantes entre les institutions publiques.

De manière générale, les coopérations entre les services de police, de la santé, de la justice, autour de situations impliquant un patient présentant des risques de dangerosité sont ponctuelles, n'obéissant jamais à des principes définis au préalable.

Selon le Juge d'application des peines rencontré par la mission, il n'y a aucun lieu d'échange, et il n'existe aucune collaboration entre les médecins et l'institution judiciaire.

Les juges des tutelles n'ont pas de relation avec les médecins psychiatres. Ils avaient organisé en octobre 2004, à la suite de signalements répétés du maire de la commune de Bron, une réunion avec les médecins du Vinatier, la direction du service des tutelles et les magistrats du parquet. Les médecins n'y ont pas participé.

A la sortie du SMPR, il est parfois difficile d'obtenir un rendez-vous pour une consultation dans le secteur de psychiatrie, malgré les liens étroits que le SMPR de Lyon a su tisser avec le dispositif sectoriel du Vinatier. D'après les propos tenus à la mission, il apparaîtrait que les secteurs auraient une position défensive ne facilitant pas le développement de véritables coopérations.

#### 4.3 Un manque d'études et de statistiques sur la dangerosité des personnes.

Le procureur de la République de Lyon regrette l'absence d'outils statistiques permettant de mesurer l'évolution de la dangerosité des justiciables par rapport aux infractions commises ou la réitération de certains actes.

#### 4.4 Des difficultés pour apprécier la dangerosité des personnes.

A l'ouverture d'une procédure de tutelle, les magistrats n'ont que peu d'éléments pour repérer l'existence d'un risque de dangerosité.

A l'audience correctionnelle, les magistrats disposent rarement d'éléments diagnostiquant la dangerosité des prévenus. Ils utilisent certains repères tels que :

- le signalement dans la procédure d'incidents en garde à vue et l'existence des « précédents ». La visite médicale en GAV (Garde à Vue) vise essentiellement à vérifier la compatibilité de l'état de santé de la personne par rapport à la GAV. Il y a peu d'examens psychologiques ou psychiatriques au cours de cette mesure, sachant que l'incidence de la LOLF et le caractère exponentiel des frais de justice n'incitent pas à ce que de tels examens soient ordonnés. A cela, il convient d'ajouter qu'aucune permanence de psychologue n'a été instaurée,
- dans les dossiers d'instruction, les magistrats (juge d'instruction, juge des libertés et de la détention relèvent parfois la dangerosité au sens criminogène de certains prévenus et dans la notice destinée à la maison d'arrêt, ils s'attachent surtout au risque de suicide),
- la nature des faits reprochés au prévenu qui peut révéler une dangerosité criminogène ou des troubles certains du comportement,
- le comportement du prévenu à l'audience (malaise, crise de stress, tentative d'évasion, menaces).

A noter cependant la mise en place d'une fiche de renseignement pour chaque prévenu. Mais, cette fiche n'a pas encore évolué vers une notice unique, rédigée dès la garde à vue, qui suivrait le détenu tout le long de son parcours (proposition du rapport du Professeur TERRA sur le suicide). Par ailleurs, un examen médical est réalisé dès le lendemain de l'arrivée en détention. Il est également possible aujourd'hui d'organiser une relation téléphonique avec le médecin régulateur du centre 15.

#### 4.5 Des experts trop peu nombreux.

Selon le Procureur de la République de Lyon, les experts psychiatres sont très « encombrés », et il existe une vraie inadéquation entre les délais de GAV, voire plus généralement de détention, et ceux de l'expertise (France entière, il y a 700 experts pour 13 000 psychiatres. De ce fait, ce sont toujours les mêmes experts auxquels sont confiées les expertises).

#### 4.6 Un dispositif d'urgences mal adapté à la prise en charge de la dangerosité.

Au service des urgences de l'hôpital Edouard Herriot (HEH), les risques de comportements violents de la part des patients surviennent plutôt aux heures de la journée où l'activité est la plus forte. Le roulement des personnels n'est cependant pas adapté à ces fluctuations d'activité, de manière à avoir plus d'infirmiers dans les périodes prévisibles où un grand nombre de patients sont accueillis.

La couverture du service des urgences de HEH 24 heures sur 24 par un psychiatre n'est pas assurée.

Le dispositif des urgences de HEH et du Vinatier fonctionne sans articulation institutionnelle véritable. Un projet de fédération entre les services n'est pour l'instant qu'évoqué, sans perspective d'aboutissement précise.

## **5. Des mesures de protection plus nombreuses, et des coopérations en développement.**

### **5.1 La justice sécurise ses lieux d'exercice.**

Un audit interne sur la sécurité du tribunal est en cours au Tribunal de Grande Instance.

Des mesures de plus en plus nombreuses sont prises pour améliorer la sécurité des lieux et des personnes : installation de portiques de détection de pièces métalliques, installation d'hygiaphones pour séparer le greffe des justiciables. La question se pose de savoir jusqu'où ira la multiplication de telles dispositions, le risque étant d'atteindre un seuil au-delà duquel le justiciable n'aura que très difficilement accès au tribunal.

### **5.2 Les hôpitaux prennent de nombreuses mesures de protection.**

#### *➤ Les mesures prises au Centre hospitalier du Vinatier.*

Une direction est dédiée à la qualité et à la gestion des risques.

Une équipe de 13 vigiles a été constituée. Cette équipe sécurise l'entrée de l'hôpital, fait des rondes dans le parc, peut prêter main-forte aux soignants devant maîtriser un malade.

Vient d'être installé un dispositif d'appel pour travailleurs isolés.

Ont été développées des formations à la prévention et à la gestion des comportements agressifs (APIC). Un projet de tutorat pour les jeunes infirmiers nouvellement recrutés est en préparation, en relation avec l'IFSI. Ces nouveaux infirmiers bénéficient par ailleurs d'un module d'intégration.

A été ouverte une unité pour malades agités et perturbateurs.

Un règlement intérieur est en cours d'élaboration.

#### *➤ Les mesures prises par les Hospices Civils de Lyon.*

- Actions de prévention et d'accompagnement des situations de violence.

Mise en place en 2003 d'un dispositif d'observation central, et par établissement.

Amélioration de la prise en charge par une augmentation du temps d'expert : poste de pédopsychiatre aux urgences et psychologue en soutien aux équipes des secteurs gériatriques.

Démarche systémique de l'hôpital H. Gabrielle, et évaluation des prises en charge des conduites agressives aux urgences de l'hôpital de la Croix-Rousse.

- Actions de formation depuis 1993

Au total, 1 150 personnes ont été formées sur l'ensemble des HCL.

- Sécurisation des bâtiments et de l'environnement.

Renforcement du contrôle des accès.

Projet de « digialarmes », de « vidéo-surveillance ».

Organisation de la communication avec les services de police et de gendarmerie.

Création d'outils de gestion (cahier de consignes, main courante, fiches réflexes).

### 5.3 Des formes de coopérations s'organisent.

A Lyon, les juges des enfants se réunissent régulièrement toutes les semaines pour faire le point sur leurs pratiques. Ils pratiquent, à titre expérimental, la collégialité<sup>3</sup> pour gérer les situations les plus difficiles en assistance éducative.

Une fois par mois, ils rencontrent<sup>4</sup> un psychiatre afin d'échanger sur leur savoir-faire et mieux gérer les situations des parents violents et perturbés.

Dans le cadre de la collaboration des magistrats de la jeunesse avec l'ASE, l'Education Nationale, les services de Santé et la DDASS, les juges participent à tour de rôle à la réunion du Comité de suivi des mineurs en grande difficulté qui se tient tous les deux mois.

Cependant, d'une façon plus générale, l'articulation des relations entre l'éducatif et le soin est difficile, et les échanges ne s'établissent qu'au travers de l'examen de cas particuliers. A noter cependant la pratique de réunions sur des thèmes particuliers, environ tous les trimestres, entre les juges des enfants et l'hôpital psychiatrique de Saint-Cyr au Mont-d'Or.

La plupart des hôpitaux du département ont organisé un dispositif de communication rapide avec les forces de police et de gendarmerie en cas d'incidents.

Le développement de conseils locaux de santé mentaux, souvent mis en place à l'initiative d'une mairie ou d'un secteur de psychiatrie, permet de construire des partenariats entre la santé, les services sociaux, les services de police et de gendarmerie. Il existe de tels conseils dans plusieurs secteurs du Vinatier, notamment à Villeurbanne. Il est regrettable que la justice ne soit pas toujours invitée à participer à ces conseils. D'autre part, la pérennité de ces conseils dépend beaucoup de la personnalité de ses membres. Tout s'effondre parfois au départ d'un partenaire important.

---

<sup>3</sup> L'audience d'assistance éducative est tenue par trois juges afin d'éviter de personnaliser l'entretien et d'éviter les réactions violentes de parents particulièrement difficiles. Toutefois, au regard des textes, la décision ne peut être rendue et signée que par un seul magistrat.

<sup>4</sup> Il s'agit en fait d'une formation continue prise en charge par l'ENM.

**ANNEXE 5 : LA PRISE EN COMPTE DE LA  
DANGEROUSITE DES PATIENTS DANS LE  
DEPARTEMENT DE L'ARDECHE**



## Déplacement de la mission dans le département de l'Ardèche.

L'Ardèche compte 286 000 habitants. La population, à dominante rurale, est concentrée le long du Rhône alors que les centres administratifs, à commencer par la préfecture, se situent à l'écart. Les plateaux ardéchois de l'ouest du département connaissent un vieillissement et une désertification accélérés.

### 1. L'Ardèche, un département rural et vieillissant, entre violences traditionnelles et nouveaux comportements déviants

La **part des atteintes à personnes** dans l'ensemble des actes de délinquance est **stable, voire en baisse**. Elle représentait, en 2002, 13,4 % de la totalité des infractions, 12,7 % en 2003 et 10,8 % en 2004. Les audiences correctionnelles ordinaires sont essentiellement constituées de CBV (violences à concubin ou conjoint) et de CBV avec alcoolémie ; il n'est pas noté d'évolution quantitative sensible de ces infractions.

Les hospitalisations psychiatriques sous contrainte sont en revanche en augmentation. Les hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) sont passées de 122 en 1990 à 343 en 2004 ; les hospitalisations d'office (HO), inexistantes en 1990, ont été au nombre de 58 en 2004.

**Les agressions à l'hôpital demeurent limitées.** Les établissements hospitaliers, à la suite de directives nationales, ont investi dans des équipements de sécurité (interphones, systèmes de fermeture, boîtiers personnels d'alerte) et formé les personnels aux réflexes et conduites à développer face aux patients agressifs. Par ailleurs, les phénomènes de violence sont de mieux en mieux connus, grâce à un travail de recensement des incidents<sup>1</sup>, accompli depuis 2000.

Ainsi, dans les unités d'hospitalisation de l'hôpital Sainte-Marie, 54 % des agressions ont eu lieu dans les espaces de vie en commun. Elles se concentrent en milieu de matinée, et après le dîner, ainsi que pendant les repas. 65 % des agressions visaient des personnels soignants, mais cette tendance résulte sans doute du mode de recueil de l'information (dépôt de fiches « Incident » par les seuls personnels soignants).

Il est probable que l'accroissement des déclarations de faits de violence et d'agressivité (39 au CHS Sainte-Marie pour la période 2000-2003, puis 37 en 2004, puis 39 pour le premier semestre 2005), s'il découle pour partie d'une meilleure connaissance de l'existence de cette possibilité parmi les personnels, provient surtout d'une **croissance du sentiment d'insécurité**.

À la maison d'arrêt de Privas, 3 agressions contre des membres du personnel ayant entraîné des blessures ont été enregistrées en 2003, mais aucune en 2004 ni, à ce stade, en 2005. Le

---

<sup>1</sup> Au CHS Sainte-Marie, les fiches « Incident » sont appelées « QPR », pour « Qualité Prévention des Risques ». Elles sont régulièrement examinées en comité d'établissement.

dispositif de prévention du suicide semble porter ses fruits puisque aucun suicide n'a été constaté depuis 1998.

**Si le nombre d'agressions et d'infractions entraînant des atteintes aux personnes reste limité, les professionnels rencontrés témoignent tous d'une perte de respect pour les différentes institutions**, qu'elles soient policière, militaire, judiciaire ou médicale. De surcroît, ils constatent la recrudescence des comportements d'indifférence à l'autre, voire de **perte de conscience de l'existence d'autrui et des devoirs qui y sont attachés**. Chacun agirait selon son intérêt immédiat ; **le sentiment d'être victime d'une injustice sociale permanente susciterait un réflexe d'auto amnistie systématique, de sorte que les passages à l'acte deviendraient justifiés et banalisés**.

La paupérisation de certains quartiers, dans les noyaux urbains de la vallée du Rhône, combinée à l'installation, sur les plateaux, de néo-ruraux vivant des minima sociaux, contribuent à l'émergence de « **pathologies psychosociales** ». Ces **troubles de la marginalité**, mal pris en charge par les structures sociales, pèsent sur l'activité des secteurs de psychiatrie, alors même qu'ils ne relèvent pas de la maladie mentale. Ils déroutent des personnels mal formés à leur appréhension et expliquent pour partie leur intolérance grandissante aux agressions, qui ne sont plus perçues comme le corollaire de la prise en charge de la maladie mentale. En 2004, les agressions ont représenté 38 % des accidents comptabilisés au CHS de Privas et ont été la cause de 10 % des arrêts de travail. L'hôpital apparaît plus perméable aux influences extérieures, et ceci se traduit, concrètement, par la découverte de trafics d'alcool et de cannabis au sein même des établissements. Dans les unités, les personnels sont confrontés à de jeunes patients provenant des mêmes quartiers sensibles, qui se connaissent, se retrouvent et adoptent des comportements de « bande ». Le phénomène reste néanmoins sans commune mesure avec ce qui se produit dans les grandes métropoles comme Lyon. Il entretient pourtant le sentiment d'insécurité des personnels.

Comme tous les établissements de santé, ceux de Privas sont marqués par le vieillissement des personnels. Au CHS Sainte-Marie, les membres du personnel âgés de plus de 41 ans représentent désormais 80 % de l'effectif, et l'âge médian s'établit à 47 ans. Cette évolution n'est sûrement pas sans rapport avec la progression du sentiment d'insécurité. Les départs massifs à la retraite qui interviendront dans les prochaines années ne permettront pas d'inverser ce phénomène, les jeunes soignants non aguerris révélant une tendance similaire à la déclaration systématique des incidents, et éprouvant également un important sentiment d'insécurité.

La féminisation, sans cesse évoquée par nos interlocuteurs, mérite quant à elle d'être relativisée. Au CHS Sainte-Marie, en 2004, les hommes ne représentent certes plus que 28 % des infirmiers, contre 37 % en 1990, mais la tendance est inversée s'agissant des aides soignants : les hommes sont passés de 31 à 39 %

**Le vieillissement de la population s'accompagne par ailleurs de la multiplication des cas de démence sénile, aux manifestations parfois violentes**. Le juge des tutelles de Privas estime rendre 2 000 décisions par an, dont une très grande partie concerne des personnes âgées. Il a constaté, dans les quatre à cinq dernières années, une augmentation de la dangerosité de ces justiciables. La période d'ouverture de la procédure (nomination d'un mandataire spécial), ainsi que les auditions, peuvent être très difficiles, surtout s'agissant des personnes qui ne bénéficient pas d'un suivi médical.

Dans ce contexte, la très grande faiblesse du nombre de psychiatres libéraux dans le département (ratio de 4,2 pour 100 000 habitants contre 10,9 pour la région Rhône-Alpes) est inquiétante.

## **2. La prise en charge hospitalière reste dominante mais une diversification de l'offre est en cours**

Le département compte cinq secteurs de psychiatrie générale (Annonay, Tournon, Aubenas, Le Teil-Largentière et Privas), ainsi que deux secteurs de psychiatrie infantile-juvénile.

**L'hôpital Sainte-Marie de Privas**, établissement privé participant au service public, dispose d'une capacité installée de 406 lits (279 lits en hospitalisation complète, 127 lits en hospitalisation de jour), en baisse de 60 % sur les quinze dernières années, avec un fort taux d'occupation (supérieur à 85 % contre 69 % en 1990). La file active a progressé de 9 % entre 2000 et 2003 (8 721 adultes et 3 442 enfants en 2003) et la durée moyenne de séjour a baissé dans le même temps (la baisse est de 19 % entre 2003 et 2004). La situation budgétaire de l'hôpital est dégradée (déficit de 0,5 % de la section d'exploitation en 2004) ; l'hôpital subit du reste une réduction de sa dotation depuis quelques années, décidée par l'ARH pour aplanir les différences de dotation par habitant au sein de la région Rhône-Alpes. Les effectifs du CHS sont en réduction (23 départs non remplacés en 2004).

Depuis plusieurs années, le CHS Sainte-Marie de Privas s'attache à diversifier ses modes de prises en charge : réduction du nombre d'unités d'hospitalisation complète, ouverture de places d'hospitalisation de jour, multiplication des lieux de soins. Cette évolution n'est pas achevée ; la mission nationale d'appui en santé mentale, dite « mission Massé », a préconisé, après avoir visité le département en 2004, d'amplifier la fonte capacitaire du CHS de Privas (jusqu'à une centaine de lits en hospitalisation complète) au profit d'une différenciation de l'offre (entre les réponses sanitaires et médico-sociales ou sociales) et de son externalisation.

Ces recommandations devraient être prises en compte dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement (annoncé pour la fin de l'année) et du SROS (schéma régional d'organisation des soins) de 3<sup>e</sup> génération.

**Le mouvement de « déshospitalisation », s'il mérite certainement d'être poursuivi à Privas, doit être conduit avec mesure.** La plupart des personnels rencontrés ont en effet fait part de leur malaise face à la diminution de la durée de séjour, qui nuit à la relation thérapeutique et conduirait, sous la contrainte de libérer des lits, à la sortie de patients non encore stabilisés. Plus largement, le manque de temps médical, à l'hôpital comme ailleurs, largement imputable à la réduction du temps de travail, aurait contribué à modifier la relation entre le soignant et le patient. Les personnels, qui connaîtraient moins les malades présents dans les unités, ou disposeraient de moins de temps à leur consacrer, manifestent le sentiment de devenir des « gestionnaires de situations » et de cesser d'être des « spécialistes du soin ». L'ensemble de ces facteurs accroîtrait par ailleurs leur sensation d'insécurité qui, lorsqu'elle devient perceptible par les malades, provoque des passages à l'acte (les patients « s'engouffrant dans les brèches »).

## **3. La place des psychiatres est en question, en raison notamment de leur raréfaction annoncée**

**L'Ardèche pourrait, dans un proche avenir, être confrontée à une pénurie de psychiatres**, au fur et à mesure que les effets d'un *numerus clausus* national révisé trop tardivement se feront sentir. La situation excentrée du CHS de Privas, éloigné du sillon rhodanien dynamique et des principaux foyers de population du département, ne fera qu'accentuer ce phénomène en ne permettant pas d'attirer des médecins psychiatres devenus plus rares. D'ores et déjà, des postes d'assistants psychiatres sont pourvus par des généralistes et des vacances sont constatées.

Cette démedicalisation aura un impact sur les pratiques des psychiatres restants : *« En moins grand nombre, ils seront tenus au cœur non substituable de leur métier, c'est-à-dire à la permanence des soins, au diagnostic et à l'évaluation, à la prescription et à la certification pour les patients les plus graves. Dans la pratique, cela signifie leur retour à l'hôpital [...] et leur absence croissante du travail ambulatoire. Cette partie de l'activité, pourtant en augmentation, devra donc être assurée par un transfert de charge vers les médecins généralistes [...] et vers tous les autres métiers de la santé mentale : psychologues, infirmiers et cadres, travailleurs sociaux, éducateurs, etc. »*<sup>2</sup>

Une telle évolution n'est pas sans risque pour la prise en charge des patients dangereux. La raréfaction des psychiatres, leur recentrage sur les pratiques intra-hospitalières et leur remplacement par les autres professionnels de la santé mentale fragilisent un peu plus la recherche de partenariats entre acteurs institutionnels variés sur le terrain, qui constitue pourtant la réponse la plus adaptée à la prévention et au traitement de certains comportements violents. **Le psychiatre, aujourd'hui, s'il apparaît comme un « opérateur de réseau de santé mentale »<sup>3</sup>, est le seul à pouvoir jouer ce rôle d'interface dans l'organisation psychiatrique de secteur. Son recentrage sur l'hôpital signifie l'abandon d'une politique d'ouverture de la psychiatrie à des partenariats interinstitutionnels, à l'heure, pourtant, où cet apport du secteur apparaît plus que jamais nécessaire.**

Certains des psychiatres rencontrés par la mission ont fait part de leurs difficultés à jouer un rôle de tête de réseau, dans un contexte de forte progression des besoins de soins et de vacances de postes. **Au-delà du problème structurel de démographie médicale, la capacité des psychiatres à s'instituer « opérateur de réseau en santé mentale » mériterait de faire l'objet d'une double évaluation : une évaluation globale tout d'abord, pour apprécier le bien-fondé de la formule au niveau national, mais aussi une évaluation des pratiques professionnelles individuelles.** Il apparaît clairement, en effet, que certains praticiens délaissent la logique de secteur et tout ce qu'elle implique, en termes de rapprochements entre institutions, pour améliorer la prise en charge et le suivi des malades, et ne répondent qu'aux demandes qui leur sont explicitement adressées (prise en charge hospitalière, consultations sur rendez-vous, interventions ponctuelles pour dénouer des situations de crise principalement).

Certains psychiatres, soucieux de préserver la possibilité d'un lien de confiance avec le patient en cas de prise en charge ultérieure, refusent d'intervenir au moment de la crise, qu'il s'agisse d'un patient connu ou inconnu. D'autres considèrent qu'il ne leur revient pas d'intervenir s'ils ne connaissent pas le patient et que la résolution des phénomènes aigus ressortit alors de la compétence d'un généraliste. Leur absence est mal vécue par les forces de l'ordre ou les sapeurs-pompiers, qui se sentent légitimement démunis. Par surcroît, certains médecins généralistes appelés en urgence refusent de se déplacer, arguant notamment des risques encourus. **Il est dommageable que ce souci de préserver la relation thérapeutique**

<sup>2</sup> Extrait du rapport de la mission nationale d'appui en santé mentale après sa visite de l'Ardèche (2004).

<sup>3</sup> *Ibid.*

aboutisse à des comportements d'abstention dans des situations d'urgence qu'une pénurie d'intervenants pourrait faire évoluer de façon dramatique. Il importe que les pratiques médicales soient adaptées à la densité des services publics et à leur capacité d'intervention.

#### **4. S'il existe des partenariats interinstitutionnels efficaces, d'autres sont à mettre en place**

- **La police intervient à l'hôpital en cas de besoin**

En cas d'incident, les services de police interviennent à la demande du CHS Sainte-Marie ou du centre hospitalier général des Vals d'Ardèche.

- **Des rapprochements entre le fichier des personnes hospitalisées sous contrainte et le fichier des détenteurs d'armes sont bien pratiqués**

Il est vérifié que les demandeurs d'autorisation de détention d'arme n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte dans un passé récent (183 vérifications nominatives en 2004), de même que les personnes hospitalisées sous contrainte ne sont pas détentrices d'une arme. Ces vérifications impliquent le service chargé des armes à la préfecture et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

- **Des partenariats intéressants ont été noués autour de la maison d'arrêt<sup>4</sup>**

La population pénale de la maison d'arrêt compte environ **50 % de personnes présentant des troubles psychologiques**, dont 21 % sont suivis ou hospitalisés en hôpital psychiatrique.

Une **convention de partenariat** a été signée afin d'officialiser les liens **entre les hôpitaux de Privas et la maison d'arrêt**. Au titre de cette convention, le CHS et l'hôpital général mettent des personnels à disposition de la maison d'arrêt, dans le cadre de l'UCSA.

**Le procureur de la République visite le CHS chaque trimestre**. Il s'entretient d'abord avec le directeur adjoint, les différents médecins et les soignants, puis il voit des malades. Peu demandent néanmoins à le rencontrer.

Les **commissions d'application des peines (CAP)**, qui sont mensuelles, sont un lieu d'échanges entre les différents acteurs qui assurent la prise en charge des détenus. Y participent le procureur de la République, le chef de l'établissement de détention, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), l'infirmière psychiatrique mise à disposition de la maison d'arrêt en tant que représentante de l'UCSA.

La **commission annuelle de surveillance de la maison d'arrêt** constitue un autre **lieu d'échange**. Il y a été envisagé de proposer la création d'un SMPR à Privas selon l'évolution du CHS de Ste-Marie.

---

<sup>4</sup> La capacité installée est de 62 places, à la date du 5 juillet 2005, il y avait 69 détenus (50 % de prévenus et 50 % de condamnés). La durée moyenne de séjour est de quatre mois mais certains condamnés à une peine supérieure à un an supportent, faute de places, de longs délais d'attente avant d'être orientés vers un établissement pour peine.

**En dehors de ces partenariats, les collaborations existantes, nées de la bonne entente entre des acteurs habitués à travailler ensemble, sont fragiles car elles ne sont pas institutionnalisées.** Les développements qui suivent soulignent ce défaut de formalisation des modalités d'action en commun.

- **Les partenariats existant dans le cadre de la politique de la ville n'intègrent pas de dimension psychiatrique**

Il existe plusieurs **contrats locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD)** dans le département : Annonay, Aubenas, Bourg-Saint-Andéol, La Voulte. Si les services de police, de gendarmerie et de justice (PJJ) y participent, tel n'est pas le cas des professionnels de la santé.

- **Le transport des patients dangereux apparaît problématique**

Faute d'ambulance psychiatrique au CHS, et face à une offre privée limitée, **ce sont les sapeurs-pompiers qui assurent le plus souvent la prise en charge sur les lieux de crise et le transfert des patients vers l'hôpital psychiatrique.** Les gendarmes et les policiers sont très souvent les premiers présents sur place, de sorte qu'ils se trouvent confrontés à des personnes souffrant de troubles mentaux, au comportement parfois imprévisible et violent. Lorsque les individus sont particulièrement agités, il arrive que le véhicule des pompiers soit escorté.

**Cette situation est préjudiciable tant à la qualité de la prise en charge des patients qu'à la sécurité des personnels.** En effet, l'arrivée rapide sur place d'ambulanciers « aguerris » accompagnés de personnel soignant serait de nature à apaiser certaines situations et à permettre un transport sans contention physique excessive.

Bien entendu, la géographie du département, l'enclavement de certaines terres et les insuffisances du réseau routier rendent irremplaçables les interventions des forces de l'ordre et des sapeurs-pompiers. Ces dernières devraient néanmoins n'être que subsidiaires, c'est-à-dire ne se concrétiser qu'en cas d'impossibilité d'accès rapide par des véhicules et des équipes plus adaptés à la situation. Dans cette perspective, **il serait opportun qu'une organisation plus efficace soit mise en place et formalisée.** Inscrite dans un protocole d'intervention en cas d'urgence psychiatrique, elle reposerait sur une régulation par le SAMU et pourrait avoir une base pluri-départementale (Drôme-Ardèche par exemple).

## **5. La circulation d'une information sur la dangerosité apparaît déterminante pour prévenir certains passages à l'acte**

- **Dans certaines unités de psychiatrie, les réunions de service ne sont pas pratiquées**

Le manque de temps médical justifie, pour au moins l'un des praticiens rencontrés par la mission, la suppression des réunions de services entre soignants. Cette pratique semble de nature à contribuer au sentiment d'isolement et d'insécurité des personnels, en ne leur permettant pas d'analyser collectivement l'état des patients et les situations dans lesquelles ils se sont trouvés. Elle prive le chef de service d'un moyen de connaissance de la réalité de son service, au-delà de la simple agrégation des cas individuels lors des visites et des

consultations. Elle ne lui permet pas de faire évoluer ses pratiques et celles de ses collaborateurs, au vu d'un diagnostic partagé, et à la lumière des propositions de ces derniers.

- **De façon générale, l'éclatement des structures de prise en charge complique l'activité des psychiatres et le partage de l'information**

Dans un département souffrant d'une répartition démographique non homogène, de liaisons routières difficiles et d'une localisation excentrée du CHS, les temps de parcours entre unités de prise en charge éclatées pèsent fortement sur l'activité des soignants. Dans certains secteurs, les psychiatres n'ont que de très rares occasions de se rencontrer. Dès lors, l'information sur la dangerosité de certains patients est mal transmise et les comportements pour y faire face ne sont pas toujours adaptés.

- **L'information des soignants sur les faits reprochés aux détenus hospitalisés permet une meilleure appréciation de la dangerosité**

La convention de partenariat existant entre la maison d'arrêt et les hôpitaux de Privas prévoit un échange sur la situation pénale des détenus hospitalisés, de manière à permettre aux personnels hospitaliers d'apprécier la dangerosité des patients concernés. Il s'agit de ne pas faire subir aux soignants et aux autres malades des risques inutiles.

- **L'information sur les sorties d'essai ainsi que sur les sorties d'hospitalisation sous contrainte, en particulier de HO, est encore très lacunaire.**

Cette information n'est que très rarement communiquée aux maires, aux services de police ou de gendarmerie ayant participé à la procédure initiale, même en cas d'individus particulièrement signalés. Bien souvent, c'est à l'occasion de rondes ou d'appels du voisinage que les forces de l'ordre comprennent qu'une personne n'est plus hospitalisée. Une telle situation, bien évidemment souhaitable s'agissant des personnes stabilisées, est moins compréhensible s'agissant de personnes au comportement imprévisible ou dont les conditions d'hospitalisation ont été particulièrement difficiles. Une telle mise en commun d'informations, ponctuelle, n'enfreindrait pas le secret médical en ce qu'elle ne porterait que sur une décision administrative.

En cas de fugue d'une personne hospitalisée d'office, les forces de l'ordre sont informées et des inscriptions au fichier des personnes recherchées (FPR) sont pratiquées.

- **L'information transmise par les forces de l'ordre, le procureur et les magistrats, de même que les données relevées à l'entrée en maison d'arrêt, sont fondamentales pour le bon déroulement de la détention**

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) établit, dans le cadre de la permanence d'orientation pénale (POP), des fiches signalétiques de renseignements socioprofessionnels concernant certaines personnes gardées à vue.

En outre, un **protocole** entre les services de police et de gendarmerie, d'une part, et la maison d'arrêt, d'autre part, a permis de mettre en place une **fiche de liaison** qui retrace le **comportement** du détenu **depuis la garde à vue**.

A son arrivée, le détenu est placé en cellule « entrants » pendant 72 heures, et il est reçu par les services sociaux, le service médical dont l'infirmière psychiatrique, un cadre de détention et l'instituteur de la maison d'arrêt. Chaque intervenant note sur un **carnet de liaison** les particularités qu'il a repérées, et ce document est lu quotidiennement par l'UCSA et par l'un des deux « **référents suicides** » désignés parmi le personnel de détention. Il est consultable à tout moment par l'ensemble des partenaires.

Par ailleurs, les magistrats rencontrés prennent soin de remplir une notice à destination de la maison d'arrêt, à l'issue des audiences. Il leur arrive aussi de téléphoner pour signaler la fragilité psychologique ou le comportement perturbé d'un condamné. Le greffe joue un rôle non négligeable en la matière.

Le SPIP assure une permanence tous les matins à la maison d'arrêt. A cette occasion, tous les détenus entrants ont une entrevue avec un travailleur social. L'entretien permet de cerner la personnalité du détenu, de prendre des contacts à l'intérieur de la maison d'arrêt (personnel de détention et éventuellement personnel soignant) mais également avec l'extérieur (famille, employeur du détenu).

**Ces dispositifs, en apparence pertinents, recèlent quelques imperfections. Le secret médical constitue pour certains personnels de la détention « une chape de plomb » expliquant l'absence de lisibilité de certains signalements.**

- **Les informations échangées dans le cadre de la commission d'application des peines (CAP) permettent au juge de l'application des peines d'apprécier la dangerosité des détenus**

En CAP, plusieurs critères sont pris en compte au moment de l'examen des situations individuelles pour apprécier la dangerosité des détenus : comportement en détention, avis de l'UCSA concernant le suivi des traitements, point de vue du DSPIP, passé pénal.

Pour les longues peines, le SPIP émet, dans le cadre du dossier d'orientation, un avis écrit, notamment sur la dangerosité du condamné.

Dans les cas des infractions les plus graves, une expertise psychiatrique est ordonnée.

## **6. Une articulation entre les différentes phases de prise en charge des patients doit être recherchée en vue d'éviter toute rupture du soin ou de l'accompagnement social**

Il s'agit de **construire de véritables parcours de prise en charge et/ou d'accompagnement**, dans toutes les situations où des ruptures, propices à l'expression de la dangerosité, sont à craindre.

- **Les conditions de levée de la garde à vue (GAV) en cas de trouble mental ne sont pas satisfaisantes**



Environ 3 à 5 % des GAV ne vont pas à leur terme, suite à la détection de problèmes psychiques<sup>5</sup>. En pareil cas, le médecin qui assure la permanence de GAV établit un certificat médical, et le maire peut prendre un arrêté de placement d'office. Il arrive aussi que des proches acceptent de s'engager dans une procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers. Dès lors, la personne cesse d'être gardée à vue et rejoint l'hôpital psychiatrique, sans surveillance particulière autre que celle exercée par les personnels soignants. En cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers, les autorités administratives et judiciaires ne sont pas informées de la fin de l'hospitalisation, sauf initiative en ce sens du directeur d'hôpital. Bien entendu, les individus particulièrement signalés feront l'objet d'un suivi attentif et la GAV pourra reprendre par la suite (dans la limite des délais légaux) si aucune expertise n'a conclu à l'abolition de responsabilité. Mais, dans d'autres cas moins signalés d'individus pourtant dangereux, la fin de l'hospitalisation pourra signifier la cessation de toute procédure administrative ou judiciaire.

Cette situation pose la question du statut pénal des personnes dont la GAV est interrompue pour raisons médicales, même si une reprise des poursuites est toujours possible.

- **Les modalités de prise en charge hospitalière pendant la détention sont problématiques**

En cas de troubles psychiatriques lourds, nécessitant une hospitalisation, l'UCSA adresse ses patients au SMPR de Vars et plus rarement à celui de Lyon. Le personnel de l'UCSA souligne la longueur des délais d'attente avant le transfert (plusieurs semaines voire plusieurs mois). L'hospitalisation d'office au CHS Sainte-Marie est utilisée en cas d'urgence, quand l'administration pénitentiaire est débordée. D'une durée de 48 heures à un mois, elle débouche parfois sur un transfert au SMPR de Vars.

En cas de problèmes somatiques nécessitant une hospitalisation, celle-ci est réalisée à l'hôpital de Privas (hospitalisation inférieure à 2 jours) ou à Lyon (UHSI). À Privas, les conditions de la garde des détenus par des policiers pendant l'hospitalisation mériteraient d'être discutées. En particulier, elles n'apparaissent pas de nature à permettre de déjouer toute action violente à des fins d'évasion. En outre, les « chambres carcérales » de l'hôpital ne sont pas aux normes et les travaux prévus (15 000 €) ont dû être reportés, faute de financement.

- **Les dispositifs d'accompagnement de la fin de détention sont intéressants, mais ils ne concernent pas tous les détenus**

Un travail avec l'ANPE (convention nationale Justice/ANPE) et la mission locale permet de préparer la réinsertion professionnelle des détenus à leur sortie de prison. Des chantiers sont régulièrement ouverts au sein de la maison d'arrêt pour permettre l'apprentissage de métiers. La situation des détenus est par ailleurs signalée systématiquement par le SPIP aux ASSEDIC de façon à ce que leur détention n'entraîne pas la perte de leurs droits.

**Les décisions d'application des peines peuvent être l'occasion de préparer une bonne transition entre détention et libération.** Le juge de l'application des peines (JAP) suit à ce titre une trentaine de détenus. Le JAP, qui décide seul après la tenue de la CAP, retient plus

---

<sup>5</sup> Les visites médicales sont obligatoires pendant la GAV des mineurs. Pour les majeurs, elles sont effectuées sur demande du gardé à vue ou des forces de l'ordre. La GAV ne peut excéder 48 heures en général, 72 heures en cas de toxicomanie.

particulièrement la nature des faits ayant motivé la condamnation et le casier judiciaire du condamné avant de prendre une décision.

Parmi les décisions d'application des peines, **la libération conditionnelle constituerait la mesure la plus efficace pour préparer la sortie du condamné et, dans certains cas, pour éviter l'absence de suivi**. Elle peut, en effet, inclure une obligation de soins.

Cette **obligation de soins n'est néanmoins pas pleinement satisfaisante** : les visas médicaux, qui doivent être transmis au SPIP par le condamné<sup>6</sup>, ne permettent pas de vérifier la réalité du contenu des soins<sup>7</sup>. Ce n'est que lorsqu'une expertise médicale est ordonnée par le JAP que le SPIP peut disposer d'éléments réellement probants. Il n'est pourtant pas envisageable de demander aux médecins de communiquer systématiquement le contenu des consultations : au-delà de la violation possible du secret médical, cela ferait reposer l'évaluation du bon déroulement de la libération conditionnelle sur la parole du médecin.

**En réalité, la libération conditionnelle assortie d'une obligation de soins est intéressante en ce qu'elle permet un contact entre le patient et le monde médical extérieur à la maison d'arrêt. Il ne doit pas lui être assigné d'objectifs plus ambitieux.** Elle doit être réservée aux détenus stabilisés pour lesquels un suivi est recherché, et non toucher les détenus présentant des pathologies lourdes à la dangerosité avérée. Pour eux, l'hospitalisation sous contrainte semble devoir être préférée.

**En dehors des cas de libération conditionnelle, la continuité du suivi psychiatrique à la sortie de détention est loin d'être assurée.** Les intervenants à l'UCSA ont souligné qu'il leur était impossible de s'assurer que le secteur d'accueil du patient nouvellement libéré mettait en place un suivi effectif, malgré des prises de rendez-vous avant la fin de la détention. En outre, l'éloignement géographique interdit souvent que l'ancien détenu continue de voir certains des personnels soignants qu'il avait connus en détention ; cette prolongation du lien personnel semble pourtant essentielle pour éviter toute rupture thérapeutique. Parfois, l'infirmière psychiatrique parvient à nouer un contact entre le détenu en fin de peine et le personnel soignant du secteur d'accueil. De telles initiatives doivent être encouragées ; il est néanmoins nécessaire de leur consacrer un temps abondant, ce dont les équipes sont de plus en plus dépourvues.

**Les sorties de détention réussies combinent plusieurs facteurs favorables : insertion professionnelle rapide grâce aux apprentissages réalisés en détention, continuité des soins psychiques et somatiques. Il importe que les personnes libérées bénéficient d'un « fil conducteur » et ne se laissent pas envahir par une forme de déstructuration auxquels l'enfermement tout comme les conditions de détention sont propices.**

- **Les sorties de l'hôpital psychiatrique sont dans l'ensemble insuffisamment préparées**

---

<sup>6</sup> Le personnel du SPIP est chargé notamment du suivi de l'application des peines en milieu ouvert, sous le contrôle du JAP. Le JAP de Privas a mis en place trois types de suivi : un suivi allégé (rencontres entre le condamné et le SPIP tous les quatre à cinq mois) ; un suivi normal (rencontres une fois tous les deux mois) ; un suivi renforcé (deux agents du SPIP peuvent alors suivre le condamné et les rencontres peuvent être très fréquentes).

<sup>7</sup> A l'exception du suivi des alcooliques pour lesquels un bilan sanguin peut être un bon indicateur.

Une grande part des soignants rencontrés considèrent qu'ils sont impuissants à organiser un suivi à la sortie de l'hôpital lorsque les patients ne se prêtent pas volontairement à l'exercice, ce qui explique que des patients potentiellement dangereux sortent de l'hôpital dans une situation de rupture de soin. Les soignants en appellent donc à l'institution d'une obligation de soins.

Une meilleure préparation des sorties d'hospitalisation semble possible dans les cas de patients dangereux. Ainsi, la venue à l'hôpital, pour des entretiens, des infirmiers intervenant dans le cadre du centre médico-psychologique dont relèvera le patient à sa sortie, facilite son acceptation d'un suivi médical. De même, la pratique de sorties d'essai accompagnées d'un calendrier précis de consultations et du contrôle de leur respect constitue une façon pertinente de préparer certains départs de l'hôpital. **De façon générale, il semble important de concevoir un tuilage des prises en charge, ce qui suppose des mises en relation et en confiance à l'initiative des soignants.**

## **7. Des locaux inadaptés fragilisent les personnels et sont propices à des comportements dangereux**

Au **CHS Sainte-Marie de Privas**, qui a ouvert ses portes en 1827 avec 5 malades et en a compté plus de 1 500 dans les années soixante, **l'architecture n'apparaît pas adaptée à la prise en charge de malades dangereux**. L'hôpital, construit à flanc de montagne sur cinq niveaux, est vaste et recèle de nombreux couloirs et recoins ; des ailes sont abandonnées ; les unités comportent souvent plusieurs niveaux et les unités d'admission sont souvent éloignées des unités de suite du même secteur.

La direction prépare un **règlement intérieur** censé préciser les droits et devoirs des malades et, notamment, les limites à la liberté de circulation dans l'établissement (sortie de l'unité de soins sur demande adressée au personnel soignant, limitation des déplacements la nuit, etc.) et à l'extérieur (autorisations de sortie, sorties d'essai, etc.).

Les **locaux du TGI de Privas**, bien qu'équipés d'un système d'alarme, apparaissent également en partie **inadaptés à la prévention des violences**.

- le service des mineurs n'est pas équipé d'issue de secours ; la salle d'attente est par trop exigüe ; il n'y a pas de lieu dédié à la consultation des dossiers. Il est parfois nécessaire, pour certaines auditions de parents difficiles, d'avoir recours à une escorte ;
- au service des tutelles, les portes du greffe sont, sur instruction du magistrat, fermées à clé pendant les horaires d'ouverture pour éviter l'irruption de personnes violentes ;
- il n'y a pas de présence policière dans la salle d'audience, en dehors des cas de comparution avec escorte. Pourtant, alors qu'aucun élément du dossier ne laisse présager un incident, il arrive que le prévenu développe une fureur difficilement maîtrisable. Il importe aussi, pour les magistrats, de « gérer » le public (amis, famille, bande) qui accompagne le prévenu.

Une réflexion est en cours sur la sûreté des locaux du TGI ; des travaux sont envisagés.

**ANNEXE 6 : DEPLACEMENT DE LA MISSION AU  
CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC**

## **Déplacement de la mission au Centre hospitalier de Cadillac**

### **1. Cadillac offre une grande diversification des prises en charge de patients de nature très différente**

#### **1.1. Une sectorisation avec des moyens ambulatoires importants dont la croissance s'est opérée corrélativement à la diminution du nombre de lits d'admission**

Le centre hospitalier spécialisé de Cadillac couvre une population de 423 778 habitants. Six secteurs de psychiatrie générale<sup>1</sup> et deux inter- secteurs de pédopsychiatrie<sup>2</sup> assurent, selon les besoins, la prise en charge des patients de ces territoires.

Les six unités sectorisées disposent de 149 lits d'admission. S'y ajoutent des unités intersectorielles de court séjour (87 lits) ou de long séjour (173 lits). Certaines de ces unités se situent hors du site principal de Cadillac (clinique des Gravières, clinique d'Ornon ou encore de Sainte-Magne).

Le CHS comprend également 178 places alternatives à l'hospitalisation avec des structures spécialisées (CATTP, hôpitaux de jour, hôpitaux de jour et de nuit, ateliers thérapeutiques, services familial thérapeutiques) et 43 centres de consultations.

La capacité des unités d'admissions de chacun des secteurs a fortement diminué au cours des quinze dernières années. En nombre de lits, les possibilités d'accueil de patients sur le site de Cadillac ont été divisées par 2,7 entre 1990 (506 lits) et 2004 (140 lits). Une partie de ces lits a été transférée sur l'extérieur au profit des unités intersectorielles de court et de long séjour.

#### **1.2. Des unités fermées avec des transformations majeures**

##### **1.2.1. Depuis 1963, Cadillac est l'une des unités<sup>3</sup> pour malades difficiles (UMD) sur le territoire**

Le décret du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, définit les UMD comme des unités spécifiques non intégrées aux secteurs psychiatriques et ayant une vocation interrégionale. Ces unités de soins

---

<sup>1</sup> Les populations couvertes par les secteurs de psychiatrie générale varient de 61 433 habitants (33G10) à 80 436 habitants (33G13). Deux des secteurs de psychiatrie générale prennent directement en charge des populations bordelaises.

<sup>2</sup> Les populations couvertes par le deux inter secteurs de pédopsychiatrie sont relativement comparables (198 514 habitants pour les 33I05 et 225 264 habitants pour le 33I06).

<sup>3</sup> Les trois autres UMD se situent à Villejuif, Sarreguemines et Montfavet.

accueillent des patients exclusivement en hospitalisation d'office, présentant pour autrui un danger, et nécessitant des protocoles thérapeutiques adaptés ainsi que des mesures de sûreté particulières.

L'UMD de Cadillac comprend 86 lits d'hospitalisation dont 4 unités de 19 lits et une unité de 10 lits spécialisée. Tous les patients sont hospitalisés en hospitalisation d'office (HO)<sup>4</sup> prononcés par le préfet de Gironde au vu d'un dossier médical et administratif avec l'engagement du préfet du département d'origine du patient à reprendre en charge dans un délai de vingt jours la personne ayant fait l'objet d'un arrêté de sortie de l'unité. Les délais d'attente pour être hospitalisé dans cette unité sont très importants. Ils se situent en moyenne autour de dix mois.

L'UMD a évolué au cours des quinze dernières années. Depuis 1992, des patients autistiques vieillissants présentant des troubles du comportement y sont admis. Les responsables de cette structure ont créé en 1994 une unité d'électroconvulsivothérapie (EVC) dont les indications concernent des pathologies spécifiques : accès maniaques aigus, dépressions majeures psychotiques avec risque suicidaire et altération grave de l'état général, ou encore des schizophrénies résistantes aux neuroleptiques. L'UMD<sup>5</sup> dispose depuis 1991 d'un centre ergo thérapeutique permettant des prises en charge diversifiées<sup>6</sup>.

Les patients accueillis proviennent de la France entière avec une prédominance de trois régions : l'Aquitaine (37 %), l'Ile-de-France (12 %) et Rhône-Alpes (11 %).

### ***1.2.2. Une unité de soins intersectorielle départementale (UPID) a été créée au début des années 2000***

Il s'agit d'une structure intermédiaire entre l'UMD et les secteurs de psychiatrie générale. Les raisons de la création de cette structure sont multiples. Une évaluation des besoins en Gironde a montré que certains patients hospitalisés en UMD n'en relevaient pas, avec de ce fait des conséquences négatives pour leur devenir : difficultés inhérentes au fonctionnement de l'UMD pour ré-adresser le patient dans le service d'origine, regard négatif des équipes de soins de secteur quant à la dangerosité supposée de ces patients sans lien réel avec leur état clinique.

L'UPID est implantée dans un ancien pavillon de l'UMD. Cette unité de 14 lits comprend 12 chambres individuelles dont une aménagée pour recevoir les patients en état d'agitation. Elle est conçue sur deux niveaux. A l'étage sont reçues les admissions ainsi que les patients en crise aiguë. Le rez-de-chaussée est le lieu de séjour.

---

<sup>4</sup> Il s'agit de patients en HO classique (article L.321-3-1 du CSP) qui ont présenté des violences envers les autres patients ou les soignants mais aussi, pour certains d'entre eux, d'HO judiciaires qui relèvent de deux types : soit de l'article L.321-3-7 du CSP (après un non-lieu en application de l'article 122-1 du code pénal (CP) ou lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental du patient pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, soit de l'article 122-1 du CP second alinéa pour des patients punissables mais dont le trouble psychique a altéré le discernement ou entravé le contrôle de leurs actes.

<sup>5</sup> Dans le cadre de leur projet médical, les responsables de l'UMD ont proposé la création d'une unité spécialisée de 7 lits pour le traitement des délinquants sexuels.

<sup>6</sup> L'ensemble des activités d'ergothérapie est placé sous la responsabilité d'une fédération qui regroupe l'UMD et les secteurs. Les activités d'ergothérapie sont multiples : reliure, menuiserie, rotin, cuir, jardin, chant et écoute musicale, enseignement et éveil, activités physiques et sportives.

L'unité de soins s'adresse exclusivement aux patients sectorisés de Gironde et intéresse les 17 secteurs de psychiatrie adultes du département ainsi que le SMPR de la maison d'arrêt de Gradignan. Les patients hommes et femmes accueillis en HO, ou sur demande d'un tiers (HDT), le sont sur des critères spécifiques. Il s'agit de personnes qui présentent des troubles de l'agitation ou qui sont fortement perturbateurs pour le fonctionnement des unités d'admissions de psychiatrie générale ou de la maison d'arrêt qui les hébergent.

### **1.2.3. Un accueil sécurisé des patients détenus**

Depuis juin 2003, un certain nombre de lits ont été affectés à l'accueil de patients adressés par le milieu pénitentiaire dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Aujourd'hui, deux modalités d'admission sont proposées :

- une admission effectuée de manière rapide dans les locaux de l'UPID. Deux lits de cette structure sont exclusivement réservés à l'accueil de ces patients. Le séjour ne peut dépasser deux mois. A son terme, le patient regagne la maison d'arrêt ou le secteur psychiatrique de rattachement ou encore une des unités de l'UMD, lorsque sa dangerosité est avérée ;
- dans l'autre hypothèse, l'admission s'organise dans un délai d'un mois au sein d'une des unités de l'UMD. Après avis de la commission du suivi médical qui statue sur leur sortie, ces patients sont transférés au SMPR de la maison d'arrêt de Gradignan ou dans le service psychiatrique de rattachement.

### **1.3. Une activité centrée sur l'ambulatoire**

La file active<sup>7</sup> de l'établissement s'élève, en 2004, à 11 234, UMD et UPID compris. Les patients ayant bénéficié de soins pratiqués en ambulatoire restent largement majoritaires. En psychiatrie générale, en 2004, 2 109 patients ont été pris en charge à temps complet, 474 à temps partiel et 6 758 en ambulatoire. Ce dernier groupe est celui qui a le plus progressé au cours des dernières années dans un contexte de forte croissance de l'ensemble de la file active de l'établissement (7 492 en 1995 et 11 234 en 2004).

L'augmentation des diverses files actives adulte et enfant s'accompagne d'une augmentation contrastée du nombre d'actes ambulatoires : développement des consultations en CMP<sup>8</sup> mais nette diminution des visites à domicile<sup>9</sup>.

### **1.4. Un nombre de patients hospitalisés sous contrainte en forte augmentation**

---

<sup>7</sup> La file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année dans un établissement, un service ou une unité fonctionnelle.

<sup>8</sup> 36 948 consultations en CMP en 1995 et 63 684 en 2004.

<sup>9</sup> 18751 visites à domicile en 1995, 14443 en 2004.

Dans les six unités de psychiatrie générale sectorisées le nombre de patients hospitalisés sous contrainte est passé de 273 en 1996 à 590 en 2004 (+116 %). Cette évolution n'est pas harmonieuse entre les deux modes d'hospitalisation. Les hospitalisations d'office ont cru de 221 %<sup>10</sup> alors que celles effectuées sur demande d'un tiers n'ont eu qu'un taux d'augmentation de près de 74 % pendant la période citée. Elles ont même baissé entre 2003 (374) et 2004 (339).

## **1.5. Parmi les patients hospitalisés certains présentent des risques de dangerosité avérés**

### **1.5.1. En psychiatrie générale trois catégories diagnostiques sont prévalentes<sup>11</sup>**

Parmi les patients hospitalisés en psychiatrie générale, les catégories diagnostiques les plus représentées en 2004 concernent les troubles dépressifs (23 %), les troubles schizophréniques (23 %), les troubles de la personnalité dyssociale<sup>12</sup> (16 %).

Depuis 10 ans, certaines catégories diagnostiques ont connu des hausses importantes ; les troubles dépressifs ont été multiplié par 2, les troubles névrotiques par 2,2, le nombre de patients diagnostiqués présentant des troubles de la personnalité a quant à lui été multiplié par 2,5.

### **1.5.2. L'UMD, comme l'UPID, accueille par nature des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité**

En 2004, la file active de l'UMD est de 131 patients. Il s'agit d'hommes jeunes, 71 % des patients ont entre 15 et 44 ans<sup>13</sup>. Les diagnostics principaux les plus fréquents concernent les troubles liés à une schizophrénie<sup>14</sup> paranoïde (40 %). Les patients qui présentent des troubles de la personnalité (personnalités dyssociales<sup>15</sup> et paranoïaques) constituent le second groupe par ordre d'importance (16 %). Depuis 10 ans, le nombre de patients psychotiques est en augmentation croissante.

A l'UPID, les pathologies les plus souvent rencontrées sont essentiellement des décompensations aiguës de schizophrénies paranoïdes (36,4 %), ou des troubles spécifiques ou mixtes de la personnalité, antisociales ou limites (16,9 %).

---

<sup>10</sup> Elles sont passées de 78 en 1996 à 251 en 2004.

<sup>11</sup> La pyramide des âges des patients montre une majorité de femmes dans la file active.

<sup>12</sup> Personnalité antisociale « border line ».

<sup>13</sup> Le groupe d'âge 25-44 ans représente 57 % des patients.

<sup>14</sup> Les schizophrénies ont des symptômes qui affectent durablement les relations sociales et les activités de la personne atteinte de cette maladie.

<sup>15</sup> La personnalité antisociale se caractérise par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui depuis l'adolescence.



## **2. La dangerosité des patients affecte plus fortement les secteurs de psychiatrie générale que les deux unités fermées**

### **2.1. La dangerosité des patients vis-à-vis des personnels ou d'autres patients a fait l'objet de travaux d'analyse nombreux et variés depuis 1999**

Sous la direction d'un des médecins de l'établissement, une commission technique s'est réunie de juin à août 1999. Elle s'est d'abord intéressée aux questions de violence au sein des unités d'admission<sup>16</sup>. Dès cette époque, elle relève que si le nombre d'accidents du travail liés aux agressions de patients est relativement faible (23 en 1996, 12 en 1998) le sentiment d'insécurité du personnel est important (sentiment d'isolement et d'abandon, pénibilité du travail de soins, diminution du personnel masculin..).

Selon les membres de cette commission, des facteurs significatifs sont repérables pour expliquer l'évolution des risques de dangerosité des patients. Ils sont liés aux patients eux-mêmes (évolution de la vie sociale – la violence étant un moyen d'expression banalisée –, rupture de soins, absorption de produits toxiques, progression du nombre d'HO, situation matérielle de patients de plus en plus démunis, détention d'armes...), à l'environnement (faiblesse des équipes infirmières à certains moments de l'année, concentration des admissions et des sorties en fin de semaine, risque aggravé le matin, période de la journée où les soignants sont moins disponibles du fait de tâches formelles), à l'espace confiné et fermé (diminution du nombre d'unités d'hospitalisation, faible intimité des patients, périodes d'attente longues dans la journée sans repérage temporel clair ni de lieux d'activité propre – loisirs, ergothérapie, activités physiques), aux équipes (faible identité du travail d'infirmière en charge de multiples tâches, déqualifications, féminisation accélérée des personnels), aux médecins (sous effectif par rapport à la moyenne nationale, présence médicale insuffisante dans les unités de soin, mauvaise qualité de la transmission des informations, repérage clinique défaillant face à la violence), à l'organisation du travail (liens avec le nombre d'accidents du travail), au personnel victime des incidents de violence (personnels féminin plus exposés comme le sont les infirmiers d'âge mur, surcharge de travail et notamment non respect des temps de repos, faible formation des IDE nouvellement diplômés au contexte de la psychiatrie).

Ces travaux serviront de support aux réflexions menées au sein des instances de l'établissement, le CHSCT, la CME et le CTE.

En 2000, le CHS de Cadillac est à l'initiative d'un groupe de travail<sup>17</sup> interrégional sur la violence à l'hôpital. En 2001, un projet de prévention est déposé. Ils priorise trois axes : la formation des personnels, l'amélioration des structures d'accueil (création de chambres d'isolement), l'effectif du personnel.

En 2004, une procédure de gestion des risques est mise en œuvre. Elle recense les types d'évènements considérés comme indésirables et décrit les actions à réaliser quand ces évènements se produisent.

---

<sup>16</sup> Deux autres rapports mettront en exergue « la violence et l'adolescence » et « la violence dans l'UMD ».

<sup>17</sup> Ce groupe de travail a élaboré de mai à juillet 2000 des questionnaires pour différentes enquêtes à l'attention des directions d'établissements et des services hospitaliers.

En 2005, un rapport de la direction des soins met en exergue les risques d'insécurité dans les structures délocalisées (risques d'intrusion dans les locaux) et des risques de violence du patient en extra hospitalier (risques d'intrusion, équipe réduite et vulnérable notamment à certaines heures de la journée, faible savoir-faire des jeunes IDE face à des pathologies atypiques).

Depuis 2000, et à plusieurs reprises, le Conseil d'administration a délibéré sur le thème de la violence à l'hôpital<sup>18</sup>.

## **2.2. La mesure de la dangerosité dans les services de psychiatrie générale fournit des résultats relatifs quant à l'importance des risques encourus par le personnel**

En l'absence d'outil de gestion opérationnel pour qualifier la violence, deux données permettent d'approcher l'importance des risques liés à la violence des patients : le décompte des accidents du travail, et l'analyse des incidents indésirables au cours de l'année 2004, premier exercice de collation de ce type d'information.

Le nombre global d'accidents du travail, après être resté stable entre 1995 et 2000, a progressé au cours des cinq dernières années. Les bilans sociaux de 1995 et 2000 recensent respectivement 89 et 87 accidents de travail. En 2005, 131 accidents du travail sont répertoriés.

La gravité de ces accidents du travail est également en hausse, à la fois en nombre d'arrêts de travail<sup>19</sup> et de journées perdues<sup>20</sup>. La répartition des accidents de travail par nature de risques prouve que le nombre d'agressions des personnels par des patients, s'il a fortement augmenté entre 2000 (19) et 2004 (36), est resté relatif (27 % du nombre des accidents de travail pour 2004).

Pour l'exercice 2004, 789 fiches d'incidents/accidents relevant des services de soins ont été traitées. 231 fiches concernent directement le personnel (29,2 % du total des événements indésirables). L'agitation des patients a eu des conséquences négatives pour le personnel dans 194 cas : dommage aux biens (10 cas), atteinte physique sans arrêt de travail (168 cas) ou avec arrêt de travail (16 cas).

---

<sup>18</sup> 22 mai 2000 : délibération sur les rapports médicaux concernant la violence envers le personnel soignant ; 19 décembre 2001 : ordre de priorité pour l'utilisation des crédits de l'ARH dédiés au renforcement des moyens de l'établissement pour faire face aux risques de violence (renfort de nuit pour les agents en difficulté, alarmes dans les unités d'admission, amélioration de l'environnement des chambres d'isolement) ; 15 novembre 2002 : renforcement à titre expérimental des effectifs des unités de nuit par deux veilleurs de nuit supplémentaires ; 17 novembre 2003 : débats sur l'activité des veilleurs supplémentaires ; 15 décembre 2004 : information au conseil de la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire chargé de proposer des solutions de prévention de la violence pour les personnels des CMP confrontés à ces risques compte tenu de leur isolement géographique et de leurs horaires d'intervention ; 26 janvier 2005 : mise en œuvre de 2 catégories d'actions : un audit de sécurité devra être réalisé pour l'ensemble des structures et devront être recensées les situations à risques et les mesures nécessaires pour la protection des individus.

<sup>19</sup> 44 en 1995, 43 en 2000 et 59 en 2004.

<sup>20</sup> 1 295 en 1995, 1 485 en 2000 et 1 847 en 2004.

Ce sont les secteurs qui possèdent des équipements intersectoriels rattachés<sup>21</sup> qui apparaissent les plus vulnérables aux risques liés à la dangerosité des patients. Les chiffres sont éloquents. Les secteurs 33G15<sup>22</sup>, 33G11<sup>23</sup>, 33G12<sup>24</sup> représentent presque les 2/3 (61,8 %) du total des atteintes physiques.

Les risques de dangerosité des patients à l'égard du personnel sont donc réels mais relatifs. Pour autant le sentiment d'insécurité apparaît très élevé, la mission a pu le constater au travers des visites de services qu'elle a effectuées et de sa rencontre avec les représentants du personnel.

L'enquête réalisée en 2000 par la direction du CHS, à une période où le nombre d'incidents était pourtant stable, est révélatrice de cet état d'esprit. 41 % des 409 personnes ayant répondu au questionnaire se sentent en insécurité dans l'exercice de leur profession, 13 % tous les jours et 28 % souvent. 70 % considèrent que ce ressenti a une influence sur leur vie privée (35 % souvent et 35 % parfois).

### **2.3. Les réponses (ARH, direction de l'établissement, encadrement médical) pour réelles ne paraissent pas suffisantes au regard des risques actuels**

#### ***2.3.1. Des réponses ciblées en termes de moyens humains et techniques***

Elles concernent les effectifs, la formation, les renforts, les chambres d'isolement et les dispositifs d'alerte.

Pour la mise en place de l'ARTT, en 2002 et 2003, l'établissement a bénéficié de la création de 53 EQTP.

Les plans de formation ont intégré depuis 2000 chaque année un module de la gestion des violences. Depuis cette date, 225 agents en ont bénéficié.

Dès 2001, un pool de renfort d'infirmiers (2 postes) supplémentaires est créé pour la nuit et les week-ends. En 2002, un quatrième veilleur de nuit est mis à disposition des unités d'hospitalisation quand un des infirmiers doit quitter momentanément son poste, quelle qu'en soit la raison<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> Le groupe de travail « *violence et agressivité* » présidée par la directrice des soins remarque que l'insécurité du personnel est fortement ressentie dans les structures délocalisées d'hospitalisation complète (Clinique de Villenave d'Ornon, clinique des Gravières et de Sainte-Magne notamment) et aussi dans les centres de consultations.

<sup>22</sup> Ce secteur dispose en particulier d'une unité d'hospitalisation à Bazas de 25 lits et de deux unités d'hospitalisation, équipements intersectoriels rattachés.

<sup>23</sup> Ce secteur dispose de plusieurs équipements intersectoriels fédératifs dont une clinique de 24 lits à Lormont.

<sup>24</sup> Ce secteur dispose de différentes unités alternatives sur Bègles, équipements intersectoriels rattachés.

<sup>25</sup> En 2004, ces troisième et quatrième veilleurs de nuit sont intervenus 12 fois pour un total de 191h45', dont 109h40' dues à des appels liés aux hospitalisations et 46h45' pour des transferts aux urgences ; les durées d'intervention s'échelonnent entre 10' et 6h30'.

L'amélioration des structures a concerné la création de chambres d'isolement ou leur rénovation ainsi que la mise en place d'un système d'alarme pour protéger les personnels isolés.

### **2.3.2. Ces réponses ne prennent pas la mesure de l'ampleur des risques**

Les conditions de prise en charge des patients dans les unités d'admission ont fortement évolué. Dans le même temps, les conditions d'exercice des professionnels ont été durablement affectées par la mise en œuvre de l'ARTT, le départ important de cadres et la féminisation accélérée des IDE.

- Les conditions d'hospitalisation sont dégradées

Les données traitées par le DIM concernant l'hospitalisation des patients dans les unités d'admission des secteurs indiquent que les capacités de l'établissement sont au maximum de leur potentialité<sup>26</sup>. La file active adulte a augmenté de 2 500 patients en dix ans. Le taux d'occupation moyen des unités d'accueil (sectorisées ou non) s'élève en 2004 à 99,7 % sachant que les unités d'accueil sectorisées ont des résultats supérieurs<sup>27</sup> pouvant aller jusqu'à plus de 111 %<sup>28</sup>. Dans ce contexte, les chambres d'isolement<sup>29</sup> sont de plus en plus utilisées pour héberger des patients avec la conséquence de ne pouvoir isoler des patients qui le nécessiteraient<sup>30</sup> dans un contexte où les situations de violence se multiplient en fréquence et en gravité (confer *supra*).

Le ratio du nombre d'admissions sur le nombre de patients hospitalisés est en nette augmentation depuis 2002 (1,75 en 2004, 1,6 en 2003 et 1,54 en 2002). Il est le reflet de dysfonctionnements récurrents des modes d'hospitalisations. Il signifie que de nombreux patients sont ré-hospitalisés, le nombre de patients hospitalisés entre 2003 et 2004 ayant baissé de 6,5 %.

Des lits supplémentaires ont été installés pendant un nombre important de jours dans l'année. Ce nombre<sup>31</sup> a pu atteindre 14, soit plus de 2 lits par unités en sus des chambres d'isolement. Les conditions de sécurité dans ce contexte (saturation des lits d'hospitalisation, recours aux chambres d'isolement et de lits supplémentaires) sont dégradées.

Le phénomène de déssectorisation des patients est désormais habituel. C'est particulièrement vrai pour les secteurs 33G12 qui n'accueillent que 145 patients de son secteur pour un total de 213 patients ayant été pris en charge dans l'année. Ce phénomène touche aujourd'hui tous les secteurs<sup>32</sup>. Cette situation pose des questions redoutables quant à la connaissance clinique et le suivi des patients par une même équipe.

---

<sup>26</sup> On ne recense que 21 jours par an en 2004 pendant lesquels un ou plusieurs lits sont disponibles dans les unités d'admission de l'établissement, les lits sont tous occupés 344 jours par an.

<sup>27</sup> En 2004, les taux d'occupation des secteurs 33G10, 33G12, 33G13 sont respectivement de 109 %, 107,1 %, 105,2 %.

<sup>28</sup> C'est le cas du 33G14.

<sup>29</sup> Elles sont au nombre de dix pour les 6 unités d'admission.

<sup>30</sup> Ce sont les pathologies psychotiques qui génèrent le plus de recours à la chambre d'isolement ; 63 % des journées correspondent aux catégories diagnostiques « troubles schizophréniques » et « autisme ».

<sup>31</sup> 30 % de l'année, l'établissement utilise des lits supplémentaires ; par exemple, un jour en 2004, le nombre d'hospitalisés dans l'établissement a atteint 164 pour 140 lits installés.

<sup>32</sup> Le secteur 33G13 a accueilli 123 patients dont 76 hors de son secteur.

Les tensions sur les conditions d'admission des patients hospitalisés ont eu des répercussions sur l'activité sectorielle, en hausse forte pour les consultations, mais en baisse significative pour les visites à domicile. En limitant ces VAD, l'augmentation des files actives et des actes a pu être absorbée avec le risque majeur que des patients en rupture de soins ne soient pas repérés.

- Les conditions d'exercice des professionnels sont de plus en plus délicates
  - Un potentiel humain en baisse

L'établissement a bénéficié de l'octroi de 53 postes pour la mise en œuvre de l'ARRT, 51 d'entre eux ayant été affectés aux services de soins.

Paradoxalement le potentiel réel de l'établissement est moindre en 2004 qu'il ne l'était en 2000, compte tenu de l'absentéisme<sup>33</sup> et du bénéfice pour chaque soignant de jours de RTT supplémentaires.

En 2000, l'établissement comprend 1 126 EQTP<sup>34</sup>, médecins compris, dont 867 personnels classés dans la catégorie soignant et éducatif.

Si on isole dans les calculs les personnels soignants, le nombre de jours travaillés étant de 213 jours par agent avec un absentéisme moyen de 25 jours, tous motifs confondus, le potentiel en jours travaillés se situe à 162 996.

La même approche pour 2004 conduit à prendre en considération les données suivantes : 1 234 EQTP dont 917,8 classés dans la catégorie soignant, 200 jours travaillés, 24 jours d'absentéisme moyen. Le potentiel se situe à 161 532 jours travaillés (- 0,9 %) dans un contexte de forte progression des files actives (confer *supra*).

L'organisation du travail tient compte de cette réalité. Dans les roulements, les personnels prennent leur poste de manière décalée notamment pour l'équipe du matin. Les temps de transmission sont de ce fait réduits ce qui ne peut être que négatif pour la prise en charge de patients<sup>35</sup> susceptibles de présenter des risques de dangerosité.

Le phénomène de réduction du potentiel médical lié à la mise en place de l'ARTT est encore plus marqué. Le nombre de jours de présence au poste de travail par an de l'ensemble du corps médical est de 8 563 jours en 2004 contre 8 870 en 2000 (-3,5 %) sans tenir compte de l'effet du repos de sécurité pour lequel il n'y a pas de suivi<sup>36</sup>. Là encore cette réduction du temps de travail génère des aspects négatifs (quasi disparition des temps de travail clinique formateur entre le personnel médical et paramédical).

---

<sup>33</sup> Il s'agit de tous formes d'absentéisme, formations comprises.

<sup>34</sup> Calcul au 31 décembre.

<sup>35</sup> D'autres contraintes sont liées à l'évolution de certaines activités. Le nombre de HO a fortement progressé. L'accompagnement réglementaire par des IDE de ces patients ponctionne encore plus les moyens directs de l'établissement. La situation est aiguë les dimanches et jours fériés.

<sup>36</sup> La direction estime la réduction des temps médicaux à 30 % sans que cette donnée soit étayée par des suivis objectifs de l'activité de chaque médecin.

- Des départs massifs attendus pour les prochaines années avec des conséquences directes sur le fonctionnement des services

L'établissement connaît un rajeunissement rapide des soignants, cadres compris ; en dix ans la tranche d'âge des 26-40 ans progresse de 10 % ; au contraire celle des 41 à 55 ans diminue de 12 %. Les départs à la retraite se sont accélérés ces dix dernières années (9 en 1995, 24 en 2000 et 44 en 2004). Cette situation a une conséquence directe sur la féminisation du personnel infirmier (de 1995 à 2000, le nombre d'hommes a baissé dans les effectifs paramédicaux de 18 % alors que celui des femmes a progressé de 29 %). Par nature les personnels initialement formés ont peu de savoir-faire. Ce qui rend la situation délicate est l'importance du nombre d'entre eux qu'il faut recruter dans un contexte où les infirmiers les plus anciens, et surtout les cadres, eux mêmes touchés par les limites d'âge, font défaut pour leur assurer un véritable tutorat. L'établissement est confronté à une gestion nouvelle de ses ressources humaines.

## **2.4. Paradoxalement les prises en charge de patients dans les unités fermées dont la dangerosité est avérée induisent beaucoup moins de difficultés**

### **2.4.1. L'impact de la violence des patients sur les personnels y est limité**

L'analyse des 231 fiches d'incidents indésirables (confer *supra*) montre que l'UMD et l'UPID ont recensé 22 cas d'atteinte physique (9,5 % du total), dont 17 sans arrêt de travail (10,1 % du total des atteintes physiques sans arrêt de travail), et 5 avec arrêt de travail (31,2 % du total des atteintes physiques) ; le sentiment d'insécurité des personnels n'y est pas du tout palpable comme a pu le constater la mission.

### **2.4.2. Les prises en charge s'organisent dans un contexte plus favorable**

- Les conditions d'admissions et de sortie font l'objet de procédures claires et définies à l'avance

Tous les patients arrivent à l'UMD dans des conditions précises : arrêté de HO du préfet qui comporte des indications sur le caractère dangereux du patient avec un diagnostic posé par le service de psychiatrie générale d'où est issu le patient. Ce diagnostic n'est pas remis en cause à l'arrivée à l'UMD. Le patient est placé en chambre d'isolement pour une période maximale de 24 h. Ce délai permet d'identifier et de prévenir les facteurs de risque. La première semaine est consacrée à l'observation ; le patient se familiarise avec l'équipe soignante. Il rencontre les principaux intervenants. Il lui est proposé d'utiliser selon ses pôles d'intérêt l'unité d'ergothérapie.

Une commission indépendante<sup>37</sup> de l'équipe médicale assure un suivi des conditions d'hospitalisation des patients. Elle donne un avis sur le maintien ou la sortie des patients.

---

<sup>37</sup> La commission est composée de quatre membres dont un médecin inspecteur de la DDASS et trois psychiatres hospitaliers à plein temps qui ne peuvent appartenir à l'UMD. Ils sont nommés par le préfet de Gironde pour trois ans. Ils se réunissent mensuellement. L'ensemble des dossiers est examiné tous les six mois. Ils donnent leur avis sur le maintien ou la sortie du patient.

Différentes et plus souples, les modalités d'admission à l'UPID n'en sont pas moins organisées. L'admission de patients est programmée du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h. Elle ne peut se faire qu'après accord entre le responsable de l'UPID et le chef de service du secteur d'où est issu le patient.

Le séjour est limité à deux mois. Des relations avec le service d'origine sont organisées. Une première réunion dite de synthèse a lieu après trois ou quatre semaines. Une seconde juste programmée avant la sortie permet d'évaluer les comportements du patient et d'assurer ainsi une continuité de soins avec les responsables du secteur.

- Des objectifs de soins dans le cadre d'une prise charge cohérente

A l'UMD, les objectifs de soins sont triples : faire prendre conscience au patient de ses troubles et de la nécessité de soins, prévenir les situations de violence, apporter des repères et des limites<sup>38</sup>, assurer le sevrage des toxiques selon les situations.

La prise en charge des patients dépend d'équipes de soins pluridisciplinaires (médecin, psychologues, cadres de santé, infirmières, ergothérapeute). Le rôle de chaque intervenant est respecté dans sa relation avec le patient. Le travail d'équipe est favorisé dans le cadre d'une vie institutionnelle très riche (démarche qualité, réunions de réflexion sur des thèmes transversaux<sup>39</sup>, conseil de service, réunions sur la clinique deux fois par mois entre les praticiens et les divers intervenants paramédicaux, réunions de synthèse une fois par mois consacrées à la démarche de soins après chaque admission...). Le partage de l'information<sup>40</sup> est une donnée fondamentale pour la qualité de cette prise en charge. La mission a pu le constater concernant en particulier la qualité des informations du dossier patient.

A l'UPID, chaque patient bénéficie pendant son séjour d'un projet de soins personnalisé. Le temps de l'admission est privilégié. Les règles concernant l'organisation des soins et la vie collective sont clairement énoncées. Elles sont ensuite remises par écrit au patient. La prise en charge médicale et infirmière s'organise autour d'axes variés : entretiens dans un but d'analyse clinique et diagnostique, contrats de soins revus et adaptés en fonction de l'évolution du patient, activités d'expression.

### ***2.4.3. L'UMD comme l'UPID bénéficiant de moyens humains supérieurs à ceux des services d'admission classique***

Les soignants sont en nombre plus important que dans les unités d'hospitalisation classique, les proportions étant fixées à un soignant pour 6 patients de jour et un soignant pour 10 patients la nuit.

---

<sup>38</sup> Les horaires du lever comme du coucher comme de la sieste par exemple ont un caractère obligatoire pour tous les patients.

<sup>39</sup> Réunion sur les risques professionnels.

L'expérience et la compétence face à la violence sont privilégiées pour leur recrutement. La qualité de la formation, la cohésion des équipes représentent manifestement des atouts qui expliquent globalement la qualité des prises en charge.

#### ***2.4.4. Les orientations du projet médical de l'UMD et de l'UPID tiennent compte de l'évolution nosographique des patients***

Ce projet constate que le nombre de patients psychotiques est en augmentation constante. Partant de cette donnée essentielle, les orientations médicales en tiennent compte et se fixent plusieurs objectifs : intégrer de manière accentuée dans la démarche de soins, par rapport à ce qui existe, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les éducateurs, réactualiser le projet de soins infirmiers tenant compte de la féminisation attendue du personnel infirmier et de la mobilité du personnel soignant, élaborer un programme de formation continue qui privilégie les domaines de la psychopathologie, des interfaces de la psychothérapie institutionnelle ainsi que le champ des sciences criminelles.



**ANNEXE 7 : DEPLACEMENT DE LA MISSION A  
RENNES**

## Déplacement de la mission dans le département d'Ille-et-Vilaine

Situé aux « portes de la Bretagne », l'Ille-et-Vilaine est un département qui se caractérise par son dynamisme démographique (projection de + 8 % entre 2000 et 2010 et de + 150 000 hts en 20 ans), il est le plus peuplé de la région Bretagne. Sa vie économique est dominée par le poids de Rennes et bénéficie de l'atout majeur que constituent les universités, les grandes écoles (ENSP, ESC Rennes, Supélec) et les pôles technologiques (CNRS, INRA..) qui y sont implantés. Son taux de chômage (7 %) est plus bas que ceux de la région (8 %) et de la France entière (10 %).

Ce département connaît une petite et moyenne délinquance liée, le plus souvent, à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Le taux de délinquance juvénile (19,2 %) est supérieur au taux national (18,8 %). Les arrondissements de Redon et de Fougères, qui ont connu une crise de leurs industries traditionnelles (textile, chaussures) se distinguent par une précarisation croissante des femmes et des jeunes.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 584 psychiatres exerçaient en Bretagne (238 libéraux et 346 salariés). Leur densité par 100 000 habitants est inférieure à la moyenne nationale (19,6 pour 22,7). La file active des patients a augmenté de 8 % entre 2001 et 2003. La construction d'une UMD de 40 lits, envisagée dans les Côtes-d'Armor, devrait ouvrir en 2008.

### **I - Un sentiment d'insécurité partagé, de rares données chiffrées mais une mobilisation forte pour la sécurité.**

La plupart des interlocuteurs rencontrés expriment un fort ressenti d'insécurité alors que les quelques rares données chiffrées transmises ne laissent pas apparaître d'augmentation de la violence. Ce sentiment d'insécurité semble pouvoir être expliqué par un certain nombre de facteurs environnementaux.

#### **I-1 un sentiment d'insécurité partagé et de rares données chiffrées.**

**Tous les magistrats du TGI de Rennes (parquet, juge des enfants, juge des tutelles) s'accordent à dire que la justice et ses acteurs ne jouissent plus du même respect qu'autrefois<sup>1</sup>. Ils se sentent plutôt moins en sécurité qu'auparavant et font fréquemment l'objet de violences verbales.** Les malades mentaux, en rupture de soins sont perçus, tant par le juge des enfants que par le juge des tutelles rencontrés, comme une population potentiellement dangereuse et ce depuis que l'hôpital a fermé des lits en psychiatrie dans les années 90<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> La mission a été le témoin de cette perte de respect envers la justice. Alors qu'elle se trouvait à proximité du tribunal de grande instance en compagnie du procureur de la République, celui-ci a été pris à partie par un justiciable, manifestement sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants.

Ces magistrats relèvent toutefois que les données chiffrées sur les infractions commises par ces populations sont quasi inexistantes et ne permettent pas de conclure à une augmentation et à une aggravation de la violence<sup>3</sup>.

**Les incidents à l'audience correctionnelle** sont peu fréquents. La part des dossiers criminels concernant des actes de violence d'une extrême gravité ne marque, selon le juge d'instruction, rencontré, aucune progression ces dernières années et reste au niveau bas d'à peine 5 % du nombre total des procédures ouvertes à son cabinet.

**Les responsables de la maison d'arrêt** considèrent qu'en dépit du surpeuplement que connaît l'établissement, du climat d'insécurité qui en découle et du profil psychiatrique d'une grande partie des détenus<sup>4</sup>, la violence n'est pas plus présente qu'auparavant. Les agressions contre les personnels (4 en 2003 et 3 en 2004) et entre codétenus (8 en 2002, 2 en 2003 et 7 en 2004) restent peu nombreuses et s'il y a dangerosité, elle est principalement auto-agressive (3 suicides en 2003 et 2 en 2004)<sup>5</sup>. Cet avis est partagé par le médecin responsable du SMPR qui considère qu'il n'y a pas plus qu'avant de patients dangereux en prison mais que ceux-ci sont mieux repérés.

**Au centre de détention pour femmes**, le nombre de détenues passées en commission de discipline a baissé en 2004 (75 en 2003 contre 60 en 2004), ainsi que les sanctions prononcées (141 contre 117).

**Le CHRS St-Benoît Labre** connaît la même tendance puisque les actes de violence physique entre hébergés ou à l'égard des personnels sont en diminution constante depuis 1999<sup>6</sup>.

**Pour la présidente de l'association SOS-médecins**, les médecins sont plutôt moins exposés qu'auparavant car ils prennent plus de précautions et n'hésitent pas à demander l'aide de la police quand il s'agit de maîtriser un individu dangereux. Elle indique n'avoir été agressée qu'une seule fois en 18 années d'exercice professionnel.

**Au CHRU de Pont-Chailou**, les incidents ayant pour origine des patients représentent un part importante des signalements recensés (44,2 %). Toutefois, depuis 4 ans, leur nombre est en baisse sensible (118 en 2001 contre 61 en 2004) ainsi que celui de l'ensemble des incidents survenus sur le site (273 contre 138). Par ailleurs, aucun arrêt de travail consécutif à l'agression d'un soignant par un patient n'a été enregistré aux urgences psychiatriques en 2004.

La durée moyenne des arrêts de travail tend aussi à diminuer au **centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier** (9,7 jours en 2001 contre 5,41 jours en 2004) ce qui laisse penser que les atteintes sont de gravité moindre. Un décalage existe entre la perception que les agents ont de leur exposition à des comportements dangereux de la part de patients et la réalité. Il suffit de

---

<sup>2</sup> Selon les associations tutélaires, sur 4 600 mesures de protection en cours au tribunal d'instance de Rennes, 40 concernent un justiciable potentiellement dangereux. Une association tutélaire a dû renoncer à exercer une mesure de curatelle compte tenu de l'agressivité et des menaces proférées par la personne protégée.

<sup>3</sup> Il semble toutefois qu'il y ait de plus en plus de justiciables (et d'hospitalisés) porteurs d'armes, notamment dans les cabinets du juge des tutelles ou du juge des enfants. L'installation d'un portique détecteur a été décidée mais n'était pas encore installé lors du déplacement de la mission au TGI.

<sup>4</sup> 18 hospitalisations en psychiatrie en 2002, 27 en 2003 et 42 en 2004.

<sup>5</sup> A la maison d'arrêt, 12 détenus sont repérés comme dangereux pour autrui. 51 rapports d'automutilations et/ou tentatives de suicides ont été établis en 2003 et 33 au 15.10.2004.

<sup>6</sup> Ces données résultent du rapport d'activité 2004 de chacun des établissements.

mettre en regard le pourcentage élevé des événements indésirables, collationnés à la rubrique « comportements et relations » qui sont considérés par les agents comme d'un niveau de gravité maximum (49 sur 148 soit 43 %) et le nombre modique d'arrêts de travail (12) consécutifs à une atteinte à la personne rapporté à l'ensemble des déclarations pour cause identique (102).

## **I-2) une situation que divers facteurs peuvent expliquer**

### **I-2-1 La marginalité et la fragilité psychologique d'une partie de plus en plus importante des usagers**

Selon les équipes soignantes rencontrées sur place, **les urgences du CHRU** accueillent le « tout venant » et se trouvent donc en première ligne face à une marginalité qui perturbe de plus en plus la bonne marche du service. Il n'est pas rare que des groupes communautaires ou des bandes envahissent les locaux, notamment lors de manifestations musicales au cours desquelles les jeunes s'alcoolisent et se droguent. L'agressivité verbale y est monnaie courante comme elle l'est d'ailleurs, **au centre d'hébergement et de réinsertion sociale Saint-Benoît Labre** qui reçoit une population d'errants ou encore dans les **cabinets du juge des enfants et du juge des tutelles** qui sont appelés à prendre des décisions « sensibles ».

**Les personnels du centre de détention pour femmes** relèvent qu'ils sont confrontés à une population vieillissante<sup>7</sup> de femmes gravement désocialisées et souffrant de carences multiples (troubles du sommeil, mauvaise hygiène alimentaire, corporelle et dentaire, troubles de la vue). Selon le médecin du SMPR, la majeure partie des détenues relève d'un suivi psychologique au long cours et environ 10 % d'entre elles sont atteintes d'une pathologie mentale lourde et avérée qui les oblige à des séjours réguliers au CHS<sup>8</sup>.

### **I-2-2 Une perte des repères, un rapport à l'autorité dédramatisé et une moindre tolérance à la frustration**

Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission s'accordent à dire que l'autorité d'où qu'elle vienne est contestée et que les services publics sont confrontés à des usagers en perte de repères et revendicatifs. Certains soignants du CHRU ont fait part de leur questionnement quant aux conséquences de la loi Kouchner qui, en consacrant les droits des malades sans affirmer en regard ceux des soignants, a créé un déséquilibre difficile à gérer au quotidien. Face à ces évolutions les institutions rencontrées ont mis en place une politique de gestion des risques et se sont dotées d'outils de mesure de la violence au travail.

### **I-2-3 Une féminisation et un rajeunissement des équipes**

**Que ce soit à la maison d'arrêt pour hommes ou au centre pénitentiaire pour femmes**, la féminisation des équipes est un processus qui s'amplifie<sup>9</sup>. La maison d'arrêt a mis en place un groupe de réflexion pour tenter de trouver une organisation permettant d'y faire face, dans les meilleures conditions de sécurité pour les détenues et les personnels.

---

<sup>7</sup> La moyenne d'âge se situe entre 40 et 45 ans.

<sup>8</sup> 25 détenues hospitalisées en 2003, 33 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 avec une moyenne d'hospitalisation de 7,5 jours.

<sup>9</sup> Au centre de détention pour femmes, sur 122 postes de surveillants, 104 sont occupés par des femmes et sur 12 postes de premier surveillant, 7 sont occupés par des femmes.

**A l'hôpital psychiatrique** la féminisation n'est pas encore source de difficultés<sup>10</sup>, mais elle se double d'un rajeunissement des équipes qui, lui, est d'ores et déjà problématique. En effet, de 1990 à 2004 le pourcentage du personnel soignant féminin est passé de 69 à 75 % et le déséquilibre va aller s'amplifiant dans les prochaines années. Alors que les moins de 25 ans représentaient dans les années 90, 1,67 % des effectifs, ils sont aujourd'hui, selon les professionnels rencontrés, 10 fois plus nombreux (10,4 %). De plus, ils seraient beaucoup moins bien armés compte tenu de la suppression, en 1992, du diplôme spécifique d'infirmier en psychiatrie. L'autre bout de la chaîne étant constitué à 54,3 % de professionnels âgés de plus de 40 ans<sup>11</sup>, la difficulté ne pourra être résolue à bref délai. Ces évolutions, conjuguées à une mobilité et à un absentéisme croissants des équipes rendraient particulièrement délicate la gestion des incidents, qui requiert du professionnalisme.

#### **I-2-4 Une activité en forte hausse qui détériore les conditions de prise en charge**

**La maison d'arrêt pour hommes** connaît un surencombrement permanent depuis 10 ans et une saturation de l'ensemble de ses services. Au 12 septembre 2005, elle accueillait 449 détenus pour 331 places (290 cellules), soit un taux d'occupation de 145 % (180 % en 2001, 155 % en 2003). Les prévenus (en attente de jugement) représentaient 55 % de la population carcérale. Le *turn-over* qui en découle rend impossible une véritable prise en charge des détenus qui restent dans l'oisiveté. Cette situation génère des frustrations et des tensions importantes tant pour les détenus que pour les personnels. Le responsable de l'UCSA indique que son service n'a pas été redimensionné à hauteur de cette sur-occupation<sup>12</sup> et qu'il peine à répondre aux besoins de détenus dont l'état de santé physique et psychique est de plus en plus dégradé (2 400 consultations en 2004, 80 passages/jour)<sup>13</sup>.

**Le centre de détention pour femmes** ne connaît pas de problème de surpopulation carcérale et l'effectif des détenues est, contrairement à la maison d'arrêt, stable. Toutefois, son directeur observe que le profil nouveau des condamnées, qui souffrent pour la plupart de pathologies psychiatriques diverses et de poly-toxicomanies, rend la vie en détention plus difficile à gérer. Aussi les personnels manifestent une vigilance particulière pour anticiper la crise et désamorcer, en temps utile, les comportements agressifs.

**Au CHRU**, près de la moitié des incidents est générée par la violence des patients. Le service des urgences doit faire face à une hausse sensible de la file active des patients (+ 43 % en 15 ans soit 150 patients/jour au 1<sup>er</sup> semestre 2005). Or, il ne dispose pas de locaux adaptés lui permettant d'assurer un véritable accueil et une gestion sécurisée des flux.

**Le CHS Guillaume Régnier** a vu sa file active de patients doubler en 15 ans. Les consultations médicales ont sur la même période connu une hausse spectaculaire de 138 %.

---

<sup>10</sup> La part des hommes dans le personnel infirmier est plus importante aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a 15 ans (68,3 % pour 66 %).

<sup>11</sup> Alors que ce pourcentage n'était que de 37,4 % il y a 15 ans.

<sup>12</sup> Les moyens humains de l'UCSA ont été prévus pour 350 détenus. Ils représentent : un médecin généraliste 6 demi-journées/semaine, un mi-temps de cadre infirmier, 3,10 ETP infirmiers et des vacations de spécialistes (gynécologue, ophtalmologiste, dermatologue...). En 2003, le médecin a assuré 1 901 consultations, soit 8 par vacation ; les infirmiers ont pris en charge 5 197 détenus et ont été comptabilisés 70 entrées au CHU, 41 HO et 618 jours d'hospitalisation.

<sup>13</sup> Les médecins constatent que le somatique est, en détention, souvent la porte d'entrée du psychiatrique. Le nombre d'extractions médicales était de 476 en 2002 et de 464 en 2003. Les extractions pour hospitalisation en psychiatrie sont passées de 18 en 2002 à 27 en 2003 pour atteindre 42 en 2004.

Les hospitalisations à temps plein ont progressé de plus de 40 %, dont la moitié sous le régime de la contrainte et la durée des séjours a diminué de moitié (58 jours en 1999, 25 jours à la date de passage de la mission). Conjugés à la baisse du nombre de lits, ces évolutions ont eu pour corollaire une augmentation sensible du taux d'occupation qui est passé en 15 ans de 85 % à 88 %, voire à 94 % dans certains secteurs.

Les méthodes de gestion de la violence peuvent générer leur part de stress. L'imprévisibilité et la répétitivité des appels à renfort, dont le nombre (de l'ordre de 5/jour) croît avec celui des HDT (47 % des admissions) et des HO (18 %), désorganisent gravement les services - chaque appel mobilisant en effet pas moins de 4 soignants-hommes (850 mobilisés sur le 1<sup>er</sup> semestre 2005) - et sont une source supplémentaire de stress pour les équipes, notamment lorsqu'elles sont en poste la nuit (71 % des demandes interventions se situent entre 18h30 et 23h30).

Pour les interlocuteurs rencontrés, la rotation rapide des patients et la surcharge administrative et matérielle qui en découle (gestion des entrées et des sorties) rendent impossible toute gestion préventive des risques, tout travail d'écoute et toute activité occupationnelle en faveur des patients. Les conditions se trouveraient réunies pour que tensions et frustrations se manifestent tant chez les patients que chez les personnels.

### **I-2-5 Une organisation des soins en psychiatrie qui fragilise les équipes**

Afin d'améliorer le suivi du patient, l'hôpital psychiatrique s'est organisé en petites unités d'admission comptant 20 à 25 lits et les équipes ont été démultipliées. Mais, les personnels estiment que ce qui était viable jusqu'alors, l'est beaucoup moins depuis la réforme des 35h qui a rendu chronique un problème qui ne l'était pas, celui des effectifs. Le nombre de soignants étant déterminé en fonction du nombre de lits, les équipes ont « fondu » (3 infirmiers du lundi au vendredi et 2 le week-end ainsi qu'un aide soignant) et se laissent gagner par l'absentéisme et le découragement.

Les chiffres sont éloquentes : le taux d'absentéisme moyen, qui était chez les infirmiers de 14,5 % en 1990, est aujourd'hui de 21,3 % et chaque jour l'hôpital se trouve privé, pour faire face à ses missions, de 89 infirmiers et de 55 aides soignants. Par ailleurs, la baisse du nombre des internes traditionnellement affectés dans leurs unités et les modes nouveaux de sédation, dont l'effet est plus tardif, ne font qu'aggraver l'insécurité dans laquelle ils se trouvent.

### **I-3) une situation qui s'accompagne partout de mesures de sécurité**

#### **I-3-1 Une justice qui reste exposée.**

**Le tribunal de grande instance** a constitué, en avril 2003, un groupe de réflexion afin d'améliorer la sécurité des locaux et des personnels. Un plan d'action a été élaboré et, conformément à la circulaire du 16 mars 2005, un correspondant chargé de la « sureté locale » a été désigné. Par ailleurs, en l'absence de guichet unique du greffe (GUC), la juridiction a fait porter ses efforts sur l'accueil des justiciables et a opportunément bénéficié, à cet effet, du dispositif des agents de justice. Les magistrats craignent toutefois qu'avec la fin de ce dispositif, les besoins ne soit plus couverts du fait de l'insuffisance des effectifs de la juridiction.

Le juge des enfants rencontré par la mission, souligne la solitude dans laquelle il exerce le plus souvent, du fait notamment de l'absence de greffier et d'avocat aux audiences de cabinet. Il se trouve régulièrement confronté à l'agressivité de parents souffrant de troubles mentaux, et particulièrement quand ceux-ci sont en rupture de soins<sup>14</sup>. Comme son collègue des tutelles, quand existe un risque de « dérapage », il sollicite la présence du ministère public à l'audience ou une escorte policière ; il lui arrive aussi de demander à l'éducateur en charge de la famille d'assister à l'audience. En cas de danger immédiat, il peut actionner une sonnerie placée sous son bureau<sup>15</sup>. De l'avis du procureur de la République, la sécurité des personnes et des biens se trouve convenablement assurée aux audiences correctionnelles par une présence systématique des forces de police dans l'enceinte du tribunal.

**Les personnels du centre de détention pour femmes** ont fait le choix de traiter très en amont les risques liés à la dangerosité des détenues par une prise en charge globale et individualisée qui s'appuie sur la responsabilisation des femmes. Dans le cadre d'une commission ad hoc, siégeant une fois par mois, est défini pour chacune d'elles, avec la psychologue, les surveillants et les travailleurs sociaux, un projet d'exécution des peines (PEP), axé sur la sortie, quand bien même celle-ci est lointaine, qui tient compte de la trajectoire personnelle de la détenue et de ses capacités. Ce dispositif donne lieu à un intense travail de partenariat avec l'extérieur, notamment la ville de Rennes. Les liens affectifs et familiaux, éléments forts de resocialisation, sont aussi entretenus durant l'incarcération, grâce à l'existence du relais enfants-parents-Grand-Ouest et depuis septembre 2003, aux unités expérimentales de vie familiales (UEVF)<sup>16</sup>.

Les responsables de la détention disent appliquer à l'égard de la violence une tolérance zéro et répliquer immédiatement à tout incident. En cas de crise, il leur arrive d'utiliser l'hospitalisation d'office comme séjour de rupture dans le but de pacifier la détention. Pour eux, cette prise en charge, basée sur la confiance et le respect mutuels, que rend possible un taux d'occupation plutôt bas (79 %) <sup>17</sup>, porte ses fruits, le climat de l'établissement étant plutôt paisible.

En ce qui concerne la maison d'arrêt, le rapport d'activité établi en 2003 permet d'observer qu'entre 2002 et 2003, le nombre de sanctions disciplinaires a baissé tant globalement que par détenu<sup>18</sup> mais que celles-ci sont plus sévères<sup>19</sup>. Le traitement de la violence est par ailleurs retenu comme un axe prioritaire de la formation des personnels. En 2003 et 2004, 150 agents ont suivi un enseignement sur les techniques d'intervention, 125 sur l'usage de la force et les armes et une quinzaine sur les risques suicidaires et les troubles du comportement.

---

<sup>14</sup> Un individu sous tutelle avait proféré alors qu'il était au téléphone avec un greffier, des menaces de mort à l'encontre d'un magistrat ; une plainte a été déposée, une enquête effectuée et l'individu a été placé en garde à vue ce qui a ramené le calme.

<sup>15</sup> Le juge des tutelles regrette de n'être pas équipé de ce dispositif (seul l'accueil est relié) mais il a la possibilité d'appeler le poste de secours.

<sup>16</sup> En 2004, sur 104 détenues pouvant y prétendre, 84 ont pu bénéficier de ce temps de rencontres intime avec un membre de leur famille.

<sup>17</sup> Ce qui n'est pas le cas de la maison d'arrêt pour hommes dont le taux d'occupation est de 145 %.

<sup>18</sup> 415 sanctions en 2002 contre 366 en 2003, soit 1,8 sanction par détenu en 2002 pour 1,5 en 2003.

<sup>19</sup> La diminution du traitement disciplinaire des infractions s'explique par le fait que l'augmentation sensible de la population pénale réduit la capacité de poursuite de l'établissement. Les fautes les plus graves sont traitées prioritairement par la commission de discipline, les autres donnent lieu, systématiquement, à un entretien avec un responsable de l'encadrement.

Enfin, la sécurité périmétrique de l'établissement a été renforcée grâce à l'implantation d'un système de vidéo surveillance et à un régime plus restrictif d'accès aux cours de promenade pour les détenus placés en quartier d'isolement.

### **1-3-2 Une mobilisation forte chez les soignants.**

**Au CHS**, la réflexion sur la gestion des risques est ancienne puisqu'un groupe de travail sur « la gestion de l'agressivité dans les services » a été constitué dès 1997. Un certain nombre de documents a été élaboré à destination des personnels, pour, d'une part, les aider à mieux prendre en charge les patients dangereux (guide de conduite à tenir en cas de violence et fiche de prédictivité) et pour, d'autre part, les inciter à déposer plainte et leur indiquer la marche à suivre. Afin de prévenir tout acte de représailles, la direction a, en outre, accepté, qu'en cas de plainte, les agents victimes se domicilient à l'hôpital.

En 2003, un observatoire de la violence a été créé en lien avec le CHSCT. Dans ce cadre a été mise en place une procédure spécifique de signalement et de comptabilisation des « événements indésirables ». Ce recensement est effectif depuis mars 2004 et les données sont analysées par une cellule qualité et gestion des risques. La commission médicale d'établissement (CME) participe à la politique de gestion des risques par une présence régulière aux réunions de l'observatoire de la violence et l'élaboration de protocoles de soins et de prescription pour les psychotropes.

Depuis 2002, une procédure d'appel à renfort peut être mise en œuvre lorsqu'un soignant se trouve en difficultés face à un patient dangereux. L'appel provoque l'arrivée immédiate d'une partie des personnels en poste dans les autres unités de psychiatrie. Dans 64 % des cas la demande d'aide intervient la nuit. La coordination du dispositif est assurée par un cadre de santé de 17h30 au lendemain matin 6h30 et sa fiabilité est testée quotidiennement.

Mais ces dispositifs semblent encore insuffisants puisque vient d'être décidée, avec l'aval de la CME, la création d'une équipe spécialisée de prévention et de sécurité dont le périmètre de la mission (intérieur/extérieur) et la qualité des personnels (soignants/agents de sécurité) restent toutefois encore en débat.

Une politique volontariste de formation des personnels est par ailleurs conduite pour améliorer la gestion des risques (gestion de l'agressivité en milieu de soins, analyse des accidents de travail consécutifs à des violences, acquisition des techniques de contention).

Enfin, une part non négligeable du budget est consacrée à la couverture des besoins en matière de sécurité. C'est ainsi une enveloppe globale de 111 800 € qui aura été allouée à la mise en place du dispositif de protection des travailleurs isolés et 2 550 000 € seront consacrés à la future unité d'accueil et d'orientation qui devrait ouvrir en 2007.

Au service des **urgences du CHRU** la sécurité du public et des personnels est loin d'être convenablement assurée dans les conditions actuelles de fonctionnement. Elle fait en revanche l'objet d'une attention toute particulière dans le cadre du projet d'établissement du futur SAU qui comptera un service spécifique d'accueil et d'orientation (SAO), sorte d'unité tampon entre l'hôpital et les urgences. Une permanence de psychiatres y sera, en outre, assurée. Les bureaux des médecins somatiques et des psychiatres seront tous munis de deux portes en vis-à-vis permettant la fuite en cas d'agression.



Actuellement, comme au CHS, un registre des agressions est en place depuis 2002 et les agents victimes sont fortement incités par la direction à porter plainte. Une procédure de signalement des évènements indésirables a été mise en place et les victimes peuvent rencontrer un psychologue. A la demande du CHSCT, les agressions font systématiquement l'objet d'une analyse selon la méthode de l'arbre des causes. Les incidents les plus graves font l'objet d'un suivi particulier de la direction et du médecin du travail.

Un agent de sécurité opère en soirée, la nuit et le week-end. En cas de circonstances exceptionnelles (manifestations transmusicales) les équipes de sécurité et soignantes sont renforcées. La direction de l'hôpital a par ailleurs sollicité du préfet l'autorisation d'implanter une vidéosurveillance dans les halls d'accueil. En l'état, les moyens financiers dégagés par le CHRU pour garantir la sécurité des personnes et des biens ne sont pas du niveau de ceux que consacre à ces questions le CHS.

**Au CHRS St-Benoît Labre**, le seuil de tolérance à la violence des équipes apparaît plus élevé qu'ailleurs compte tenu du profil des populations accueillies : errants, toxicomanes, alcooliques, personnes souffrant de troubles psychiatriques. Pour autant les actes graves ou répétés ne sont pas admis et donnent lieu systématiquement à plainte (4 depuis le début de l'année 2005). En revanche, les équipes éducatives du centre d'accueil pour femmes battues n'acceptent aucune entorse au principe de tolérance zéro et sanctionnent de l'exclusion toute agression physique caractérisée.

## **II – Des partenariats à renforcer.**

### **II-1 un dialogue difficile entre les différents acteurs**

#### **II-1-1 Des forces de l'ordre en première ligne.**

**Les responsables de la sûreté publique** s'inquiètent de l'augmentation du nombre des hospitalisations d'office<sup>20</sup> et de ce que cette procédure soit de plus en plus utilisée par les familles et les institutions pour des raisons de confort en soirée ou le week-end. Les contacts qu'ils ont avec les équipes des différents établissements de santé sont ponctuels bien que 4 % de leurs interventions concernent des individus souffrant de troubles psychiques. Ils ne sont ni avisés ni associés à la préparation de la sortie d'un patient qui présente un état de dangerosité caractérisé. La collaboration avec les services de la DDASS et de la ville est tout aussi lacunaire et ils ne sont pas informés des suites des signalements qu'ils opèrent.

Aucun protocole de prise en charge de personnes en crise et troublant l'ordre public n'a été élaboré entre les forces de l'ordre, les pompiers, l'hôpital et la justice. Aussi les modalités d'action sont-elles déterminées au coup par coup. En l'état, le SAMU régule les demandes d'intervention parvenues au « 15 » et SOS-médecin se déplace au domicile de la personne en crise, avec le sentiment aigu d'être abandonné du secteur psychiatrique. Dans l'urgence, ils interviennent souvent aux côtés des sapeurs-pompiers et rencontrent, dans ces circonstances, beaucoup de difficultés pour trouver un médecin (qu'ils doivent attendre parfois plusieurs heures) qui accepte de se déplacer pour établir le premier certificat d'hospitalisation. Il leur est tout aussi difficile de trouver un médecin pour visiter un gardé à vue.

---

<sup>20</sup> 40 en 2003, 69 en 2004 et 40 au 1<sup>er</sup> septembre 2005.

**Les sapeurs-pompiers** regrettent pour leur part d'être trop souvent utilisés pour pallier la carence du secteur privé, notamment celle des ambulanciers réticents à prendre en charge des patients dangereux par souci de sécurité pour leur personne mais aussi parce qu'ils n'ont pas toujours l'assurance qu'ils seront payés. Le prix qu'ils facturent pour le transport d'un patient n'est, selon eux, pas assez dissuasif et mériterait d'être sensiblement réévalué<sup>21</sup>.

## **II-1-2 Des relations ténues entre justice et santé.**

**Les magistrats du parquet** pointent la médiocre qualité de leur collaboration avec le monde médical. Il n'existe aucun protocole santé-justice (si ce n'est un projet en matière de médecine légale)<sup>22</sup>, ni de lieux d'échanges et de coordination formalisés avec l'hôpital<sup>23</sup>. Un seul contact existe, celui de la visite annuelle du procureur au CHS, visite au cours de laquelle celui-ci rencontre la direction, vise les registres des HO et HDT et s'entretient avec les malades qui le souhaitent.

**Les magistrats du siège** rencontrés, que leur fonction met en présence de justiciables potentiellement dangereux (JE, JAP, JLD, juge des tutelles), se plaignent aussi de la pauvreté de leurs échanges avec le monde médical. Ils dénoncent le caractère trop elliptique des certificats médicaux établis ce qui les conduit, parfois, à évaluer « au feeling » la gravité des troubles mentaux et la dangerosité des justiciables. Un recours plus systématique à l'expertise ne leur paraît toutefois pas envisageable compte tenu de la pénurie de psychiatres et du budget contraint des frais de justice.

Pour le **juge des tutelles**, saisi après avis médical, la difficulté consiste plutôt à faire entrer le justiciable malade dans un processus de soin. En l'état, face à une situation de danger, il effectue un signalement au parquet et à la préfecture.

La réticence des médecins à collaborer avec la justice rend illusoire, pour ces interlocuteurs, l'effectivité d'un certain nombre de mesures dès lors qu'elles sont assorties d'une obligation de soins (contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, suivi socio-judiciaire...) et contribue à développer tant chez les magistrats et que chez les travailleurs sociaux des SPIP un fort sentiment de solitude et d'abandon. Tous attendent la mise en place effective du médecin coordonnateur.

## **II-1-3 La santé des détenus : une prise en charge critiquée.**

Aucun protocole n'existe entre le centre de détention pour femmes, la maison d'arrêt pour hommes et l'hôpital pour organiser la prise en charge en urgence d'un détenu en unité somatique ou psychiatrique. La pénurie de lits engendre, par ailleurs, un accroissement sensible des délais. Aussi il arrive que dans l'attente de l'hospitalisation, l'état d'agitation d'une détenue s'aggrave au point de déstabiliser la détention.

**La question de la garde statique des détenus hospitalisés au CHRU** pour des soins somatiques a été un sujet de tension entre l'administration pénitentiaire et les services de police. Courant 2003, les surveillants de la maison d'arrêt ont été contraints d'assumer aux

---

<sup>21</sup> 60 euros alors qu'un transport en ambulance privée serait facturé de 120 à 150 euros.

<sup>22</sup> Le procureur estime qu'il n'y a pas de besoin explicite. En effet en 2003, au centre pénitentiaire, une seule détenue a été hospitalisée en HO et les HO intervenues à la MA n'ont donné lieu à aucun incident notable.

<sup>23</sup> Juge des enfants et juge des tutelles ont vivement regretté cette situation mais n'ont pas évoqué d'initiatives prises par les magistrats en direction des soignants.

lieu et place de la police pas moins de 20 nuits de garde statique à l'hôpital<sup>24</sup>. Cette situation a eu notamment pour conséquence de fragiliser le service de nuit en détention en réduisant son effectif de 5 à 3 surveillants. Sur intervention du représentant de l'Etat dans le département et du directeur régional des services pénitentiaires, un *modus vivendi* a été trouvé, consistant pour l'administration pénitentiaire à aviser les services préfectoraux de l'heure à compter de laquelle elle n'assurera plus la garde du détenu<sup>25</sup>.

Les personnels de détention évaluent à plus de la moitié des effectifs, les détenus souffrant de troubles mentaux nécessitant des soins<sup>26</sup>. La prison, dont la vocation première n'est pas de soigner, éprouve donc de grandes difficultés à remplir convenablement sa mission d'autant que l'UCSA et le SMPR<sup>27</sup> ne sont pas dimensionnées à hauteur des besoins. Ils ont de plus en plus le sentiment de faire un travail de soignants sans en avoir les compétences, et d'exercer leur métier dans des conditions de sécurité inadaptées. Ainsi le CHRU ne met à leur disposition, pour l'accueil de détenus en unité somatique, que deux chambres sécurisées. Il arrive aussi qu'un médecin souhaite que le patient-détenu soit hospitalisé dans son propre service où il séjournera alors sans surveillance spécifique.

**La question de la sécurité est plus aiguë encore au CHS** où les hospitalisations d'office de détenus se déroulent, comme le prévoit les textes, sous le régime de droit commun, c'est-à-dire sans aucune surveillance policière. Conscients des fragilités de ce système, des détenus provoqueraient, selon les témoignages recueillis, de plus en plus souvent leur hospitalisation en HO dans l'espoir de s'évader.

Tous les personnels des établissements pénitentiaires rencontrés considèrent qu'ils entretiennent avec les soignants des relations globalement satisfaisantes, mais leur reprochent une conception par trop extensive du secret médical et une non prise en compte de leurs propres impératifs. Au nom du respect du secret professionnel, trop souvent les éléments utiles à la compréhension de l'état du détenu ne sont pas versés au dossier ou sont trop peu explicites. Par ailleurs les soignants s'intéressent peu à la dimension sociale des situations des détenus ce qui leur apparaît particulièrement regrettable quand les détenus purgent une longue peine car existe alors un risque important de désinvestissement et de repli sur soi<sup>28</sup>.

#### **II-1-4 Un suivi extra hospitalier défaillant.**

**Pour les médecins du CHS** l'accroissement des demandes d'hospitalisation conjugué à la diminution du nombre de lits met à mal la sectorisation psychiatrique.

Il n'est pas rare, en effet, qu'un patient soit hospitalisé dans un secteur dont il ne dépend pas et soit pris en charge à sa sortie par une équipe autre que celle qui a posé le diagnostic de crise et défini la stratégie de soins. Toutefois l'hospitalisation reste l'exception puisque les 2/3 des

---

<sup>24</sup> La mission de garde statique est dévolue aux services de police ou de gendarmerie en application de l'article D.394 du CPP.

<sup>25</sup> Le nombre d'heures de surveillance effectué par les agents pénitentiaires s'est réduit sensiblement entre 2003 et 2004 passant de 787 à 476.

<sup>26</sup> Cette évaluation est aussi celle des soignants. Il y aurait environ 10 % de psychotiques en détention.

<sup>27</sup> Le SMPR compte 22 places, réservées aux détenus hommes. Les femmes sont hospitalisées. Il dispose de 17 cellules (dont 4 individuelles et 8 à 2 lits) et de 32 lits. L'équipe est constituée de 3,5 ETP de psychiatre, 3ETP de psychologue et de 6 infirmiers dont 2 à 80 % et 1 à 50 %. Du 1.1.2005 au 1.11.2005, 57 détenus hommes ont été accueillis et 51 ont fait l'objet d'une HO (26 femmes).

<sup>28</sup> Il est pour eux symptomatique que le SMPR ait converti en poste sanitaire le seul poste d'assistante sociale existant, qu'il fait d'ailleurs apparaître aux effectifs comme vacant.

prises en charge se font en ambulatoire au sein des 130 points de consultations gérés chacun par un centre médico-psychologique (CMP).

Les personnels rencontrés au CMP de Maurepas<sup>29</sup> n'évoquent aucune difficulté particulière concernant la prise en charge au long cours des patients. L'articulation du CMP et du centre d'activité thérapeutique à temps partiel qui lui est rattaché (CATTP), avec l'hôpital est effective et fluide. Ils sont l'un et l'autre bien implantés et admis dans la cité. Quand il y a crise les infirmiers ne se déplacent pas si le patient n'est pas connu du service. Ils n'interviennent pas non plus en dehors des heures ouvrables (9h-19h) ou le week-end, cette responsabilité incombant selon eux à d'autres : pompiers, police, familles, médecins libéraux, même s'ils se reconnaissent mieux armés techniquement pour y faire face.

### **II-1-5 Des conditions d'hospitalisation à améliorer.**

Si la collaboration avec la police, la gendarmerie et les pompiers est jugée efficace, tant au CHRU qu'au CHS, quand sont en cause des troubles occasionnés par des personnes extérieures à l'hôpital, il en va différemment pour tout ce qui touche le transport et l'admission des malades en HDT ou HO.

Les familles se plaignent d'être trop souvent mises à contribution pour transporter leur malade quand bien même il présente un danger pour autrui. Les infirmiers du CHS estiment ne pas être toujours disponibles pour venir effectuer la déclaration de fugue d'un malade hospitalisé en HO, au commissariat ou encore pour l'y récupérer, comme le leur demande la police. Ils regrettent, que ne pouvant satisfaire à cette exigence, la police dépose désormais les malades dans le hall de l'hôpital sans avoir pris au préalable le moindre contact avec l'équipe soignante pour organiser l'accueil du patient fugueur<sup>30</sup>.

Les conditions de prise en charge des détenus en milieu hospitalier spécialisé sont aussi critiquées. En effet les chambres sécurisées étant en nombre insuffisant (2) les soignants sont conduits, dans la mesure où les conditions habituelles d'hospitalisation sont impropres à garantir la sécurité des personnels et des autres patients, à utiliser les chambres d'isolement qui ne sont pas faites pour cela. Pour les soignants, ce régime qui s'apparente à une mesure disciplinaire, ne peut pourtant être maintenu sans un effet délétère sur la santé physique et psychique du malade<sup>31</sup>.

### **II-2 des bonnes pratiques qu'il faut développer.**

#### **II-2-1 Un service des tutelles investi.**

---

<sup>29</sup> Le CMP de Maurepas est implanté au cœur d'une cité HLM. Son équipe compte un médecin responsable du secteur, un médecin responsable de l'unité, un cadre de santé du secteur, un cadre de santé de l'unité, un psychologue, une assistante sociale, une ergothérapeute et un infirmier. Il comprend un CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Les locaux sont ouverts du lundi au vendredi de 9h à 19h.

<sup>30</sup> Lors de la visite de la mission au CHS, un malade fût déposé par la police, sans aucune mesure de sécurité, dans le hall de l'hôpital psychiatrique. Pour en ressortir, celui-ci s'est acharné contre la porte d'entrée sécurisée qu'il a endommagée.

<sup>31</sup> La CME reconnaît à cet égard que les unités spécialisées dans l'accueil des HO et HDT (type UPID) peuvent constituer une réponse car elles permettent d'assurer la continuité des soins dans un climat de sécurité pour les soignants, les familles et les patients.

**Le service de gérance des tutelles du CHRU** Guillaume Régnier, en lien avec le juge des tutelles, prend en charge la mesure de protection non seulement lorsque son bénéficiaire est hospitalisé mais encore quand il quitte l'hôpital. Le lien est conservé aussi longtemps que nécessaire et peut se poursuivre dans le cadre d'un appartement thérapeutique, d'une prise en charge en ambulatoire ou encore de l'hôpital de jour. La responsable du service estime que ce travail en réseau évite le morcellement de la prise en charge et pallie les inévitables lenteurs de transmission et de constitution de dossiers<sup>32</sup>.

### **II-2-2 Le centre de détention et le parcours d'exécution des peines**

**Au centre pénitentiaire pour femmes**, le parcours d'exécution des peines dont bénéficie chaque détenue est présenté comme étant le produit d'un partenariat riche et quotidien noué entre tous les acteurs (surveillants, services de santé, éducation nationale, juges, services sociaux, mairie) pour donner du sens à la peine et préparer au mieux la sortie des détenues. Les personnels se disent convaincus que le climat paisible qui règne dans l'établissement est le fruit de la prise en charge très personnalisée qui y est développée.

### **II-2-3 des collaborations entre communes et associations**

Les mairies de Rennes et de Saint-Malo ont tissé un réseau de solidarités pour la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. **La mairie de Saint-Malo**, en contact étroit avec la préfecture, et les services sociaux, organise un suivi individualisé de tous les patients de la commune admis en HO ou en HDT<sup>33</sup>. Quand il y a rupture de soins, l'hôpital, le CMP ou le médecin libéral sont immédiatement avisés pour que le fil soit renoué. La commune disposant, en outre, de 2 résidences met à disposition de ce public des places d'hébergement provisoire.

**A la mairie de Rennes** un agent est dédié au traitement des hospitalisations sous contrainte. Une centaine de logements communaux est mise à disposition de l'hôpital et d'une association (qui les sous-loue) pour y accueillir des personnes suivies par l'hôpital pour des troubles psychiatriques. La commune dispose en outre d'un volant d'aides à domicile qu'elle met au service de ces patients.

Dans un quartier défavorisé de la ville, **une cellule préventive pluridisciplinaire de veille « le lampadaire »**, a été créée par convention de partenariat entre le CMP et le CCAS. Elle se réunit mensuellement pour traiter de situations individuelles à risques et doit à court terme s'étendre à deux autres quartiers de la ville.

**Le CMP de Maurepas**, implanté au cœur d'une cité HLM, s'articule autour d'une équipe pluridisciplinaire qui travaille en réseau avec divers autres acteurs locaux : mission locale, police, CDAS, bailleurs sociaux. Ce partenariat a conduit à la signature de plusieurs conventions notamment avec le milieu associatif (gens du voyage, aides, SOS victimes...). Afin de faciliter le contact de la population avec les personnels de santé les soignants en psychiatrie adulte et ceux de la pédopsychiatrie ont décidé d'assurer leurs consultations dans le même créneau horaire.

### **II-1-4 Un partenariat efficace entre police et CHRS en matière d'urgence sociale.**

---

<sup>32</sup> Ce sont 57 personnes en 2002, 53 en 2003 et 45 en 2004 qui ont bénéficié de ce dispositif.

<sup>33</sup> Une petite dizaine par an.

**Le foyer St-Benoît Labre** dit avoir réussi à établir avec l'hôpital et la police une collaboration de qualité. La structure, gestionnaire du « 15 », a reçu plus de 4 000 demandes d'hébergement au cours de l'année 2004. Elle a décidé d'affecter un poste d'infirmière aux relations avec les secteurs hospitaliers et de consacrer quelques places d'hébergement d'urgence aux SDF interpellés sur la voie publique, par la police, en contrepartie de quoi celle-ci garantit la rapidité de son intervention au foyer quand un incident grave y survient, (huit interventions en 18 mois).

### **III- Une dangerosité dont l'évaluation et la prise en charge doivent être améliorées.**

#### **III-1 la question de l'expertise.**

Selon l'expression d'un magistrat rencontré, « *choisir un expert est devenu un luxe* » pour le juge qui est conduit aujourd'hui à désigner, faute de vivier suffisant, non pas l'expert le plus compétent mais l'expert le plus disponible ! Surchargés, les psychiatres qui acceptent de collaborer à l'œuvre de justice, que ce soit dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle, de la garde à vue, de l'instruction ou de l'audience, n'auraient bien souvent plus le temps de garder des contacts avec le terrain et manqueraient du recul indispensable à une évaluation éclairée. Il s'ensuivrait, inévitablement, une baisse de qualité des rapports d'expertise et une absence de confrontation des points de vue risquant de porter atteinte aux droits de la défense.

Tous les magistrats rencontrés, en charge du contentieux pénal, estiment qu'il est urgent de rendre plus attractive l'activité d'expert psychiatre en la rémunérant mieux ainsi que les contraintes qui s'y attachent (temps d'audience aux assises, déplacements dans les cours d'assises...).

Certains pensent qu'il conviendrait d'introduire aussi plus de pluralisme, en étendant davantage au secteur privé une activité qui reste éminemment hospitalière, avec les dérives corporatistes qui peuvent en résulter. Pour l'un d'entre eux, rien n'interdit de penser que la raréfaction des déclarations d'irresponsabilité (aucune en 6 ans) puisse être mise au compte d'intérêts corporatistes dans la mesure où celles-ci font peser sur l'hôpital la charge des patients qui en bénéficient.

La pénurie d'experts et le délai de dépôt des rapports ne sont pas sans incidence non plus sur le devenir des procédures et des patients qu'elles concernent.

Ainsi, en zone gendarmerie ce n'est pas le médecin légiste (qui ne se déplace plus) mais un médecin libéral, généraliste, qui certifie la compatibilité de l'état de santé du mise en cause avec la garde à vue. Une convention santé/justice est à l'étude actuellement pour que soit mieux assurée la qualité d'un examen qui requiert une compétence spécifique.

En matière de petite délinquance et bien qu'elle lui soit adaptée, le parquet indique renoncer à la procédure de comparution immédiate, dès lors qu'il y a doute sur l'état de santé mentale du mis en cause, dans la mesure où les examens ne peuvent intervenir à bref délai. Pour des faits plus graves, il arrive que la juridiction de jugement soit conduite à prolonger la détention dans l'attente d'un rapport d'expertise qui tarde à venir.

Le ralentissement substantiel des procédures que génère l'expertise, conjugué à la situation très préoccupante des frais de justice et à la relative impuissance des juges à faire évoluer les

choses,<sup>34</sup> conduisent enfin nos interlocuteurs à limiter les expertises et à procéder, parfois, à une évaluation de la dangerosité au jugé.

### **III-2 une prise en charge de la dangerosité mal assurée.**

#### **III-2-1 des sorties d'hôpital prématurées et insuffisamment relayées par le secteur.**

Les difficultés importantes que connaît aujourd'hui l'hôpital Guillaume Régnier, dont l'activité ne cesse de croître dans des conditions matérielles inadaptées, conduit, de l'aveu même de ses soignants, à ce que des patients souffrant de troubles mentaux sévères ayant justifié leur hospitalisation<sup>35</sup>, sortent du CHS sans que leur état ne soit encore stabilisé<sup>36</sup>.

Par ailleurs la sectorisation psychiatrique conçue pour assurer au malade une prise en charge dans la continuité et la cohérence entre le dedans et le dehors, se trouve battue en brèche par la pression qui existe sur les lits (-10 % soit 495 lits depuis 2001). Il est de plus en plus fréquent qu'un malade soit hospitalisé dans un secteur autre que celui de sa résidence ce qui complique d'autant la prise de relais et l'organisation de son suivi à la sortie. La discordance des découpages des secteurs du travail social et de la psychiatrie vient encore aggraver le hiatus existant entre l'intra et l'extra hospitalier. De l'avis commun, de plus en plus de HO concernent un public de patients fragilisés et qui échappent à tout suivi médico-social quand il ne termine pas sa trajectoire en prison, après un passage à l'acte.

#### **III-2-2- des libérations non accompagnées.**

Les personnels de détention reconnaissent qu'un certain nombre de détenus arrive en fin de peine sans accompagnement quoique présentant un potentiel de dangerosité avéré.

En effet, si chaque détenu bénéficie avant sortie d'une consultation au cours de laquelle lui est remis son dossier médical, les relais avec la psychiatrie de secteur ne sont pas suffisamment installés par l'équipe des soignants de l'UCSA ou du SMPR. La continuité des soins va donc dépendre de la motivation du détenu qui, accédant à la liberté, après parfois de nombreuses années d'enfermement, ne sera pas nécessairement enclin à accepter une nouvelle contrainte et ce d'autant qu'il n'y a plus de bénéfices à la clé (remises de peines). Le centre de détention n'est guère plus performant à cet égard en dépit de la qualité du suivi assuré à chaque femme durant son incarcération.

Pour le juge de l'application des peines rencontré, la juridiction de l'application des peines ne compte pas suffisamment de magistrats pour que puisse être élaborée et développée une véritable politique d'aménagement des peines en matière de libération conditionnelle, de placement sous bracelet électronique ou de suivi socio-judiciaire.

---

<sup>34</sup> Ainsi, un président d'assises a déclaré à la mission ne disposer d'aucun moyen juridique pour contraindre un expert à se présenter à l'audience.

<sup>35</sup> la file active est constitué de 20 % de HO et HDT.

<sup>36</sup> Les effectifs en médecins à Rennes sont inférieurs à la moyenne régionale et nationale alors que les secteurs sont plus importants 100 000 au lieu de 70 000. Les internes en unités de soins sont passés de 3 à 1. La durée moyenne de séjour est passée de 58 jours en 1990 à 25 jours en 2004. Les entrées ont augmenté de 40 % sur la période.

Le responsable du SPIP estime, pour sa part, que les outils juridiques mis à disposition de la justice sont en l'état satisfaisants mais que les moyens sont insuffisants pour assurer un suivi proche et personnalisé des détenus, notamment dans un contexte d'ouverture de la procédure aux principes de transparence et de contradictoire<sup>37</sup>. Il se dit très préoccupé du sort réservé aux mesures de suivi socio-judiciaire imposées aux délinquants sexuels. En effet, aucun médecin coordonnateur n'a encore été désigné sur le département pour faire l'interface entre l'administration et le médecin traitant. Rares sont par ailleurs, selon lui, les médecins libéraux qui acceptent de prêter leur concours à la justice et plus encore quand il s'agit de mettre en œuvre une mesure contraignante, le consentement du patient leur paraissant la condition *sine qua non* de la relation thérapeutique. Aussi la mesure de suivi socio-judiciaire peine à se mettre en place dans le département.

### III-2-3- Un secteur médico-social sous équipé.

En Ile-et-Vilaine, les structures adaptées à la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles du comportement tels, qu'elles ne peuvent se maintenir dans un habitat ordinaire, ne sont pas suffisamment nombreuses pour couvrir les besoins<sup>38</sup>. Aussi assiste-t-on, dans ce département comme dans d'autres, à des transferts de publics entre institutions, transferts qui finissent par brouiller totalement le paysage de la protection médico-sociale et les missions de chacun des acteurs.

Le CHRU et le CHS accueillent, le plus souvent dans l'urgence, des populations désocialisées (toxicomanes, alcooliques, psychopathes) qui relèveraient d'un traitement social.

Le CHRS St-Benoît Labre héberge, quant à lui, de plus en plus de malades, qui devraient être accueillis à l'hôpital et qui mettent en difficultés la collectivité dont ils ne peuvent supporter les règles.

Quant à la justice, située en bout de chaîne, elle a vocation à les prendre tous en charge dès lors qu'ils sont passés à l'acte et ont été reconnus responsables.

Chacune des institutions rencontrées regrette cette situation qui ne lui permet plus aujourd'hui d'accomplir correctement sa mission. Chacune gère aussi au coup par coup et en interne les difficultés auxquelles elle est confrontée sans qu'aucune réflexion globale interinstitutionnelle ne soit conduite pour tenter de trouver un remède à cette situation.

---

<sup>37</sup> Le SPIP qui intervient sur la maison d'arrêt et le centre de détention compte 5 travailleurs sociaux et 2 assistantes culturelles. Chaque conseiller gère environ 120 mesures ; le délai moyen de prise en charge est d'un mois. Assurer dans toutes les procédures la transparence et le contradictoire nécessite des moyens en personnels et en temps.

<sup>38</sup>Le département compte 2 CHRS. En 2004, le CHRS St-Benoît Labre a été destinataire de 4 350 demandes d'hébergement. Il a hébergé 169 personnes. Il a répondu à 2 256 demandes de mises à l'abri coordonnées par le service de veille sociale -115-. Il gère aussi une résidence sociale pour hommes de 12 places, 6 appartements pour jeunes de 18 à 30 ans et un hébergement d'urgence durant l'hiver. L'AFSAD gère un foyer d'accueil pour femmes battues ou en situation de précarité, une cellule d'accueil et d'orientation, 14 places d'urgence, un service d'insertion, un atelier d'insertion.



**ANNEXE 8 : DEPLACEMENT DE LA MISSION A  
MONTPELLIER**

## **Déplacement de la mission dans le département de l'Hérault.**

Le département de l'Hérault se caractérise par sa très forte attractivité : il a connu une croissance démographique de 15 % en cinq ans. L'agglomération de Montpellier compte 1 500 habitants supplémentaires chaque mois.

Le département est aussi l'un des plus pauvres de France. Le taux de chômage ou le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion y sont records.

Fait original en France, l'hôpital psychiatrique (La Colombière) est partie intégrante du CHU, dont il représente 20 % des journées facturées (191 655 sur 923 887).

### **Les données sur la violence, parcellaires et contradictoires, semblent indiquer que le phénomène se stabilise à un niveau relativement élevé**

Les hospitalisations d'office, au nombre de 207 en 2004, connaissent une forte augmentation (+ 51 % depuis 1995), de même que les hospitalisations sur demande d'un tiers (1 145 en 2004, + 85 % depuis 1995). Elles sont réalisées au CHU de Montpellier ainsi qu'aux centres hospitaliers de Béziers et Sète.

Établissement par établissement, les données apparaissent moins uniformes : alors que les hospitalisations sous contrainte croissent fortement au centre hospitalier de Béziers (plus de 100 % d'augmentation depuis 1998, avec 80 HO et 351 HDT en 2004), elles restent stables au centre hospitalier de Sète (4 HO, 64 HDT en 2004). Au CHU de Montpellier, le nombre de HO est en légère diminution (de 131 en 1998 à 123 en 2004), alors que celui des HDT progresse (de 521 en 1998 à 730 en 2004).

Selon les magistrats du parquet, il existerait à Montpellier une augmentation<sup>1</sup> des actes de violences, notamment sur la voie publique, qui ne peut, en l'absence de données statistiques, être objectivée. Ce phénomène s'explique par la présence d'une population mouvante de marginaux, particulièrement importante en été, qui use fréquemment de produits stupéfiants et/ou d'alcool et provoque de multiples nuisances à l'ordre public.

À l'intérieur de l'hôpital, les actes de violence se concentrent au sein de l'établissement psychiatrique La Colombière (pour plus de 50 %). En 2004, il y a eu 24 déclarations d'accidents du travail dans cet établissement. La tendance est stable en 2005 : sur les six premiers mois de l'année, il y a eu 12 déclarations d'accident. Sur une plus longue période, on ne peut pas parler d'accroissement des cas de déclaration : ceux-ci étaient au nombre de 30 en 2000.

Les agressions touchent principalement des infirmières, aussi bien expérimentées que nouvellement arrivées dans le service. Entre un tiers et la moitié des déclarations se sont

---

<sup>1</sup> Le juge d'instruction estime au contraire qu'il n'y a aucune évolution repérable de la délinquance violente dans les procédures qui lui sont soumises.

soldées par des arrêts de travail. Si les victimes sont principalement des femmes, les auteurs d'agressions sont très majoritairement des hommes. Dans 2/3 des cas, il s'agit de patients hospitalisés sous contrainte. Les violences physiques se concentrent en fin de journée.

Le dispositif de suivi des « *événements indésirables* » révèle quant à lui une augmentation du nombre d'incidents pour l'établissement La Colombière : de 49 en 2002, ils sont passés à 64 en 2004 et à 54 pour les seuls sept premiers mois de l'année 2005. Aux urgences, il y a eu 63 agressions déclarées en 2004, dont 12 physiques. 2/3 d'entre elles ont eu lieu la nuit.

Le service de gérance de tutelle de l'hôpital est régulièrement confronté à des situations de violence. Celles-ci sont le fait de personnes très fragilisées, aux réactions peu prévisibles et démesurées face aux impératifs de la vie courante. Elles sont aussi le fait des familles, notamment celles qui vivent de la captation d'allocations et qui peuvent se sentir lésées de l'intervention d'un tiers gestionnaire.

### **L'hôpital s'est organisé pour tenter de prévenir les phénomènes de violence**

La violence a été prise en compte par la direction du CHU de Montpellier et des réponses originales ont été apportées.

a) L'accueil et la prise en charge des patients à l'hôpital La Colombière ont fait l'objet de différents protocoles, qui peuvent aider à la prévention des situations de violence. Plusieurs situations ont été distinguées : admissions directes sur site (dont admission des personnes sous HO et des détenus), admission après passage au service d'accueil des urgences ou intervention du SAMU, impossibilité d'admission pour absence de lits disponibles, transferts.

b) La direction de la gestion des risques a développé un recensement des incidents, au moyen des fiches « événements indésirables », informatisées et donc téléchargeables sur l'intranet du CHU. Chaque signalement fait l'objet d'une analyse par un groupe de travail pluridisciplinaire, appelé « *comité de gestion des signalements* ».

Le CHSCT dispose depuis 2003 d'un groupe de travail permanent traitant des problèmes de violence (aussi appelé sous-commission). Il se fait communiquer les fiches de signalement des événements indésirables. Il est présidé par un médecin du travail.

L'hôpital a par ailleurs mis sur pied un « *service anti-malveillance* », constitué de 12 IDE et chargé d'effectuer des rondes aux abords des établissements<sup>2</sup>. Un système de protection des travailleurs isolés (PTI) a été déployé, pour un montant de 99 530 €

c) Des actions de formation liées à la violence sont régulièrement proposées. 343 personnels ont ainsi été formés de 2001 à 2004.

d) Le service d'accueil des urgences (SAU) a été restructuré, en partie pour tenter de prévenir les passages à l'acte, des patients comme des accompagnants. L'étage des urgences générales est séparé de celui des urgences psychiatriques (8 lits<sup>3</sup>) et, au sein des urgences générales, les enfants sont accueillis dans un espace dédié. L'accueil, de même que certains couloirs et salles d'attente, sont équipés d'un dispositif de vidéo-surveillance. Un vigile relevant d'une

---

<sup>2</sup> Son coût est estimé à 525 536 € par an.

<sup>3</sup> La création de l'unité d'urgence psychiatrique a eu un coût de 563 412 €

société privée est posté en permanence à l'accueil et un maître chien se tient prêt à intervenir dans une pièce séparée, à l'abri des regards. Le chef de service a pour intention de continuer à améliorer l'accueil des accompagnants, souvent à l'origine d'agressions vis-à-vis du personnel soignant : la salle d'attente principale sera équipée d'écrans diffusant des messages d'explication et des affiches rappelant la répression pénale des agressions seront apposées sur les murs.

e) La coopération entre forces de l'ordre et CHU est jugée satisfaisante. À la suite de la réunion du 5 janvier 2005, organisée à l'initiative du préfet, plusieurs mesures ont en effet été mises en œuvre :

- les demandes de sécurisation émanant du service de régulation des urgences médicales (15) sont traitées en priorité par les centres de régulation de la police et de la gendarmerie (17) ;
- des patrouilles sont effectuées régulièrement aux abords et à l'intérieur des services d'urgence et de psychiatrie (pour les pavillons psychiatriques, les rondes s'effectuent prioritairement aux heures de relève du personnel paramédical) ;
- le dépôt de plainte des victimes d'agressions est facilité : la simple inscription sur main courante est proscrite, un référent « hôpital » est désigné au sein de la police et de la gendarmerie pour guider les plaignants ; les référents police et gendarmerie sont les interlocuteurs privilégiés des directeurs des centres hospitaliers et les assistent dans la conception d'un diagnostic de sécurité.

En outre, le SMUR se fait systématiquement accompagner par les forces de l'ordre pour ses interventions dans l'un des quartiers de Montpellier.

Il faut noter, néanmoins, que si la coopération entre CHU et police semble donner entière satisfaction, les liens entre CMP et commissariats de quartier ne sont pas organisés. Le principe de réunions régulières a été retenu, mais n'a pu, pour l'heure, être concrétisé.

f) Une unité intersectorielle spécialisée, dite unité de soins intensifs (USI), a été ouverte en juin 2003<sup>4</sup>. D'une capacité de 15 lits (dont 2 chambres d'isolement), elle accueille les patients difficiles des sept secteurs de l'hôpital La Colombière, les patients sous HO (D.398 du CPP), des patients sous HO dont l'irresponsabilité pénale a été reconnue (122-1 du CP). Sa capacité doit être portée à 20 lits après la reconstruction du site en 2008. Elle dispose d'un équipement sportif et d'ergothérapie à l'intérieur de ses murs. La durée de séjour est prévue pour être de 3 semaines en moyenne et ne jamais excéder 2 mois. Les médecins affectés à l'unité assurent une visite et une contre-visite quotidiennes. Deux réunions médicales sont programmées chaque semaine. L'équipe para-médicale est constituée d'un cadre de santé, de 19 infirmiers (assumant 7 postes en équipe de jour, 2 en équipe de nuit), de quatre agents de service hospitalier et d'une psychologue.

Les détenus de Villeneuve-les-Maguelonne hospitalisés sous HO sont systématiquement accueillis dans cette unité, selon un protocole spécifique, prévoyant notamment leur mise en chambre d'isolement pendant 48H pour observation, l'établissement d'une fiche d'évaluation de la dangerosité, l'organisation d'un entretien infirmier. L'équipe de l'USI travaille en étroite collaboration avec le dispositif de soins psychiatriques (DSP) de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt : l'USI et le DSP sont gérés au sein du même secteur de Montpellier-Mèze. C'est la même équipe qui assure les consultations post pénales prévues notamment par la loi du 17 juin 1998 (liberté conditionnelle, semi-liberté, suivi socio-judiciaire avec obligation de soins). Cette complémentarité assure une continuité dans la

---

<sup>4</sup> Pour un coût de 160 165 €

prise en charge des détenus, que ce soit à leur arrivée à l'USI ou à leur retour à la maison d'arrêt.

Après stabilisation, les patients initialement envoyés par les services des sept secteurs leur sont ré-adressés. Les équipes de secteur disposent alors d'un compte-rendu d'hospitalisation et d'une fiche d'observation, rédigée par les infirmiers de l'USI, leur indiquant la conduite à tenir.

L'USI, de capacité modeste, semble déjà victime de son succès : sur les 15 lits, 8 sont occupés sur le long terme par des patients que les autres unités refusent de réadmettre<sup>5</sup>. Dès lors, la capacité d'accueil de l'unité est réduite à 5-6 lits, pour un flux d'entrées annuel de 120 patients. Le cas des personnes ayant bénéficié de l'application de l'article 122-1 du code pénal est particulièrement problématique, car il est souvent difficile d'envisager leur sortie de l'unité et, *a fortiori*, de l'hôpital psychiatrique.

g) Dans les différentes unités d'hospitalisation de La Colombière, des chambres d'isolement ont été créées ou réaménagées<sup>6</sup> et l'hôpital s'est doté d'un protocole de mise en chambre d'isolement.

h) Les plaintes déposées par des soignants, le plus souvent suite au comportement violent d'accompagnants de patients et non des patients eux-mêmes, restent marginales, une dizaine par an, bien qu'elles soient encouragées par la direction du CHU. Elles sont traitées prioritairement dans le cadre de la permanence et donnent lieu à des comparutions immédiates<sup>7</sup> mais, habituellement, les personnels soignants ne souhaitent pas être entendus en cours d'enquête. Selon une thèse rédigée dans le cadre des services somatiques du CHU, 20 % seulement des médecins victimes d'une agression porteraient plainte. La tendance serait la même pour les personnels infirmiers.

### **Les procédures pénales ne semblent pas s'être suffisamment adaptées aux réalités montpelliéraines (population mouvante de marginaux, importants flux saisonniers)**

Les IPM (ivresses publiques et manifestes) sont nombreuses, mais semblent donner de moins en moins lieu à interpellation. Les services de police, qui ne peuvent plus gérer la procédure au commissariat en raison du refus des médecins de s'y rendre, rechignent en effet à mobiliser d'importants moyens pour accompagner les personnes concernées au service des urgences de l'hôpital<sup>8</sup> (le service des urgences est lui-même réticent à accueillir de tels publics, agités et d'un faible intérêt médical). Les contraventions de 4<sup>ème</sup> classe commises par des sans domicile fixe ne sont pas poursuivies par l'OMP (officier du ministère public), de même que les amendes ne sont pas recouvrées à leur encontre. On assisterait de la même manière à une grande banalisation des infractions pour port d'armes.

Les coups et blessures volontaires représentent entre neuf cent et mille comparutions immédiates par an. Lors des audiences sur comparution immédiate, les magistrats ont souvent

---

<sup>5</sup> Une « instance d'arbitrage » a été prévue pour régler ce genre de situation, mais elle ne semble pas avoir été convoquée en l'espèce.

<sup>6</sup> Coût : 200 000 € de travaux, 7 000 € de mobilier.

<sup>7</sup> Procédure urgente qui permet la comparution du prévenu devant le tribunal correctionnel à l'issue de la garde à vue.

<sup>8</sup> S'agissant d'une infraction relevant du code des délits de boissons et non du code pénal, l'examen médical ordonné sur réquisitions des forces de l'ordre ne peut être indemnisé au titre des frais de justice. Lorsque les médecins se déplacent au commissariat pour examen, ils ne sont donc pas défrayés.

l'impression que le prévenu, complètement hébété, ne comprend pas la procédure ; il arrive que l'affaire soit renvoyée parce que l'intéressé n'est pas en état d'être jugé. Les magistrats disposent certes d'une enquête de personnalité rapide mais, de fait, ce document ne contient que rarement des renseignements sur la personnalité du prévenu. Les magistrats ne recourent qu'exceptionnellement<sup>9</sup> à une expertise psychiatrique ou à un examen psychologique (cinq à six fois par an).

### **Les capacités d'accueil montpelliéraines sont insuffisantes et la tendance, loin d'être inversée, semble devoir s'aggraver**

Le CHU de Montpellier gère 7 secteurs de psychiatrie adulte dont les moyens d'hospitalisation à temps complet (372 lits) sont situés sur le site de La Colombière et 2 secteurs de pédo-psychiatrie, dont un rattaché à La Colombière.

Outre ces 372 lits d'hospitalisation complète, La Colombière dispose de 240 places d'hospitalisation de jour (dont 98 intra-muros), 18 lits d'hospitalisation de nuit, 12 appartements thérapeutiques, 28 placements familiaux thérapeutiques et 16 places d'hospitalisation à domicile.

La file active de l'hôpital de La Colombière est passée de 7 632 en 2000 à 8 096 en 2004, soit une progression de 6 %. Depuis 1990, la progression est spectaculaire : + 148 %. La file active de l'hospitalisation à temps complet n'a pas suivi une évolution parallèle : elle est passée de 3 431 à 2 669 entre 2000 et 2004, soit une diminution de 23 %, et n'a progressé que de 76 % entre 1990 et 2004<sup>10</sup>. Une part croissante des patients est donc prise en charge par des structures alternatives à l'hospitalisation. Seul un secteur de psychiatrie (Montpellier ville 1) a conservé deux unités d'hospitalisation à temps complet, les six autres secteurs n'en ayant désormais qu'une seule chacun.

Les capacités d'hospitalisation à temps complet sont passées de 526 en 1990 à 356 en 2000 puis à 300 en 2004. Dans le même temps, les alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, hospitalisation à domicile, appartements thérapeutiques, placements dans des familles) sont passées de 274 à 302 places. **La fonte capacitaire en matière d'hospitalisation à temps complet n'a donc pas été compensée par une augmentation des capacités du secteur médico-social et de l'hospitalisation de court séjour, dans un contexte de forte croissance démographique du département.**

La durée moyenne de séjour en psychiatrie adulte, pour l'hospitalisation à temps complet, a fortement baissé entre 1990 et 2000, passant de 59,4 à 32,8 jours, pour remonter ensuite (48,9 jours en 2004). En conséquence, le taux d'occupation, de 73,3 en 1990, a atteint 95,35 % en 2004. L'augmentation de la DMS naîtrait des difficultés à faire sortir les patients des unités d'hospitalisation, en raison du manque de places dans le secteur médico-social et dans les structures psychiatriques de moyen séjour. En conséquence, trop peu de lits peuvent être disponibles pour accueillir des patients en phase aigue.

**La fonte capacitaire en matière d'hospitalisation à temps complet n'est pas achevée.** La restructuration en cours va entraîner la suppression de 79 lits d'hospitalisation complète. Elle

---

<sup>9</sup> Il s'agirait essentiellement d'un problème de coût des expertises lié à un choix restreint d'experts locaux.

<sup>10</sup> Le nombre de journées temps complet en psychiatrie adulte est passé de 161 547 en 1990 à 116 729 en 2000 puis à 106 697 en 2004 (soit une diminution de 44 %).

doit en principe s'accompagner du développement des structures alternatives à l'hospitalisation, mais les professionnels de l'hôpital se sont montrés sceptiques quant aux chances d'aboutir à une exacte compensation.

La moitié des lits d'hospitalisation psychiatrique à temps complet a fait l'objet d'une **spécialisation par pathologie ou par type de comportement**. Les unités concernées reçoivent des patients provenant des sept secteurs. Cette spécialisation, associée à la saturation des capacités en lits, peut compromettre le respect du principe de sectorisation pendant l'hospitalisation et donc compliquer la continuité des soins. En outre, elle conduit à une plus grande cohabitation des malades dans les unités restées généralistes, et notamment des personnes hospitalisées sous contrainte ou librement. Au-delà du souci d'apporter une réponse médicale plus pointue, la spécialisation est née d'une volonté de l'hôpital public de se montrer aussi attractif que les cliniques privées.

Le secteur privé représente en effet 50 % des lits en psychiatrie du département et l'articulation des offres publiques et privées est un enjeu d'avenir.

**L'hôpital est en train de se désengager du transport des malades mentaux des lieux de crise au CHU** : un projet de convention transfère cette responsabilité au SDIS, moyennant rémunération. En cas de nécessité de sédation, elle serait réalisée par les sapeurs-pompiers conformément à la prescription du généraliste dépêché sur place, ou par intervention complémentaire du SMUR. Pour l'hôpital, il s'agit d'éviter les ponctions fréquentes et aléatoires de personnels infirmiers, qui ne peuvent de toutes façons pas prescrire de sédatifs durant leurs interventions.

### **La psychiatrie éprouve des difficultés à se projeter sur les lieux de crise**

Le rapport 2004 de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) de l'Hérault note que la procédure d'urgence est largement dominante s'agissant des HDT (à 79 %). « *L'utilisation de l'HDT d'urgence est bien entendu plus commode puisqu'un seul certificat est nécessaire ; c'est aussi le moyen le plus rapide pour trouver un lit en urgence. [...] Il faut souligner la pénurie de psychiatre et de médecin généraliste pour traiter les crises « in situ » dans le département et le nombre insuffisant de lits d'urgence dans les centres hospitaliers.* »

La CDHP estime même le recours aux HDT d'urgence « abusive » s'agissant des crises liées à l'alcoolisation, à la toxicomanie ou aux simples états d'agitation.

Les psychiatres présents dans les hôpitaux de jour, dans les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et autres indiquent qu'ils ne se déplacent habituellement pas au domicile des patients, y compris dans les situations de crise. Dans le meilleur des cas, des infirmiers du secteur sont dépêchés au domicile d'un patient, lorsque celui-ci est connu. Si le patient n'est pas connu des équipes, le secteur reste en retrait et l'urgence est gérée par les forces de l'ordre, les sapeurs-pompiers et les médecins généralistes.

### **Les transitions dans les prises en charge sont imparfaitement organisées**

Le rapport 2004 de la CDHP relève les défauts de suivi des patients à leur sortie de l'hôpital. « *En effet, les patients adressés en urgence, ce qui est le cas le plus fréquent, ne sont pas nécessairement pris en charge à la phase initiale par leur secteur géographique.* »

Les magistrats constatent que les « *réitérants* » ont le plus souvent des antécédents psychiatriques : ils ont été hospitalisés mais, à leur sortie, ils ont été livrés à eux-mêmes en l'absence, semble-t-il, de suivi.

En dehors des visites que le procureur de la République effectue deux à trois fois par an, essentiellement en unité de soins en psychiatrie à l'hôpital général de Montpellier et à l'unité de Sète, visites qui lui permettent de mieux cerner les raisons de la présence des malades dans ces services et de recevoir ceux qui lui demandent audience, il n'existe aucun lieu d'échange ou instance de coordination entre les services de santé et ceux du parquet.

S'agissant de la prise en charge des condamnés et détenus, si les juges de l'application des peines se réunissent mensuellement pour se concerter, certains cloisonnements peuvent aboutir à des dysfonctionnements voire à une absence de prise en charge. À titre d'exemples : la notification par le président du tribunal correctionnel d'obligations de soins à un condamné, assorties d'une date et d'une heure de convocation, dont le DSPIP n'est pas avisé ; le défaut d'information par l'UCSA de la dangerosité de certains détenus ; l'absence de tout suivi à l'expiration de leur peine de détenus dangereux.

L'hôpital note des difficultés de prise en charge après la fin de la détention en maison d'arrêt. Il est en effet difficile d'organiser une hospitalisation, en l'absence de consentement du libéré. Le CHU a saisi la CDHP pour qu'elle statue sur le bien-fondé d'une hospitalisation sur demande d'un tiers sollicitée par le directeur de l'établissement pénitentiaire. Pour les toxicomanes, les consultations post pénales permettent un certain suivi après la détention : le taux de venue aux RDV est assez élevé car les patients ont besoin de produits de substitution. Pour les autres personnes libérées, les consultations post pénales fonctionnent mal : moins de 10 % des personnes se rendent aux RDV programmés, même lorsqu'ils impliquent les psychiatres en poste à l'UCSA, avec lesquelles une relation médicale avait pourtant pu s'instaurer.

La coordination entre la préfecture et le parquet mériterait aussi d'être améliorée. Dans le cas de gardes à vue au cours desquelles un médecin demande une hospitalisation psychiatrique, il importe que la DDASS et la préfecture se montrent très réactives. En fin d'hospitalisation, le parquet doit reprendre l'initiative.

Une infraction commise par un hospitalisé d'office a mis en évidence les faiblesses du dispositif : le patient a été interpellé, jugé puis condamné à une peine de prison, sans que la décision administrative d'HO ne soit levée, alors même que les psychiatres de l'hôpital étaient à l'origine du recours à la police et de la sortie de l'hôpital de l'intéressé...

Des initiatives, bienvenues en ce qu'elles visent à accroître les coopérations et leur qualité, ont pu être recensées.

Ainsi, l'un des juges des tutelles<sup>11</sup> souligne qu'en cas de difficultés, il n'hésite pas à faire un courrier au médecin qui a en charge le malade<sup>12</sup>. Ce magistrat estime que l'efficacité de la prise en charge des patients dangereux passe par la constitution de réseaux entre tous les acteurs afin, par exemple, de faire en sorte que les gérants de tutelles soient avisés de la sortie

---

<sup>11</sup> Le ressort du tribunal de grande instance de Montpellier comporte cinq tribunaux d'instance dont trois greffes détachés. Les juges des tutelles de Montpellier gèrent 6 à 7 000 dossiers d'incapables majeurs.

<sup>12</sup> Ce magistrat se fonde sur l'article 490-1 du code civil prévoit que les décisions qui organisent la protection des intérêts civils de la personne protégée sont précédées d'un avis médical.



de l'hôpital psychiatrique des patients. Selon ce même magistrat, la maille du réseau devrait se situer au niveau le plus proche du terrain, par exemple à l'échelon des médecins généralistes et des services des tutelles aux prestations sociales qui sont en contact direct avec les travailleurs sociaux.

Les juges des enfants sont membres associés d'un réseau formalisé à l'initiative de professionnels de la psychiatrie et du conseil général et qui porte sur les mineurs en grandes difficultés. Il regroupe le CHU<sup>13</sup>, le conseil général, l'éducation nationale, la DDPJJ (direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse), la [les] clinique[s] de neuropsychiatrie[s], le[s] IME et IMP. Ce réseau répond à la circulaire interministérielle du 3 mai 2002 (2002-282) et son financement par l'ARH a permis la création de deux postes de coordonnateurs. Une première réunion du comité de pilotage était prévue le 20 octobre 2005. Cette initiative devrait à l'évidence permettre une meilleure prise en charge des mineurs concernés. Reste posée, au regard d'un tel mécanisme de contractualisation, la question du positionnement juridique des juges des enfants.

L'« *action santé globale précarité Montpellier* » regroupe des acteurs de structures variées du champ sanitaire et social autour des publics en situation de grande précarité sociale, atteints de problèmes psychiatriques, d'alcoolologie, etc. Elle permet, par des réunions mensuelles, des rencontres entre professionnels et des confrontations de pratiques.

### **L'évaluation de la dangerosité et la gestion des risques varient en fonction du ressenti et/ou du professionnalisme des différents acteurs, des dispositifs mis en place et du contexte**

- Au palais de justice

Si la plupart des interlocuteurs rencontrés estiment que dans l'ensemble, les justiciables sont nettement moins respectueux à l'égard de l'institution judiciaire et s'emportent verbalement plus facilement, ils relèvent que les situations dans lesquels ils se sentent en danger restent peu fréquentes<sup>14</sup>.

Certes, les personnels de greffe et d'accueil sont plus facilement exposés à des manifestations d'irascibilité voire de violence et il existe des « pics de tension », à certaines périodes dans l'année (au mois d'août) ou encore dans certains contextes (en fin d'audience correctionnelle notamment, où l'on assiste à une inversion du rapport de forces<sup>15</sup>), mais, selon les magistrats, les risques peuvent être souvent anticipés et évités, ne serait ce que par professionnalisme.

Ainsi, la connaissance et la maîtrise du dossier permettent de prévenir le risque et de prendre les dispositions pour éviter sa réalisation (prévision d'une escorte de police, par exemple, pour les cas difficiles devant le juge des enfants ou lorsque le délibéré d'une audience correctionnelle peut susciter des réactions violentes). Ce savoir-faire peut être renforcé par certaines pratiques : le juge de l'application des peines adapte sa stratégie à l'égard des condamnés en tenant compte d'une classification de leur profil de dangerosité (les individus pervers avec lesquels aucune négociation ne doit être engagée / les psychotiques pour lesquels il importe de vérifier qu'ils respectent strictement une obligation de soins / les

---

<sup>13</sup> Les services psychiatriques, qui comportent 13 membres, se sont fédérés.

<sup>14</sup> Selon l'un des juges des tutelles, ces situations se comptent sur les doigts d'une main à l'année.

<sup>15</sup> L'absence de public et de forces de l'ordre en fin d'audience facilitent les manifestations de violence de prévenus souvent accompagnés d'éléments perturbateurs.

psychopathes qui demandent du temps pour un important travail de fond sur leur histoire / enfin, les asociaux, qui nécessitent le même suivi que les psychopathes mais doivent, de plus, être accompagnés dans leurs démarches par le SPIP). Il convient d'ajouter que ce magistrat vérifie<sup>16</sup> l'existence d'autres dossiers en cours concernant un condamné, de façon à disposer d'un maximum d'éléments sur sa situation, avant de lui accorder un aménagement de peine ou une permission de sortir.

Le nombre de personnes en présence joue aussi un rôle indéniable. Lorsqu'un infirmier accompagne des patients dangereux au moment de leur audition par le juge des tutelles, lorsque des éducateurs sont présents au moment d'auditions difficiles devant le juge des enfants, lorsque l'avocat prend part à la consultation au greffe des dossiers d'assistance éducative par les justiciables, la probabilité de violence apparaît moins grande.

La proximité géographique de certains acteurs, comme celle de forces de police au palais de justice, permet également aux professionnels d'aborder une gestion prudente des risques. L'aménagement de l'espace et la mise en place de certains dispositifs de sécurité peuvent aussi avoir un effet rassurant pour les personnels et les magistrats (par exemple, installation de dispositifs d'alarme dans les bureaux des magistrats les plus exposés, même si ceux-ci indiquent n'avoir jamais eu à les utiliser).

- La difficile gestion des signalements

Il arrive que la DDASS signale certains comportements violents ou potentiellement violents aux secteurs de psychiatrie, sans que ces derniers ne sachent valablement qu'en faire : bien souvent, il s'agit de psychopathes ne relevant pas d'une prise en charge médicale. Lorsque les signalements sont adressés aux services de police, des enquêtes de voisinage peuvent être pratiquées. Il arrive que l'assistante sociale du commissariat central de Montpellier soit saisie du signalement et prenne en charge le dossier, ce qui donnerait des résultats probants (le dispositif est néanmoins très récent). Ses interventions permettent de traiter d'affaires non strictement policières, en lien avec les différents services sociaux.

## **L'expertise judiciaire: un faible vivier d'experts, une position dominante**

Selon les interlocuteurs rencontrés, le nombre d'experts sur le ressort de la cour d'appel de Montpellier est inférieur à une quinzaine et en raison, notamment, de l'absence de disponibilité de la plupart, les magistrats recourent habituellement à cinq ou six d'entre eux. S'ajoutent à cette difficulté le vieillissement des experts inscrits sur la liste et la difficulté de leur renouvellement. Les candidatures sont en effet peu nombreuses, en raison tant de l'absence d'appétence des candidats pour une charge peu rémunératrice et consommatrice de temps que de la surcharge de travail des psychiatres exerçant à titre libéral.

Inévitablement, les temps d'obtention d'une expertise sont très longs. Ils sont de près de 6 mois s'agissant des mineurs.

Les magistrats du ministère public ont rarement recours aux expertises psychiatriques et mettent en avant la volonté de maîtriser les frais de justice et la qualité très inégale du contenu des rapports. En revanche, ils se fondent plus fréquemment sur des examens psychologiques.

---

<sup>16</sup> Le juge de l'application des peines vérifie l'existence de dossiers en cours auprès des autres magistrats, parquet, juge des enfants, juge des affaires familiales, pour prévenir les risques.

Les juges relèvent pour leur part qu'ils sont conduits à désigner toujours les mêmes experts, disponibles parce que retraités.

De fait, la grande majorité des expertises ordonnées par les magistrats de Montpellier semble être confiée principalement à un seul expert qui accepte d'accomplir rapidement sa mission.

Les responsables de la détention et le SPIP relèvent une hausse sensible, au cours des dix dernières années, de détenus particulièrement déstructurés, voire psychotiques.

**ANNEXE 9 : EXPERIENCES ETRANGERES**

## Expériences étrangères

(Eléments issus des documents de travail du Sénat, série législation comparée sur : « *L'irresponsabilité pénale des malades mentaux.* » N° LC 132 Février 2004.)

### 1. ALLEMAGNE

#### ► Irresponsabilité pénale pour troubles mentaux : article 20 du code pénal

L'auteur, « au moment de la réalisation de l'acte... » n'est pas capable d'en percevoir le caractère illicite ou d'agir conformément à la perception qu'il en a du fait de l'existence de :

- troubles psychiatriques,
- troubles profonds de la conscience,
- débilité ou anomalie mentale.

#### Imputabilité atténuée : article 21 du code pénal ;

La capacité de discernement est considérablement amoindrie pour l'une des trois raisons évoquées. Ces personnes restent responsables mais peuvent bénéficier **d'une réduction facultative de peine**. Le juge décide de la responsabilité sur rapport d'un expert.

#### ► Les mesures appliquées :

Le tribunal peut prononcer une « **mesure de rééducation et de sureté** ». Cette mesure est préventive. Elle peut être éducative, curative ou protectrice. Cette mesure est prononcée à titre principal lorsque le délinquant est jugé irresponsable et à titre complémentaire dans l'autre cas.

- **En cas d'irresponsabilité** le tribunal prononce le placement du délinquant dans un hôpital psychiatrique lorsque :
  - l'auteur de l'infraction représente un danger pour la collectivité,
  - il est vraisemblable qu'il commette de nouveau des infractions graves,
  - le danger qu'il représente est lié à son état mental.

**Le placement est d'une durée indéterminée** (le Bundesrat a adopté en 2002 une proposition de loi afin que soient déterminés les critères susceptibles de justifier un internement supérieur à 5 ans et d'exclure tout internement supérieur à 10 ans pour les infractions contre les biens, sans violence) :

- il peut être levé à tout moment en fonction de l'état de la personne internée,
- le tribunal doit réexaminer la situation au moins une fois par an,
- après sa sortie, l'intéressé est placé sous le **régime de la mise à l'épreuve durant un délai de 3 à 5 ans ou pour une durée illimitée si le délinquant est dangereux** (interdiction de quitter la résidence sans autorisation, de fréquenter certaines personnes ou lieux, de se présenter à l'administration...).

\* **Dans les autres cas**, le tribunal peut prononcer, en fonction de la situation et en tenant compte de principe de proportionnalité, l'une des mesures prévues au CP : interdiction professionnelle, retrait du permis de conduire ou mise à l'épreuve.

Le code pénal allemand, (loi fédérale), distingue entre peine et mesure de sureté et d'éducation.

**Parmi les mesures de sureté et d'éducation** deux concernent les malades mentaux :

- **l'internement dans une clinique psychiatrique** quand irresponsabilité pénale ou responsabilité atténuée, que le risque de récidive existe et que le patient constitue un danger pour autrui,
- **la détention à titre de mesure de sureté**, rare, réservée à des récidivistes de crimes graves et représentant un grand danger pour autrui. Elle est exécutée après la peine. Elle a un but de protection. **En fait elle prend la forme le plus souvent d'un internement à vie. Aussi les conditions posées sont très strictes (en 2002 : 56 mesures).**

**Depuis 2004 le législateur a permis que cette mesure soit prononcée durant l'exécution de la peine quand le comportement du condamné en détention le justifie et qu'il est à craindre qu'en fin de peine il commette d'autres crimes.**

En Allemagne l'exécution des peines est de la compétence des Länders (Etats fédérés).

**En Bavière, l'internement psychiatrique** est, par exemple, exécuté dans une clinique psychiatrique de l'Etat (gérée par le ministre de la santé et des affaires sociales), **qui dispose d'un secteur fermé**, destiné à l'exécution de ces mesures.

Pour les peines perpétuelles ou de longue durée, la Bavière a créé une clinique psychiatrique dans l'établissement pénitentiaire de Straubing ; la structure est autonome mais implantée dans l'enceinte de la prison pour prévenir plus aisément les évasions.

Dans les autres Länders, l'emprisonnement à titre de mesure de sureté est le plus souvent exécuté dans les établissements pénitentiaires (gérés par le ministère de la justice).

Tout détenu ou interné peut exercer un recours devant la Cour constitutionnelle fédérale s'il considère que ses droits fondamentaux ont été violés par un acte législatif, administratif ou judiciaire.

Dans un arrêt du 5.2.2004, la Cour a jugé que les mesures de sureté et d'éducation, qu'elles soient prononcées après le jugement et pendant l'exécution de la peine, n'étaient pas contraires à l'article I de la loi fondamentale et ce faisant a implicitement considéré qu'il n'y avait pas violation de l'article 5 de la CEDH.

## 2. ANGLETERRE et PAYS de GALLES

L'irresponsabilité pénale a été intégrée dans la législation dès la fin du 19ème siècle. Actuellement les règles applicables résultent de 4 textes :

- la loi de 1883 relative au jugement des aliénés,
- la loi de 1964 sur la procédure pénale applicable aux aliénés, qui a modifié la loi de 1883,
- la loi de 1983 sur les malades mentaux,
- la loi de 1991 sur l'incapacité des aliénés à plaider.

### ► L'irresponsabilité pour troubles mentaux pour les actes graves (relevant de la Crown Court)

Peut être reconnue à trois stades de la procédure :

**Avant le procès** : au vu du rapport de 2 médecins, le ministre de l'Intérieur peut ordonner qu'un accusé placé en détention préventive soit transféré dans un établissement psychiatrique. **S'il ne parvient pas à être soigné, l'intéressé échappe à tout jugement.**

**A l'ouverture du procès** : Lorsque l'accusé apparaît incapable de comprendre ce qui se passe, **un jury spécifique** tranche la question de sa capacité à participer au procès après avis de 2 médecins (dont un psychiatre). L'intéressé peut être déclaré **incapable de plaider et le procès n'a pas lieu.**

**Au cours du procès** : S'il apparaît au cours du procès que **le mis en cause avait perdu la raison** au moment des faits et qu'il ne peut donc être tenu pour responsable, le jury doit prononcer un verdict de « **non culpabilité pour aliénation mentale** ». **La charge de la preuve de l'aliénation mentale appartient à la défense.**

La définition juridique de l'aliénation mentale résulte de la jurisprudence. L'aliénation mentale doit répondre à trois critères :

- absence de discernement et non simple défaillance passagère,
- résultant d'une maladie mentale,
- et se traduisant soit par le fait que l'auteur ignore la nature et le sens de ses gestes soit par le fait qu'il ne se rend pas compte qu'il commet une infraction.

Ces critères considérés comme restrictifs empêchent de nombreuses déclarations d'irresponsabilité pénale ( moins de 10 verdicts de ce type chaque année). Plusieurs réformes ont été envisagées mais n'ont pas abouti. Toutefois la loi de 1957 relative à l'homicide prévoit que la qualification d'homicide involontaire ne peut être retenue contre une personne dont la

responsabilité mentale est gravement altérée à cause d'une anomalie psychique résultant d'une déficience innée ou acquise.

► **Les infractions les moins graves** sont jugées par des juges non professionnels, les « *magistrates* ». Ceux-ci prononcent une sanction pénale ou une autre mesure selon les circonstances. Ils n'ont pas l'obligation de prononcer un verdict de non culpabilité pour ordonner une mesure autre qu'une peine.

### ► **Les mesures appliquées**

- 1°) le **placement dans un établissement psychiatrique** (lorsqu'est encourue une peine de prison) doit être recommandé par 2 médecins. **Durée limitée sauf décision contraire de la Crown Court**, qui peut aussi poser des conditions particulières. L'application de ces conditions est contrôlée par le ministre de l'Intérieur. Une fois interné, le délinquant est soumis au régime des autres malades. Il peut faire **recours** contre son internement devant une des 3 **commissions régionales** (2 Angleterre, 1 Pays de Galles, composées d'un juriste, d'un psychiatre, d'une personne qualifiée) chargées du contrôle de l'application de la loi de 1983 sur les malades mentaux. L'assistance d'un avocat est possible avec octroi de l'aide juridictionnelle. Ces commissions, de nature administrative, exercent des fonctions juridictionnelles. Elles peuvent ordonner la sortie du malade.

- 2°) la mise sous tutelle des services sociaux,
- 3°) un traitement adapté,
- 4°) la mise en liberté pure et simple.

## **3. DANEMARK**

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux et permet au tribunal de prononcer des mesures de sureté destinées à empêcher la répétition des faits. Il le fait sur la base d'un rapport d'expertise.

### ► **L'irresponsabilité pour troubles mentaux :**

**L'article 16** du chapitre 3 **du code pénal** relatif à l'exclusion de responsabilité pour troubles mentaux prévoit : « *les personnes qui, au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés, à cause d'une maladie mentale ou parce qu'elles se trouvaient dans un état comparable (ex : intoxication médicamenteuse, jeûne prolongé ou troubles de la conscience), ne sont pas punies. Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes qui souffrent d'un important retard mental* ».

Toutefois les personnes qui, après avoir ingéré de l'alcool ou des produits euphorisants, se sont rendues psychiquement malades de façon temporaire ou se sont mises dans un état comparables peuvent être punies. En général l'irresponsabilité n'est pas retenue dans ces hypothèses.



En revanche les personnes souffrant d'un retard mental limité ne sont pas punies sauf si les circonstances le justifient.

**L'article 69** du même code dispose que le **tribunal peut s'abstenir de punir** les personnes qui ne sont pas visées par l'article 16 mais qui ont commis une infraction alors qu'elles se trouvaient dans un état passager **de déficience mentale ou de troubles psychiques**.

### ► **Les mesures appliquées.**

Le tribunal acquitte en général les délinquants visés à l'article 16. Mais il peut prononcer des mesures préventives : obligation de travailler dans un lieu donné, résidence surveillée, surveillance médicale, traitement ambulatoire, placement dans un établissement ouvert ou fermé. Il peut aussi prononcer ces mesures quand il applique l'article 69.

**Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2000, le code pénal limite la durée de ces mesures, sauf infraction très grave (homicide, viol, vol avec violence..), et que le délinquant constitue un danger potentiel.**

La durée des mesures est **de 5 ans** en cas de placement en établissement spécialisé et **de 3 ans** dans les autres cas (prolongation de 2 ans possible à demande du ministère public).

Quand la **durée est indéterminée**, l'application de la mesure est contrôlée au bout de 5 ans au plus tard, puis tous les 2 ans.

La révision de la mesure est possible à tout moment sur requête du ministère public qui peut agir à la demande du tuteur de l'intéressé, de l'intéressé ou de l'établissement d'accueil ; entre le 1<sup>er</sup> juillet 2000 et le 31 décembre 2001, 42 % des mesures étaient d'une durée illimitée et 84 % pour une durée maximale de 5 ans.

## **4. ESPAGNE**

Le code pénal exclut la culpabilité des personnes atteintes de troubles mentaux mais il permet au tribunal de prononcer des mesures de sûreté destinées à empêcher la répétition des infractions. C'est le juge qui se prononce sur la responsabilité sur la base d'un rapport établi par deux experts.

### ► **L'irresponsabilité pour troubles mentaux :**

**L'article 20 du CP prévoit l'irresponsabilité pénale de plusieurs catégories de personnes :**

- celles qu'une anomalie ou une altération mentale empêchent soit de comprendre le caractère illicite de leurs actes soit d'adapter leur conduite à leur compréhension,
- celles qui ont une conscience de la réalité gravement altérée à cause de troubles de la perception acquis dès l'enfance du fait soit d'anomalies mentales (arriération mentale,

psychoses, névroses, psychopathies) ou d'altérations mentales (états passagers comme chocs psychiques d'origine).

Les troubles mentaux passagers provoqués à dessein n'entraînent aucune exclusion de la responsabilité.

**L'article 21 du même code** relatif à la **responsabilité atténuée**, vise les personnes dont la conscience est altérée et non pas abolie. Ces délinquants sont punissables mais bénéficient d'une **réduction de peine automatique**.

### ► **Les mesures appliquées**

**En cas d'irresponsabilité le tribunal peut prononcer une mesure de sureté**, à condition que le délinquant ait commis un délit (et non une infraction moins grave qualifiée faute) et que les faits et la personnalité de l'intéressé rendent la réalisation de nouvelles infractions probable. La nature de la mesure dépend de la peine à laquelle il aurait été condamné s'il n'avait pas été jugé irresponsable (le placement en hôpital psychiatrique remplace la prison et l'obligation de soins les autres peines).

La **durée du placement** ne peut dépasser celle de la peine de prison à laquelle le délinquant aurait été condamné s'il n'avait été déclaré irresponsable. **Le tribunal doit déterminer la durée maximale du placement. L'obligation de soins ne peut être prononcée pour une durée supérieure à 5 ans.**

La mesure de sureté est motivée par la dangerosité du délinquant. Elle peut être rapportée, suspendue ou remplacée à tout moment sur proposition du JAP. Une fois par an celui-ci est obligé de formuler une proposition de maintien ou de modification de la mesure lorsqu'elle prive l'intéressé de sa liberté.

## **5. ITALIE**

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux mais prévoit leur placement dans l'un des six établissements pénitentiaires affectés au traitement des délinquants malades mentaux.

### ► **L'irresponsabilité pour troubles mentaux**

Dans son chapitre consacré à l'imputabilité, le code pénal exclut la responsabilité de plusieurs catégories de personnes :

**L'article 88** évoque les personnes qui au moment des faits, étaient, en raison de la maladie, mentalement incapables « *de comprendre ou de vouloir* » c'est-à-dire de se rendre compte du sens de leurs actes ou d'adopter des comportements dictés par des choix autonomes et responsables, et non pas par leurs instincts. De même les sourds-muets sont pénalement irresponsables lorsque leur handicap les met dans une telle situation.

**L'article 95** prévoit que les dispositions de l'article 88 peuvent s'appliquer aux infractions commises dans un état d'intoxication chronique, consécutive à l'ingestion d'alcool ou de produits stupéfiants (les fonctions psychiques et neurologiques sont profondément affectées).

Lorsque la maladie mentale réduit la compréhension ou la volonté, sans les abolir totalement, le délinquant est responsable mais sa peine peut être réduite.

**L'article 90** précise que les états émotifs ou passionnels n'entraînent ni irresponsabilité ni atténuation de la responsabilité.

### ► **Les mesures appliquées**

**L'article 222 du CP** prévoit que les personnes déclarées irresponsables sont acquittées et internées dans un centre psychiatrique spécialisé (il en existe 6), **quand la dangerosité est vérifiée** (condition ajoutée depuis un arrêt de la Cour constitutionnelle de 1982). Il s'agit d'une mesure de sureté. **Aussi, quand le délinquant malade mental n'est pas dangereux il est purement et simplement acquitté et ne fait l'objet d'aucune mesure de sureté.**

L'internement minimal est précisé par le texte :

- 10 ans pour les délits punissables de la réclusion à perpétuité,
- 5 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins 10 ans,
- 2 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins 2 ans.

## **6. LES PAYS-BAS**

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux qui ne peuvent faire l'objet que d'une mesure judiciaire.

### ► **L'irresponsabilité pour troubles mentaux**

**L'article 39 du CP** dispose que celui qui a commis un fait qui ne peut lui être imputé, soit à cause d'une déficience physique soit à cause d'une altération de ses facultés mentales due à la maladie, n'est pas punissable.

### ► **Les mesures applicables**

Le tribunal peut prononcer à l'égard d'un délinquant irresponsable une « mesure judiciaire » :

- **le placement en hôpital psychiatrique** :

Est prononcé quand le délinquant est **dangereux** pour lui-même ou la collectivité. Prononcé pour une **durée de 1 an** au vu d'un rapport de 2 experts dont un psychiatre qui le préconise.

A l'issue d'une année, l'internement peut être prolongé (loi de 1992 sur les hospitalisations psychiatriques) sur décision du juge à la demande du ministère public, à la double condition que les troubles constituent un danger et qu'ils ne puissent être pris en charge autrement que par l'internement.

- **la mise à disposition ( loi dite TBS ) :**

La personne doit constituer **un danger** pour la collectivité et doit avoir commis une des **infractions graves** limitativement énumérées par le CP (infractions entraînant une peine d'emprisonnement de 4 ans au moins).

La TBS est prise pour une **durée initiale de 2 ans** sur rapport d'évaluation d'une équipe pluridisciplinaire. Elle est **reconductible pour 1 ou 2 ans** à la demande du ministère public si la sécurité des personnes ou des biens l'exige. Une seconde reconduction est possible. En pratique la durée totale de la mesure est souvent de 5 ans. Depuis 1988 une nouvelle évaluation est conduite.

Les intéressés **sont placés et traités dans des établissements spécialisés** ou peuvent être contraints de suivre un traitement dans un hôpital spécialisé ou à domicile. Le malade est d'abord examiné à la clinique psychiatrique Pieter Baan d'Utrecht qui fournit au juge des indications nécessaires.

Les **établissements spécialisés publics ou privés sont sécurisés**. Les délinquants sont logés dans de petites unités et bénéficient d'activités éducatives, sportives et culturelles en vue de leur **resocialisation**. **Le traitement est planifié avec l'accord du malade** et ce dernier est sanctionné s'il ne respecte pas le protocole (placement dans un établissement plus strict par ex.).

La sortie est progressive par le biais de permissions de sortie. En fin de TBS le juge peut imposer certaines mesures : entretiens réguliers avec un psychiatre, logement dans une unité médicalisée, traitement médicamenteux ...

## **7. SUEDE**

Le code pénal ne fait pas des troubles mentaux une cause d'exclusion de la responsabilité pénale mais une circonstance atténuante. Cependant il écarte toute peine de prison à l'encontre d'un délinquant malade. Une révision de la législation est envisagée.

### **► L'irresponsabilité pour troubles mentaux**

Le code pénal de 1962, entré en vigueur en 1965, a supprimé la clause relative à l'irresponsabilité.

**L'article 3 figurant au chapitre 29 du CP** consacré à la graduation des sanctions et aux remises de peine énumère parmi les circonstances atténuantes « *le trouble mental, l'émotion ou toute autre cause ayant réduit la capacité de contrôler la conduite* » de l'accusé.

## ► Les mesures applicables

Les peines suivantes peuvent être prononcées à l'encontre des délinquants anormaux comme à l'encontre de tout autre :

- l'amende,
- le placement sous surveillance judiciaire.

### Pour les délinquants malades mentaux

- le placement en établissement psychiatrique au vu d'un rapport d'expertise. Le trouble mental doit être grave ainsi que l'infraction commise. **Quand il existe un risque de récidive**, le tribunal peut exiger que la sortie soit subordonnée à **l'accord du tribunal administratif**.

**Un projet de réforme est en cours visant à réintroduire le motif d'irresponsabilité pénale des malades mentaux** et de supprimer de la liste des peines le placement en hôpital psychiatrique, les soins pouvant être dispensés pendant l'exécution de la peine d'emprisonnement. A la suite de l'assassinat de la ministre des affaires étrangères en septembre 2003 un coordonnateur a été adjoint à la commission de réflexion qui doit proposer des modifications législatives.

## 8. Belgique

Jusqu'en 1890, les aliénés criminels échappaient au droit pénal belge. Ils étaient, le cas échéant, placés dans un asile jusqu'à guérison constatée (lois de 1850 et 1873). Cette décision s'apparentait à une mesure de sûreté. La loi du 15 avril 1890 a créé des établissements spécialisés intermédiaires entre la prison et l'asile pour les aliénés criminels.

**Puis la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1964 dite de défense sociale** à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et auteurs de certains délits sexuels **a introduit la notion d'internement à durée indéterminée** et a placé les internés sous le contrôle d'une commission de défense sociale. L'une des premières missions de ce texte est de protéger la société des récidives.

### Le placement en observation

Lorsqu'il existe des raisons d'estimer qu'un délinquant est, soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale, le rendant incapable de contrôler ses actions, les juridictions peuvent décerner un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation. L'ordonnance doit être confirmée dans les 5 jours par la chambre du Conseil. Elle est susceptible de recours.

La mise en observation s'exécute dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire. Elle est d'une durée **de 1 mois au plus renouvelable sans pouvoir dépasser une durée totale de 6 mois**.

## **L'internement**

Les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent ordonner l'internement des individus en état de démence, débilité ou déséquilibre mentaux.

Quand l'individu purge déjà sa peine, l'internement résulte d'une décision du ministre de la justice sur avis conforme de la commission de défense sociale. La décision d'internement est susceptible de recours. L'internement a lieu dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale. L'intéressé attend son orientation à l'annexe psychiatrique.

### **La Commission supérieure de défense sociale.**

Créée auprès de chaque annexe psychiatrique, elle désigne l'établissement où a lieu l'internement après avoir pris l'avis de médecins de son choix. Elle comprend un magistrat effectif ou honoraire de la Cour de cassation ou d'une cour d'appel, un avocat, et le médecin directeur du service anthropologie pénitentiaire. Des magistrats des parquets généraux lui sont attachés. Le mandat est de 6 ans.

La commission peut soit d'office, soit à la demande du procureur du roi, de l'interné et de son avocat, ordonner la remise en liberté définitive ou à l'essai lorsque l'état mental s'est amélioré et que les conditions de sa réadaptation sont réunies. Quand le ministère de la justice a pris la décision d'internement, il lui appartient de la lever après que la commission ait constaté l'amélioration de l'état mental. L'interné regagne l'établissement pénitentiaire. En cas de rejet une nouvelle demande peut être formée à l'expiration d'un délai de 6 mois. L'opposition du parquet a un effet suspensif. La décision de rejet peut être frappée d'appel.

S'il y a sortie à l'essai, l'interné est soumis à une tutelle médico-sociale (guidance ou traitement dans un service spécialisé -équivalent du SPIP- qui fait rapport à la commission chaque mois et doit l'informer si rupture de soins) et à un certain nombre d'obligations ou d'interdictions.

Si le libéré constitue un danger social ou ne respecte pas l'obligation, il est réintégré dans une annexe psychiatrique. L'avis du service est sollicité avant la sortie définitive.

### **La récidive :**

A l'expiration de sa peine, le récidiviste est « *mis à la disposition du gouvernement* » et placé sous la surveillance du ministère de la justice, durant une période de 10 à 20 ans selon la gravité de l'infraction. Le ministre peut :

- soit le laisser en liberté sous conditions (guidance, traitement avec rapport régulier du service),
- soit ordonner son internement si sa réintégration dans la société s'avère impossible ou si son comportement en liberté révèle un danger pour la société.

La décision est exécutoire immédiatement et susceptible d'appel. La chambre du Conseil doit statuer dans le mois.

A l'issue d'une année, puis chaque année suivante, l'interné peut demander sa remise en liberté au ministre de la justice qui doit statuer dans le mois par décision motivée.

### **Le Centre de recherche en défense sociale de Tournai (CRDS)**

Centre pilote en matière d'évaluation diagnostique (ensemble de la population de la Défense sociale) et du traitement de sujets délinquants ; rayonnement en Europe. Il est composé de : un directeur de recherche, un médecin directeur, 4 psychologues, une secrétaire. Ses travaux couvrent une panoplie de disciplines : psychiatrie légale, criminologie, psychologie criminelle, psychologie fondamentale. Il constitue une importante source d'informations concernant les tests psychologiques et neuropsychologiques. La base de données regroupe actuellement 36 tests. Il travaille en partenariat avec les milieux cliniques (prison de Tournai et de Luxembourg, SMPR de Loos en France, unité de psychopathologie de Tournai), est affilié à des organismes scientifiques internationaux, organise des formations, participe à des conférences et congrès scientifiques, s'implique dans des projets scientifiques ...

#### **Les axes de recherche :**

- 1) validation des procédures diagnostiques en psychiatrie et en psychopathologie auprès des populations délinquantes,
- 2) validation des échelles d'évaluation et de gestion du risque de dangerosité en criminologie clinique,
- 3) recherche de type expérimental auprès des différents sous groupes de sujets délinquants,
- 4) paramètres biologiques liés aux comportements violents.

## **9. CANADA**

Dans sa dernière révision datant de 1997, le code criminel (art.752 à 761) prévoit deux modes de prise en charge de la dangerosité criminologique :

► **La demande visant à faire déclarer un délinquant à contrôler (soit surveillance au sein de la collectivité, pour une période maximale de 10 ans).** L'intéressé est entendu par un juge après évaluation de :

- son état psychologique,
- son comportement,
- la possibilité de le contrôler dans la collectivité après période de détention sous la responsabilité fédérale.

#### **Conditions à réunir:**

- une peine minimale d'emprisonnement de 2 ans,
- un risque élevé de récidive (délinquance sexuelle),
- un risque maîtrisable au sein de la société.

**La déclaration** de délinquant à contrôler est formalisée par ordonnance de supervision à long terme (jusqu'à 10 ans) ; **l'intéressé peut rester en prison aussi longtemps que nécessaire.** Sa libération conditionnelle est impossible pendant 7 ans (en mai 2005, 336 délinquants ont été déclarés délinquants dangereux).

Si la demande est rejetée, le délinquant est condamné à une peine d'emprisonnement à durée déterminée.

► **La demande visant à faire déclarer un délinquant dangereux**

(En cas de rejet, elle peut être transformée en demande visant au contrôle). Auparavant évaluation :

- de l'état psychologique et psychiatrique de 60 jours,
- du comportement,
- de la dangerosité.

La requête est présentée par l'Etat (procureur de la Couronne). Le délinquant peut faire l'objet d'une peine d'emprisonnement à durée indéterminée.

**Conditions à réunir :**

- sévices graves à la personne peine encourue d'au moins 10 ans,
- risques graves pour la collectivité.

**Le dispositif d'urgence psycho-sociale-justice :**

Il a pour objectifs de prévenir la judiciarisation (l'incarcération), désamorcer la crise, orienter vers des ressources appropriées, médiation) et d'assurer un suivi psycho-social. Il s'adresse aux personnes isolées, instables, malades mentales ou toxico-dépendantes, et aux délinquants.

## 10. QUEBEC

Au Québec, la protection de la société est un objectif primordial de l'organisation du système de prise en charge des condamnés. Les établissements fédéraux sont classés selon le niveau de sécurité qu'ils assurent : ils sont classés en niveau maximum, médium, minimum, et en unités de santé mentale.

➔ **L'orientation**

Tous les condamnés à une peine égale ou supérieure à 2 ans font l'objet d'un passage au **centre régional de réception (CRR)** avant d'être affecté dans un établissement fédéral. Cet établissement, ouvert en 1970 est une réplique du CNO. La structure a pour mission d'observer les condamnés dans un délai d'une à deux semaines après qu'ils aient été jugés, de déterminer un programme d'exécution de peine et de les orienter vers un établissement pénitentiaire. Il dispose de 47 places et s'organise en sessions successives de 6 semaines. Les détenus les plus dangereux sont placés en zone sécurisée.

Chaque année 2 000 personnes sont orientées par le CRR. Un certain nombre d'évaluation se fait à partir de grilles et d'échelles élaborés en commun par les professionnels et des universitaires et nourrissent la recherche. D'autres, fondées sur l'entretien clinique, restent internes et servent à définir le profil du détenu afin de déterminer son affectation selon l'infraction<sup>1</sup>. Les condamnés

---

<sup>1</sup> Elles concernent par exemple les violences sexuelles et familiales, la toxicomanie, l'agressivité et la psychopathie.



qui acceptent de suivre une formation collective sur des sujets tels que : la toxicomanie, les violences, l'alcoolisme, les conduites suicidaires sont rémunérés et peuvent ultérieurement accéder à un poste de travail.

L'agent de libération, équivalent du conseiller d'insertion et de probation en France, réunit l'ensemble de ces observations et détermine, avec le détenu, le programme et l'affectation qui lui conviennent le mieux. La décision finale est toutefois prise collégialement<sup>2</sup>. L'adhésion du condamné au plan d'exécution de peine qui va se dérouler sur 5 ans, est systématiquement recherchée et privilégiée. A l'issue de la période le condamné change d'établissement pour y poursuivre sa peine selon un plan correctionnel prédéfini.

La spécificité du régime québécois est sa capacité à individualiser la peine, à organiser un régime progressif d'exécution. Le projet est porté par l'institution elle-même, qui définit les objectifs, les prestations et les conditions d'évaluation. La lisibilité est ainsi assurée pour tous.

L'intéressé est au centre du dispositif d'exécution de peine, il en est le principal acteur. Il a accès à tous les documents écrits le concernant, peut porter plainte et bénéficie de voies de recours. Ainsi, un même détenu pourra, au cours de l'exécution de sa peine, faire un passage dans tous les types d'établissements du plus sécuritaire au plus ouvert, en fonction de son évolution.

La pédagogie fondée sur l'accès du détenu à des activités multiples est servie par une grande souplesse de gestion de la détention. Cette adaptation du régime de détention au plus près des besoins du détenu est rendue possible par la parfaite connaissance qu'ont les personnels pénitentiaires québécois de la spécificité de chacun des établissements existants dans la province.

Le système canadien n'est toutefois pas sans poser de questions :

- le secret professionnel n'y a pas sa place ; tout ce qui est fait ou dit durant le séjour du détenu au centre d'observation peut être lu et utilisé par chacun des professionnels ; le condamné a pour sa part accès à toutes les pièces de son dossier et à tous les écrits qui le concernent,
- les délais très courts – au maximum 15 jours – qui s'écoulent entre la condamnation et l'accueil du détenu au CRR, insuffisants pour que le condamné puisse prendre du recul par rapport à la condamnation qu'il vient de subir,
- les techniques d'évaluation inspirées des théories comportementalistes et cognitives, en vogue dans les pays anglo-saxons, quoique intéressantes<sup>3</sup> restent critiquées par certains courants psychanalytiques et de psychologues en France, et mériteraient des adaptations si elles devaient y devenir une pratique habituelle.

### ➔ les dispositifs de prise en charge

Les condamnés remplissant les conditions pour bénéficier d'un aménagement de peine<sup>4</sup> sont dirigés vers des **maisons de transition**, petits établissements, plus ou moins sécurisés selon les

---

<sup>2</sup> Une personne de l'établissement, une personne extérieure à celui-ci et l'agent de libération.

<sup>3</sup> Notamment les échelles d'évaluation des risques de violence.

<sup>4</sup> Selon la nature de la peine aux 2/3 ou au 1/3 de celle-ci.

sites. Implantés en zone urbaine et axé sur la vie en collectivité et l'insertion. En cas d'échec du programme d'insertion, l'intéressé retourne en prison. Ces structures sont assez voisines des centres français de semi-liberté.

L'orientation des détenus vers tel ou tel établissement n'est pas déterminée par la durée de la peine mais par la dangerosité ou la capacité du sujet à intégrer un programme. Ce sont donc les résultats de l'évaluation conduite par le centre régional de réception et le programme qui décideront de l'affectation.

Par ailleurs, il existe des **unités de santé mentale** d'une capacité d'accueil de 45 détenus. Elles bénéficient d'un personnel pluridisciplinaire très étoffé. Les détenus qui y ont été pris en charge sont systématiquement suivis à leur sortie. Proches des SMPR existant en France, ces structures s'en différencient toutefois en ce que le consentement du condamné n'est pas requis pour que soient dispensés des soins.

Enfin, une autre structure originale et expérimentale existe au Québec : **l'institut Pinel**, sorte de laboratoire au sein duquel sont mis en œuvre des programmes d'insertion pour les délinquants sexuels qui ont donné leur consentement.<sup>5</sup>

---

**ANNEXE 10 : LES DISPOSITIFS D'OBSERVATION DE  
LA DANGEROSITE ET DE LA VIOLENCE**

## **Les dispositifs d'observation de la dangerosité et de la violence.**

### **1. Récapitulatif des sources de données existantes sur la dangerosité.**

Les données quantitatives existantes pour mesurer et décrire la violence subie par les professionnels de santé sont multiples :

- les statistiques des crimes et délits établies par la police nationale pour les circonscriptions urbaines et par la gendarmerie nationale pour les zones rurales,<sup>1</sup>
- les statistiques de prise en charge de victimes de la violence au travail qui peuvent concerner les professionnels de santé d'exercice libéral<sup>2</sup> ou les professionnels salariés<sup>3</sup>,
- le recueil automatisé de données concernant les risques professionnels<sup>4</sup>,
- la synthèse annuelle des données sociales hospitalières des établissements publics de santé qui résulte d'une sélection d'informations contenues dans les bilans sociaux d'un échantillon d'établissements qui varie selon les années,
- les données recensées au niveau des hôpitaux par les observatoires de la violence créés dans le cadre de la circulaire 15 décembre 2000 de la DHOS<sup>5</sup>, et celles centralisées par un observatoire national des violences depuis juillet 2005.

### **2. Les statistiques nationales de la CNAMTS et de la CNRACL**

• Au niveau de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) Les actes de violence entraînant l'interruption d'activité d'un salarié, liés à un accident de service<sup>6</sup> ou encore à un accident du travail<sup>7</sup>, font l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. Dans les statistiques consolidées de la CNAMTS existe un code spécifique permettant d'isoler les cas de violences subies au travail. Il est possible de montrer, en croisant les données concernant les accidents de travail<sup>8</sup> survenus suite à des violences subies avec le code « *rixes et agressions* », que les risques sont plus élevés pour le secteur santé (2,19 %) que pour l'ensemble du régime général (1,24 %)<sup>9</sup>. Mais

---

<sup>1</sup> Les critères d'enregistrement sont communs et identiques depuis 1972.

<sup>2</sup> Au titre du maintien de leurs revenus en cas d'arrêts de travail.

<sup>3</sup> Au titre de la législation sur les accidents de travail et accidents de service.

<sup>4</sup> Il s'agit d'une analyse statistique de l'invalidité à partir des accidents du travail, toutes causes confondues dont les coups.

<sup>5</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, circulaire DHOS/2000/609.

<sup>6</sup> Circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladies et accident du travail.

<sup>7</sup> Au sens de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> Année 1999.

<sup>9</sup> Rapport présenté par Georges Costargent et Michel Vernerey sur « *les violences subies par les professionnels de santé* » IGAS octobre 2001.

outre que les données portent sur des chiffres peu importants, il existe des biais dans cette analyse<sup>10</sup>.

Si on admet une probabilité plus forte pour les professionnels de santé de voir survenir un accident lié à la violence subie sur le lieu de travail, rien ne permet d'identifier qu'il soit imputable à un patient, les familles de patients, voire des bandes extérieures, pouvant être impliquées.

- Au niveau de la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

Les données analysées par la CNRACL portent sur les accidents de travail ayant entraîné une invalidité. Mais ces accidents prennent en compte tous les risques subis par les professionnels. Pour pouvoir utiliser ces informations pour les agents hospitaliers allocataires d'une pension d'invalidité, il faudrait étudier au cas par cas leur situation pour savoir s'ils ont été victimes d'un patient dit dangereux.

### **3. Les dispositifs d'observation de la violence hospitalière dans les hôpitaux**

Les observatoires locaux sur les violences hospitalières ont fleuri ces dernières années dans les établissements comme a pu le constater la mission.

**Le CHU de Lyon** a mis en place en 2003 un dispositif d'observation central, et par établissement.

La fiche de signalement d'un incident/accident est centrée spécifiquement sur la situation de violence. Quatre types d'agression sont recensés (agression verbale envers autrui dans laquelle on retrouve pêle-mêle l'agitation, les injures, les menaces..., les agressions physiques envers autrui, dont les gestes menaçants sans aucun passage à l'acte, les crachats, les coups et blessures sans arme, les coups et blessures avec armes, les menaces avec chien..., les agressions envers soi-même, et les agressions envers les objets ou les locaux).

#### **Le CHS du Vinatier à Lyon :**

Au Vinatier de Lyon<sup>11</sup>, l'identification des évènements indésirables porte sur 26 items dont 16 relèvent spécifiquement de l'analyse de la violence. Ils recouvrent aussi bien des actes à connotation sexuelle que des comportements d'agitation (30 % de la totalité des évènements indésirables recensés en 2004), que de la violence sous des formes multiples (violence liée à l'hospitalisation ou à son refus, violence multiple différenciée de violences physiques ou encore de menaces de mort...).

#### **Le CHU de Montpellier :**

Le CHU a mis au point une procédure élaborée<sup>12</sup> en fonction des risques encourus avec une définition des différents niveaux de gravité d'un évènement (vital mettant en péril immédiatement la sécurité des patients ou du personnel, critique qui suppose une analyse de

---

<sup>10</sup> Par exemple, seuls les agents non titulaires des EPS publics sont affiliés au régime général, alors que pour les autres, en matière d'accidents du travail, les hôpitaux sont le plus souvent leur propre assureur. Les informations les concernant n'apparaissent donc pas dans les données de la CNAMTS.

<sup>11</sup> Etablissement de santé chargé du traitement des maladies mentales sur Lyon et son environnement.

<sup>12</sup> Les fiches « évènements indésirables » sont informatisées et téléchargeables sur l'intranet du CHU.

fond débouchant sur des actions correctrices pour maintenir la qualité des soins et enfin non critique) ; chaque incident est ainsi codé en fonction de sa fréquence et de sa gravité. Selon sa criticité<sup>13</sup>, la défaillance relevée par les fiches événements fera l'objet soit d'une surveillance soit d'une étude plus approfondie. Les événements sont classés selon une typologie spécifique (protection des personnes/sécurité/malveillance/agression verbale ou physique/dégradation de locaux). Chacun des signalements fait l'objet d'une analyse par un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce comité de gestion des signalements au cas par cas les transmet à une personne susceptible de mettre en œuvre une action correctrice.

Dans certains cas, la prise de conscience de ces risques est très ancienne. C'est le cas **au CHS de Cadillac**. Les questions de sécurité des personnels dans l'exercice de leurs fonctions ont été abordées très tôt dans cet établissement. Dès 1997, les instances dirigeantes se sont interrogées sur les modes les plus appropriés pour que les personnels puissent faire face aux risques encourus.

Des groupes de travail ont été constitués (gestion de l'agressivité, commission de service des soins infirmiers, enquêtes à trois reprises sur la gestion des situations de crise et de violence nécessitant un appel à renfort, agencement et équipement des chambres d'isolement dont les conclusions ont conduit à la définition d'une chambre d'isolement type...). Un observatoire de la violence a été créé en 2003. Il s'est prononcé en particulier sur la constitution d'une équipe de prévention et de sécurité au sein de l'établissement. La gestion des risques a permis d'élaborer une fiche de signalement d'événements indésirables, et une procédure de son utilisation avec un double questionnaire « *qui est intéressé<sup>14</sup>, et qui fait quoi* ».

Les événements indésirables liés à des situations de violence sont examinés par les membres de la cellule qualité. Certaines situations donnent lieu à un traitement plus approfondi avec les responsables des services dans lesquels est survenu l'évènement.

**A Privas, au CHS Sainte-Marie**, un observatoire de la violence et de l'agressivité a été mis en place. Les phénomènes de violence sont de mieux en mieux connus, grâce à un travail de recensement et d'analyse des incidents accompli depuis 2000.

La fiche d'événements indésirables au CHS Sainte-Marie à Privas est très complexe. Elle comprend 43 items dont certains sont détaillés comme la nature de l'agression, les précisions concernant le patient (âge, antécédents d'hospitalisations, antécédents de violence, lien éventuel entre la victime et l'agresseur, mode de placement...), les informations sur la victime...

Ainsi, dans les unités d'hospitalisation de l'hôpital Sainte-Marie, 54 % des agressions ont eu lieu dans les espaces de vie en commun. Elles se concentrent en milieu de matinée et après le dîner ainsi que pendant les repas. 65 % des agressions visaient des personnels soignants, mais cette tendance résulte sans doute du mode de recueil de l'information (dépôt de fiches « *Incident* » par les seuls personnels soignants).

**Au CHGR de Rennes**, la mise en place d'un observatoire de la violence a été décidée lors d'une séance extraordinaire du C.H.S.C.T le 12 mars 2003. Six réunions en séance plénière

---

<sup>13</sup> C'est le produit de la gravité d'un événement par sa fréquence de survenue et sa détectabilité.

<sup>14</sup> Cela concerne toute personne ayant connaissance de l'évènement indésirable, la cellule qualité et gestion des risques, l'ensemble des services concernés par l'action correctrice.

ont eu lieu depuis son installation. Ses principaux travaux ont porté sur l'élaboration d'une fiche de signalement des événements indésirables et la mise à jour des fiches techniques.

La fiche de signalements indésirables utilisés au CHS guillaume Régnier à Rennes<sup>15</sup> se compose de six rubriques qui portent sur l'identité de la personne déclarante, les événements recensés et leur niveau de gravité ressentie ou supposée<sup>16</sup>, les personnes ou services touchés par cet événement, la date et l'heure de l'évènement, les conséquences de cet événement et les mesures prises. Une procédure de signalement a été définie. En particulier, y est distinguée la notion d'incident (il n'y a pas de dommage) à celle d'accident (le risque s'est réalisé et a causé un dommage).

Ces événements indésirables sont de nature très diverses. Ils touchent aussi bien l'hôtellerie, les locaux, les matériels, les risques infectieux que les comportements et relations. C'est au niveau de ce dernier item que sont détaillées les atteintes à la personne, aux biens et aux mœurs.

### **Le CH de Ville-Evrard :**

Les autres modèles de fiche événement se distinguent fondamentalement de ce modèle. S'il existe des similitudes formelles (nom du déclarant, date et lieu de l'évènement, personnels présents au moment des faits, description de l'évènement), l'utilisation de la fiche procède d'une autre philosophie.

La fiche prend en compte la situation de la victime sur le plan physique et psychique. Elle est un outil de travail pour les soignants (prise en compte de la pathologie du patient : psychopathie, schizophrénie, paranoïa...), analyse clinique du rapport à la violence de la personne concernée, quantification de l'intensité de l'agression dans une échelle de 1 (violence verbale) à 6 (violence extrême, acharnement, blessure, sévices). Elle conduit à une réflexion des personnels confrontés à l'évènement de violence à qui il est demandé de proposer des solutions concrètes pour y faire face.

## **4. L'observatoire national de la violence hospitalière mis en place par la DHOS**

### *➤ La définition d'une typologie des incidents*

Les événements sont classés par degré de gravité. Pour les atteintes aux personnes existent quatre niveaux. Le premier concerne les injures, les insultes, les provocations sans menaces, l'occupation des locaux, les provocations et les exhibitions sexuelles, le second porte sur les menaces de mort, le port d'armes, l'usage de substances illicites, le troisième retient comme données les violences volontaires, les menaces avec armes, et tout événement entraînant l'intervention des forces de l'ordre enfin le quatrième est lié aux faits les plus graves dont les violences avec armes par nature ou par destination et tous crimes (meurtres, viols, violences entraînant mutilation ou infirmité permanente et vol à main armée).

Il y a trois degrés de gravité pour les atteintes aux biens (niveau 1, vols sans effraction, dégradations de véhicules sur parking, dégradations légères, tags, graffitis ; niveau 2, vols avec effraction ; niveau 3, dégradations par incendie volontaire, dégradations commises en phase d'excitation, vols à main armée ou en réunion).

---

<sup>15</sup> Il s'agit du centre hospitalier spécialisé dans le traitement des maladies mentales de Rennes.

<sup>16</sup> Trois niveaux de gravité sont prévus.

➤ *Les objectifs de l'observatoire national*

L'observatoire de la violence a un double objectif. Il doit être un outil statistique qui permet dans le temps de situer l'impact des violences sur le fonctionnement des établissements. Il a également pour fonction de favoriser l'émergence de bonnes pratiques de sécurité en milieu hospitalier. Plusieurs pistes de réflexion sont en cours d'élaboration afin d'aider les hospitaliers. Il s'agit, selon les responsables de l'observatoire national, de désamorcer les situations de tension (éviter les attentes inutiles, communiquer à bon escient, rassurer les accompagnants), de déterminer des seuils de tolérance en fonction des sensibilités, des coutumes locales, et des publics concernés, d'encourager le dépôt de plainte en démystifiant la peur des représailles et en informant sur les conséquences pénales et civiles de la plainte, de connaître le cadre juridique des événements (flagrant délit, éléments constitutifs des délits), de renforcer la collaboration avec les services de sécurité, d'encourager la mise en œuvre de dispositifs de sécurité et de gérer l'accompagnement du personnel après une crise notamment par une meilleure prise en charge psychologique.

➤ *L'analyse des premières données*

L'observatoire national est au stade des premières analyses. Une première étude a permis de quantifier les remontées d'information en provenance des hôpitaux. 374 signalements ont ainsi été analysés d'août à octobre 2005.

58 % des événements recensés sont commis en secteur psychiatrique. Plus des trois quarts des actes de violence ont lieu le jour. 89 % des cas signalés correspondent à des atteintes aux personnes dont 63 % relèvent d'un niveau 3. Les atteintes aux biens ont un impact plus faible. 81 % relèvent d'un niveau 1 de gravité. Le délai de réception des signalements pour atteintes aux personnes est en moyenne de 10 jours, mais selon la gravité ce délai diminue alors que seulement 19 % des plaintes sont enregistrées quelle que soit l'atteinte.

Si le dispositif mis en place a le mérite de codifier les signalements selon des degrés de gravité, uniques pour tous les établissements, et de les traiter quasiment en temps réel, le risque est d'avoir une approche essentiellement sécuritaire de la violence.

Les responsables de l'observatoire en ont conscience. Pour eux, les approches de cette réalité sont triples. La première a des enjeux cliniques. Les problèmes de sécurité doivent être traités dans les unités médicales par le biais des conseils de services ou dans le cadre de réunions de synthèse. La deuxième composante de ce problème porte sur la gestion des flux à l'intérieur des établissements, corps médical et administration ayant alors une responsabilité partagée. Le troisième volet met en cause l'environnement de l'établissement qu'il s'agisse des forces de l'ordre ou des responsables de communes. Il suppose que des collaborations soient mises en œuvre avec l'ensemble de ces partenaires externes.



**ANNEXE 11 : LES COMPORTEMENTS  
« INDESIRABLES » DANS LES ETABLISSEMENTS  
VISITES PAR LA MISSION**

## **Les comportements « indésirables » dans les établissements de santé visités par la mission.**

### **CHS Sainte-Marie à Privas :**

A Privas, les agressions à l'hôpital demeurent relativement limitées<sup>1</sup> (39 au CHS Sainte-Marie pour la période 2000-2003, puis 37 en 2004, mais 39 pour le premier semestre 2005). Les phénomènes de violence sont de mieux en mieux connus<sup>2</sup>, grâce à un travail de recensement des incidents<sup>3</sup>, accompli depuis 2000.

### **CHGR de Rennes :**

Au CHGR de Rennes, les incidents indésirables font l'objet d'une comptabilisation depuis le mois de mars 2004. Sur un an, sur 148 déclarations, 114 sont relatives à la rubrique « comportements et relations » (77 % des déclarations), dont 102 pour des atteintes à la personne.

Les arrêts de travail liés au contact des soignants avec des patients agités ont fortement augmenté à partir de 1998, passant de 59 en 1997 à 97 en 1998, pour se stabiliser depuis 2001 (93 en 2001, 97 en 2004) avec une pointe en 2000 (129).

### **CHRU de Rennes :**

Au CHRU de Rennes, les agressions de patients, en forte progression entre 1999 (49) et 2001, diminuent au cours des trois dernières années (97 en 2002, 68 en 2003, 61 en 2004).

### **CHRU de Montpellier :**

Le nombre d'évènements indésirables au CHU de Montpellier augmente depuis trois ans. A la Colombière, établissement qui accueille des malades mentaux, ils sont passés de 49 en 2002 à 64 en 2004 sachant que les déclarations atteignent le chiffre de 54 pour les 7 premiers mois de 2005. Aux urgences du CHU, il y a eu 63 agressions déclarées en 2004 dont 12 pour atteintes physiques du personnel.

Pour autant, ces actes de violence n'ont pas un impact direct sur l'état de santé des soignants plus important aujourd'hui qu'il y a quelques années. A la Colombière, qui concentre 50 % de ces risques liés au contact avec des patients, 24 accidents du travail ont été déclarés à cette fin en 2004 alors que 30 l'avaient été en 2000.

---

<sup>1</sup> L'essentiel des observations recueillies concerne la rubrique « *agression physique ou verbale patient/personnel* ».

<sup>2</sup> Dans les unités d'hospitalisation de Sainte-Marie à Privas (PSPH en charge du traitement des maladies mentales), 54 % des agressions ont eu lieu dans les espaces de vie en commun. Elles se concentrent en milieu de matinée et après le dîner. 65 % des agressions visaient des personnels soignants mais cette tendance résulte en partie du mode de recueil de l'information (dépôts de fiches incidents par les seuls personnels soignants).

<sup>3</sup> Au CHS Sainte-Marie, les fiches « Incident » sont appelées « QPR », pour « Qualité Prévention des Risques ». Elles sont régulièrement examinées en comité d'établissement.

## **CHS de Cadillac :**

A Cadillac, qui comprend un CHS et une unité pour malades difficiles (UMD), les incidents indésirables ont été collationnés à partir de 2004. 789 fiches d'incident/accidents ont été traitées. 231 de ces fiches concernent directement le personnel (29,2 % des évènements indésirables).

Le nombre global d'accidents du travail, après être resté stable entre 1995 et 2002, a progressé au cours des cinq dernières années. Les bilans sociaux de 1995 et 2000 recensent respectivement 89 et 87 accidents du travail. En 2005, 131 accidents du travail sont répertoriés.

Si la répartition des accidents de travail par nature de risques prouve que le nombre d'agressions des personnels par des patients est en hausse (19 en 2000, 36 en 2004), l'impact de cette évolution, au regard de celle du total des accidents de travail recensés dans cet établissement quelles qu'en soient les causes, reste relatif (27 % des accidents du travail pour 2004).

## **CHS de Ville-Evrard.**

Dans une analyse des fiches d'évènements portant sur l'exercice 2002, les responsables de l'observatoire de la violence de la Ville-Evrard font trois constats :

- la violence apparaît dans le cadre d'un comportement interactif,
- plus la psychiatrie s'humanise moins les équipes tolèrent la violence,
- la poursuite sécuritaire du risque zéro est moins opérante que l'analyse des incidents effectuée de manière précise et détaillée.

Sur 98 fiches analysées au cours de l'année 2002, 48 ont fait l'objet d'un travail de réflexion pluridisciplinaire de qualité. Elles ont conduit à des propositions, tant en ce qui concerne les victimes de ces violences que leurs auteurs. Ce travail d'information partagée, de prise en charge de victimes, de compréhension des facteurs déclenchants de la violence des auteurs a permis de dégager un sentiment de confiance et de sécurité interne pour les personnels.

**ANNEXE 12 : DISPOSITIONS EN FAVEUR DE  
L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DU MALADE  
MENTAL**

## **Dispositions en faveur de l'accompagnement social du malade mental.**

- Le plan « *psychiatrie et santé mentale* » reconnaît les insuffisances actuelles dans le domaine de l'accompagnement social et engage des solutions d'accompagnement

La PPSM considère que l'offre sociale et médico-sociale « *manque, en nombre et qualité, pour apporter aux personnes handicapées en raison de troubles psychiques l'aide et l'accompagnement dont elles ont besoin, étant entendu que les équipes de psychiatrie continuent d'exercer auprès d'elles leurs missions de soins. De nombreuses personnes restent sans solutions, souvent à la charge de leurs familles....* ». D'où une palette de solutions diversifiées préconisées par le plan dont, par exemple, les appartements associatifs ou encore les modes d'accueil en établissements médico-sociaux spécialisés, les clubs.

Des objectifs cibles ont été fixés. Ils doivent conduire<sup>1</sup> au développement de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)<sup>2</sup> mais aussi à celui des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)<sup>3</sup>.

Ils ont également pour but de favoriser l'insertion des personnes psychiquement handicapées par l'accès à un logement adapté (logements individuels, logements regroupés gérés par des associations, foyers logements, maisons relais, pensions de famille...). Quand l'autonomie physique ou intellectuelle de ces personnes est dégradée, le plan prévoit une prise en charge au sein de structures adaptées qui puissent leur offrir un accompagnement quotidien et un suivi des soins en liaison avec les équipes de psychiatrie ou des praticiens d'exercice privé une prise en charge lourde pour les actes essentiels de la vie et pour une surveillance médicale et des soins constants (maisons d'accueil spécialisées).

L'un des enjeux de la réinsertion des malades mentaux porte sur les possibilités qui leur sont ouvertes de pouvoir travailler. Le plan prévoit le renforcement des dispositifs de travail protégés par le biais d'établissements et services d'aides par le travail ou encore dans des ateliers protégés.

---

<sup>1</sup> Ces groupes d'entraides mutuelles représentent une initiative heureuse aux yeux du président de la FHF et des présidents des conférences des présidents de CME et des directeurs d'hôpitaux.

<sup>2</sup> Ces services visent à permettre un accompagnement des personnes dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence et de leurs activités sociales, scolaires ou professionnelles.

<sup>3</sup> L'équipe des SAMSAH comprend des soignants ; les missions des SAMSAH s'ajoutent ainsi à ceux des SAV. Ils composent des lieux d'entraides mutuelles dispersés sur l'ensemble du territoire.

**ANNEXE 13 : L'ORIENTATION DES DETENUS**

## **L'orientation des détenus en France.**

### **Le centre national d'orientation (CNO).**

L'administration centrale (direction de l'administration pénitentiaire) dispose d'une compétence exclusive pour les affectations des détenus dans les maisons centrales ou quartiers de maison centrale (QMC) pour les condamnés :

- à une ou plusieurs peines dont la durée totale est supérieure ou égale à dix ans,
- à raison d'actes de terrorisme,
- inscrits au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS)<sup>1</sup>.

Dans ce cadre, la décision peut donner lieu à l'orientation du condamné au Centre National d'Observation (CNO)<sup>2</sup> afin d'élaborer un diagnostic sur sa personnalité, de mesurer ses capacités à construire un projet d'exécution de peine et d'envisager son accueil dans l'établissement le mieux adapté à son profil.

Le CNO peut également connaître de la situation du détenu à un moment charnière de l'exécution de sa peine notamment à l'occasion d'un éventuel changement de régime de détention ou d'un aménagement de peine.

Ainsi, il participe largement à la détection, au diagnostic et au choix de la prise en charge médicale des condamnés atteints de troubles mentaux qui représentent actuellement près de la moitié de la population qu'il accueille.

- Un parcours d'orientation très complet

L'accueil s'effectue par groupes de 30 à 35 personnes et pour une durée de 6 semaines<sup>3</sup>.

Durant le cycle d'observation, le condamné est soumis à un certain nombre d'examens<sup>4</sup> pluridisciplinaires approfondis<sup>5</sup> complétés par une observation de son comportement au quotidien. Ces examens permettent d'actualiser les expertises réalisées durant la procédure, et d'évaluer la dangerosité et de formuler un avis prédictif sur la trajectoire future du détenu, assorti

---

<sup>1</sup> Articles D.80 et suivants du CPP.

<sup>2</sup> Issu de la transformation, en 1985, du « centre de triage » de Fresnes, créé après la seconde guerre mondiale, le CNO est composé d'une équipe pluridisciplinaire recrutée, pour partie, parmi les personnels de surveillance volontaires, déjà en poste à la maison d'arrêt et choisis pour leur qualité de sérieux et d'écoute. Elle comprend actuellement un directeur des services pénitentiaires, un chef de service socio-éducatif, quatre premiers surveillants, 21 personnels de surveillance, trois travailleurs sociaux, un psychologue du travail, deux surveillantes orientatrices, cinq psychologues contractuels à mi-temps, trois psychiatres vacataires et un moniteur de sport.

<sup>3</sup> 9 cycles, concernant 289 détenus, ont été organisés en 2004.

<sup>4</sup> Entretiens socio-éducatifs, examen psychiatrique, bilan médical, tests psychotechniques et étude psychologique.

<sup>5</sup> Bilan médical, bilan psychotechnique, synthèse socio-éducative, le cas échéant examen psychiatrique...

de propositions concrètes. Ils donnent lieu à autant de synthèses et constituent le dossier d'observation<sup>6</sup> qui doit suivre le condamné dans chacun des établissements pénitentiaires d'affectation. Ce dossier pourra être utilement complété en cas de second passage au CNO.

Comme dans les autres établissements pénitentiaires<sup>7</sup>, les condamnés à de longues peines atteints de troubles mentaux sont de plus en plus nombreux au CNO. Aussi un certain nombre d'outils de repérages et de signalement a été mis en place afin de faciliter leur prise en charge durant leur séjour et dans les établissements d'affectation.

Les problèmes de santé mentale ou de dangerosité peuvent être repérés chez le condamné, dès l'arrivée au CNO, au vu des dossiers de détention, des différents signalements réalisés par l'administration centrale, du service médical à l'occasion de la visite de la première semaine (traitements médicamenteux de type « subutex » ou autre) ou encore des responsables de la détention lors de l'accueil collectif. Ils peuvent l'être ultérieurement dans le cadre des échanges du condamné avec l'équipe pluridisciplinaire.

**Lors de sa rencontre avec les surveillants orientateurs, l'intéressé est soumis à des tests psychotechniques** et participe à différents entretiens afin d'évaluer ses aptitudes scolaires, professionnelles et personnelles. Le psychologue du travail vérifie ensuite la cohérence du projet de formation, quand il existe, avec les résultats des tests, en suit le déroulement et établit le lien avec les différents intervenants.

**Sur le plan clinique, un second psychologue examine l'évolution psychique du détenu** depuis sa condamnation au moyen de tests de personnalité et de niveau. Au-delà de la dangerosité et de la gravité de l'infraction commise, le psychologue évalue les capacités de l'individu à assumer son acte et à se mobiliser pour bâtir un projet d'avenir.

**Enfin, une troisième phase, constituée d'un entretien avec le psychiatre est prévue** pour les détenus qui font l'objet d'une surveillance particulière (DPS)<sup>8</sup>, les jeunes adultes, ceux qui présentent une dangerosité effective, ceux qui sont condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité et enfin ceux qui ont commis des faits laissant présumer un état mental limite. Ce médecin, qui n'appartient pas au SMPR, a pour mission de décrire l'évolution du détenu depuis sa condamnation et de donner son avis sur la nécessité ou non, d'organiser un suivi psychologique ou psychiatrique dans l'établissement d'affectation. Il n'est pas chargé du suivi du détenu et ne peut lui administrer de traitement, cette responsabilité est laissée à l'équipe soignante du SMPR.

A l'issue de l'ensemble de ces examens, il revient au conseiller d'insertion et de probation d'établir une synthèse sur la biographie de l'intéressé, son environnement social et familial, son comportement en détention (incidents, isolement...) et de formuler des propositions d'actions à destination du futur établissement pour peine.

---

<sup>6</sup> Prévu à l'article D.76 du CPP.

<sup>7</sup> En 2004 sur 289 détenus passés au CNO, 70 ont fait l'objet d'un signalement psychiatrique nécessitant un suivi par un SMPR (tentatives de suicide, automutilation, grèves de la faim, agressions envers les personnels de détention).

<sup>8</sup> Détenus ayant des antécédents d'évasion ou un comportement nécessitant une surveillance particulière. En 2004 sur 289 détenus passés au CNO, 86 ont fait l'objet d'un signalement DPS.



La synthèse de ces examens et enquêtes et le travail d'observation quotidien conduit par les personnels de surveillance permettent ainsi d'établir un diagnostic complet sur la personnalité des détenus.

Il convient d'ajouter qu'à toutes les phases du processus d'observation, les détenus souffrant de troubles mentaux ou du comportement sont signalés à la fois au SMPR, qui va organiser leur prise en charge jusqu'au jour de l'affectation, aux personnels de surveillance, qui vont redoubler d'attention de jour comme de nuit, enfin aux personnels de la 2<sup>ème</sup> division de la maison d'arrêt de Fresnes qui accueille tous les détenus parvenus en fin de cycle.

La Commission<sup>9</sup> chargée d'affecter le condamné à l'établissement d'affectation le plus adapté à son profil se tient dans un délai d'environ un mois et demi. Elle prend en compte plusieurs critères dont la situation familiale, la motivation de formation, la dangerosité ou encore la nécessité d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Les détenus souffrant d'une pathologie mentale sont généralement dirigés soit, sur le centre pénitentiaire de Château Thierry, quand ils sont atteints d'une pathologie mentale sévère<sup>10</sup>, soit vers un établissement comportant un SMPR,<sup>11</sup> quand les troubles sont de moindre importance.

---

<sup>9</sup> Cette commission se tient à l'administration centrale et l'équipe du CNO y participe.

<sup>10</sup> Le centre pénitentiaire de Château-Thierry s'est spécialisé dans l'accueil des détenus souffrant de pathologies mentales avérées : psychose chronique stabilisée, schizophrénie, paranoïa, psychopathie, détenus dits « incuriques » c'est-à-dire sans aucune hygiène, suicidaires chroniques, états limites, disciplinaires pures, détenus en retrait etc...Le séjour de 6 à 9 mois est transitoire. Les soins consentis sont la règle. Les injonctions sous la contrainte sont rares et ordonnées par le médecin psychiatre. Ils ne sont exécutés que par des soignants qui agissent sous la protection de surveillants.

<sup>11</sup> Les SMPR sont au nombre de 26 et sont principalement implantés au sein d'une maison d'arrêt.

**ANNEXE 14 : ACTIVITES DES ETABLISSEMENTS  
PENITENCIERES ET DES HOPITAUX VISITES PAR LA  
MISSION**

## Activités des établissements pénitentiaires et des hôpitaux visités par la mission

### 1. Les établissements pénitentiaires

- à **Lyon**, lors du passage de la mission le 23 juin 2005, il y avait 834 détenus pour une capacité installée de 360 places,
- à **Privas**, le 27 juillet 2005, 69 personnes étaient incarcérées pour une capacité d'accueil de 63 places,
- à **la maison d'arrêt pour hommes de Rennes**, le 15 septembre 2005, on comptait 448 détenus pour une capacité de 331 places,
- à **Villeneuve-les-Maguelone**, le 27 septembre 2005, il y avait 711 détenus pour une capacité installée de 820 lits,
- à **Fresnes**, lors du passage de la mission le 4 octobre 2005, 1 600 personnes se trouvaient écrouées pour une capacité d'accueil de 1 200 places.

### 2. Les établissements de santé

➤ *L'augmentation de l'activité aux urgences et des files actives en psychiatrie*

L'hôpital Edouard Herriot, dépendant des hospices Civils de Lyon, prend en charge 120 000 patients par an<sup>1</sup>. Les délais d'attente peuvent être très longs. Même après avoir été accueillis, des patients restent parfois plusieurs heures sur des brancards dans les couloirs, attendant leur transfert dans un service d'hospitalisation. Lors de son passage tôt le matin, la mission a pu constater la présence de plusieurs malades ayant passé la nuit dans cette situation. Toutes les conditions sont donc réunies pour que des comportements violents se produisent : les patients et leurs familles sont dans une situation de stress ; ils ne comprennent pas toujours la logique des soins qui leur sont prodigués ; ils supportent mal les délais d'attente alors qu'ils sont dans un grand état d'inquiétude.

**Le Vinatier** possède un service d'accueil des urgences. Les files actives<sup>2</sup> des secteurs ont fortement augmenté (plus 55 % d'augmentation en moyenne) phénomène très comparable à celui constaté à Cadillac (5 091 en 1995, 7 624 en 2004, soit une progression de + 49,7 %). Le nombre d'admissions a continué d'y progresser. Sur 10 ans, il est passé de 2 573 en 1995 à 3 507 en 2004, soit plus de 36 % malgré le manque de disponibilité de lits.

De même, au CHGR de Rennes, la file active a presque doublé dans les quinze dernières années. Elle était de 11 958 en 1999 pour 20 995 en 2004. Les admissions en hospitalisation temps plein n'ont cessé également d'augmenter depuis 1990 passant de 4 180 entrées à cette date à successivement 4 931 en 1995, 5 509 en 2000 et 6 423 en 2004, soit une progression sur quinze ans de 40,8 %.

---

<sup>1</sup> Dont 5 000 urgences psychiatriques.

<sup>2</sup> La file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année dans un établissement, un service, une unité fonctionnelle.

La file active de **l'hôpital de La Colombière à Montpellier** a connu une progression de 6 % de 2000 (7 632) à 2004 (8 096), sachant que sur quinze ans cette hausse est spectaculaire (+ 148 %).

➤ *La croissance des hospitalisations sans le consentement des malades*

Les mesures d'hospitalisation sous contrainte ont presque doublé en 15 ans. Les mesures d'HDT et de HO représentent aujourd'hui une part plus importante des hospitalisations réalisées dans les services de psychiatrie. Selon les chiffres de la DGS, en 2001, le nombre des admissions en hospitalisation sans le consentement des malades représentait 13,1 % des hospitalisations en psychiatrie (11 % en 1992).

Une étude faite par le DIM du CH de Cadillac en Gironde révèle que la proportion des malades hospitalisés sans leur consentement dans l'établissement était de 14 %<sup>3</sup> en 1996, de 26 %<sup>4</sup> en 2002 et de près de 30 % en 2004<sup>5</sup>. Les données PMSI recueillies sur trois régions (Lorraine, Rhône Alpes, Aquitaine) en 2003 montrent que, sur 100 malades hospitalisés, 29 l'ont été sans leur consentement (21 en HDT)<sup>6</sup>.

➤ *L'évolution des diagnostics et leur impact dans le fonctionnement des services d'admissions*

Les diagnostics des personnes accueillies dans les secteurs d'admissions ont aussi changé, expliquant pour partie cette pression sur les unités d'admission. Ainsi, sur 10 ans, au CHS de Cadillac, le nombre de patients avec comme diagnostic la catégorie F3<sup>7</sup> (épisodes dépressifs, troubles maniaques et bi polaires, troubles dépressifs récurrents) a doublé, celui des patients présentant un trouble de la catégorie F4<sup>8</sup> (troubles anxyophobiques, réaction à un stress) a été multiplié par 2,2 et le nombre de patients diagnostiqués avec des troubles de la personnalité<sup>9</sup> a connu une progression encore plus forte (multiplié par 2,5). De nouvelles situations cliniques apparaissent quand des patients psychotiques sous l'effet de l'alcool et des produits stupéfiants deviennent incontrôlables. Selon, les témoignages recueillies par la mission, ces cas seraient de plus en plus fréquents.

---

<sup>3</sup> 273 patients hospitalisés sous contrainte sur un total de 1 924 patients hospitalisés.

<sup>4</sup> 544 patients hospitalisés sous contrainte pour 2 112 patients hospitalisés.

<sup>5</sup> 590 patients hospitalisés sous contrainte sur un total de 1 987 patients hospitalisés.

<sup>6</sup> Source rapport de L'IGAS et de L'IGSJ avril 2005.

<sup>7</sup> 28 % de la file active en 2004.

<sup>8</sup> 16 % de la file active.

<sup>9</sup> 15 % de la file active.

**ANNEXE 15 : LES MESURES DE SECURITE PRISES  
PAR LES ETABLISSEMENTS VISITES PAR LA  
MISSION**

## **Dispositions prises en faveur de la sécurité par les différentes institutions**

### **1. Dans les établissements de santé**

#### ➤ *Les frontières entre la responsabilité du directeur d'hôpital et celle du médecin*

Le directeur est responsable de l'ordre public dans son établissement. En charge de la gestion et de la conduite générale de l'hôpital (article L.6143.7 du CSP), il détient à ce titre le pouvoir de police à l'intérieur de l'établissement, ce qui lui impose de prendre les mesures internes afin d'assurer la sécurité des patients et des personnels. Le plan Vigipirate accentue ses obligations<sup>1</sup>.

La notion de sécurité a une acception très large puisqu'elle englobe l'administration des biens, la gestion des personnels et celle des usagers. Dans ce contexte, la responsabilité du directeur peut être engagée tant au plan disciplinaire que pénal.

Mais en même temps, le suivi et la surveillance médicale des patients hospitalisés sont du ressort du chef de service et des médecins avec l'appui des paramédicaux.

En matière de sécurité la frontière est difficile à tracer entre ces deux formes de responsabilité. Si la gestion des risques prend le pas sur la clinique, le développement de la surveillance peut conduire à un saupoudrage sécuritaire par le biais de mesures contraignantes qui s'avèrent au fil du temps insuffisantes, poussant à nouveau à imaginer de nouvelles contraintes afin d'être proche du risque zéro. Cette démarche ne prend pas en compte la complexité des phénomènes de violence. A l'inverse, l'absence de considération sur les risques encourus accroît aussi le sentiment d'insécurité des personnels. Le développement de la surveillance doit donc s'inscrire dans une démarche de connaissances des questions de sécurité en psychiatrie entre l'ensemble des partenaires.

#### ➤ *Les réponses apportées à la protection des personnels*

- Les équipements de sécurité et le recours à des formations spécialisées dans la prise en charge des violences se multiplient

Dans beaucoup d'établissements, ces dispositifs ont été mis en place par le biais d'une direction en charge de la gestion des risques (CHS du Vinatier, CHGR de Rennes, par exemple).

---

<sup>1</sup> La circulaire du 27 juillet 2004 décline des recommandations spécifiques comme par exemple, l'ouverture des sacs, des paquets, des bagages à main, des coffres de voitures, la fermeture systématique des portes et des issues à la fin des activités journalières ; elle impose que soient organisées des rondes de surveillance particulièrement dans les zones sensibles (parcs des établissements psychiatriques, par exemple), que soient rappelées les consignes de vigilance et de sécurité aux vigiles et gardiens.

Même avec des formes un peu différentes selon les sites, il apparaît que la démarche suivie au sein des établissements obéit à un certain nombre de principes communs : une permanence centralisée, des procédures spécifiques pour l'appel à renfort soit en interne soit vers les services de police, la mise en place d'équipes de sécurité ou de vigiles au niveau des urgences, des dispositifs de protection des travailleurs isolés, des formations à la prévention et à la gestion des comportements agressifs.

Dans de nombreux établissements, un poste de garde assure les contrôles visuels des entrées et des sorties. C'est le cas au Vinatier où il constitue un centre d'informations. Les agents peuvent le contacter en faisant le 15. Les personnels du poste de garde effectuent des rondes dans l'enceinte hospitalière. En cas de nécessité, ce service appelle le commissariat de police.

Qu'il s'agisse de Rennes ou du Vinatier, sous la responsabilité de la direction des soins, des cadres de santé assurent la régulation et la centralisation des moyens humains. A Rennes, le cadre de santé qui intervient sur le site principal de 17h30 à 6h30 a pour mission la sécurité de l'accueil des patients et la coordination des appels à renfort.

Le dispositif du Vinatier d'appel à renfort est assez complexe. Le bureau central infirmier reçoit les appels par l'utilisation d'un numéro spécifique le 14. A partir du moment où l'appel est reçu, la mobilisation s'effectue au moyen de bips portés par les infirmiers. Ceux qui sont touchés par le signal se dirigent immédiatement sur le lieu de l'équipe soignante à renforcer. Par ailleurs, une équipe technique de sécurité peut être jointe par le biais là aussi d'un numéro dédié, le 16.

Le dispositif d'alerte des travailleurs isolés qui est mis progressivement en place dans les sites visités par la mission facilite le déclenchement d'alerte pour les personnels isolés (la nuit par exemple) qui se sentent en danger.

La formation à la prévention et à la gestion des comportements agressifs, dont les intitulés peuvent varier selon les hôpitaux<sup>2</sup>, a un impact plus ou moins important selon les sites. Depuis 1993, 1 150 agents auraient été formés au CHU de Lyon. Au CHS du Vinatier la montée en charge a été rapide : 22 agents sont concernés en 2002, 100 en 2003, 124 en 2004 et 160 en 2005. Au CHS de Rennes 47 personnes ont eu une formation à la gestion à l'agressivité en 2004, ils devraient être 139 en 2005. A Montpellier 343 soignants ont suivi des actions de formation de ce type entre 2001 et 2004.

- Les lieux d'accueil des urgences qui reçoivent un nombre important de patients et d'usagers disposent de plus en plus de moyens de surveillance dissuasifs

Parfois, des établissements ont adopté des solutions différentes de celles décrites précédemment. Ils ont recours à la vidéo surveillance (CHU de Lyon par exemple) ou, dans certains cas, à des mesures encore plus dissuasives comme l'appel à des maîtres chiens. Le CHU de Montpellier en est un exemple.

---

<sup>2</sup> La formation au Vinatier présente des particularités originales. Initiée dans le cadre d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail, cette formation a été confiée à une équipe de formateurs canadiens. Les objectifs de la formation doivent permettre aux agents d'évaluer le potentiel de dangerosité d'une situation, de prévenir l'escalade des comportements agressifs, de désamorcer les situations explosives, de responsabiliser et de rassurer les patients.

Le service d'accueil des urgences (SAU) de cet établissement a été restructuré, en partie pour tenter de prévenir les passages à l'acte des patients comme des accompagnants. L'étage des urgences générales est séparé de celui des urgences psychiatriques (8 lits)<sup>3</sup>, et, au sein des urgences générales, les enfants sont accueillis dans un espace dédié. L'accueil, de même que certains couloirs et salles d'attente, sont équipés d'un dispositif de vidéo surveillance. Un vigile relevant d'une société privée est posté en permanence à l'accueil, et un maître chien se tient prêt à intervenir dans une pièce séparée, à l'abri des regards. Le chef de service a pour intention de continuer à améliorer l'accueil des accompagnants, souvent à l'origine d'agressions vis-à-vis du personnel soignant : la salle d'attente principale devrait être équipée d'écrans diffusant des messages d'explication, et des affiches rappelant la répression pénale des agressions seront apposées sur les murs.

- La création d'unités spécialisées fermées apparaît comme une des solutions fréquemment choisie par les établissements pour éviter les risques liés à la prise en charge de patients dangereux

Au CHS du Vinatier a été ouverte en 2005 une unité pour malades agités et perturbateurs. Ce service est décomposé en trois zones. Pour accéder à l'accueil, les patients et les familles doivent passer sous un détecteur de métaux. Chacune des zones a une organisation propre, le passage de l'une à l'autre s'effectue selon des procédures définies.

Une unité intersectorielle spécialisée, dite unité de soins intensifs (USI), a été ouverte en juin 2003<sup>4</sup> à Montpellier. D'une capacité de 15 lits (dont 2 chambres d'isolement), elle accueille les patients difficiles des sept secteurs de l'hôpital de la Colombière, les patients sous HO D.398 en provenance de la prison, et des patients sous HO dont l'irresponsabilité pénale a été reconnue (article 122-1 du CP). Sa capacité doit être portée à 20 lits après la reconstruction du site en 2008.

L'équipe de l'USI travaille en étroite collaboration avec le dispositif de soins psychiatriques (DSP) de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt : l'USI et le DSP sont gérés au sein du même secteur de Montpellier-Mèze. C'est la même équipe qui assure les consultations post-pénales prévues notamment par la loi du 17 juin 1998 (liberté conditionnelle, semi-liberté, suivi socio-judiciaire avec obligation de soins). Cette complémentarité permet une continuité dans la prise en charge des détenus, que ce soit à leur arrivée à l'USI, ou à leur retour à la maison d'arrêt.

➤ *Les crédits mobilisés dans le secteur de la santé pour des moyens à vocation sécuritaire sont importants*

Les crédits mobilisés dans les équipements de sécurité, la formation ou la création d'unités spécifiques, sont loin d'être négligeables. Ils pèsent fortement sur les budgets d'investissement et de fonctionnement des établissements.

Au CHS du Vinatier, le dispositif d'alerte des professionnels isolés revient à 201 000 € L'ouverture de l'unité pour malades agités et perturbateurs dans cet hôpital a été estimée à 700 000 € La mise en place d'une interconnexion phonique de tous les professionnels intervenants dans le domaine de la sécurité pèse sur la section d'investissement à hauteur de 70 000 €

---

<sup>3</sup> La création de l'unité d'urgence psychiatrique a eu un coût de 563 412 €

<sup>4</sup> Pour un coût de 160 165 €



Au CHU de Montpellier, les dépenses en matière de sécurité sont lourdes : 563 412 € pour l'unité des urgences psychiatriques, 160 165 € pour celle dite des soins intensifs, 99 530 € pour les liaisons phoniques, 525 536 € pour le fonctionnement de l'équipe d'intervention et de soutien sur le site... A Rennes au CHGR, le dispositif de protection des travailleurs isolés aura coûté 111 800 € alors que le projet d'une unité d'accueil et d'orientation est évalué à 2 550 000 €

S'y ajoutent dans tous les sites les coûts de formation aux techniques de prise en charge de l'agressivité.

## **2. Dans les juridictions.**

*Les 15 mesures du plan d'action portant sur l'organisation et la gestion de la sûreté (circulaire du 16 mars 2005) :*

- création d'une cellule de sûreté à la direction des services judiciaires,
- désignation de correspondants sûreté dans les cours et juridictions,
- création d'une formation spécifique générale et spécialisée,
- mise en place d'un site sûreté sur intranet Justice,
- élaboration d'un référentiel sûreté,
- constitution d'une base de données nationale et permanente des incidents,
- mise en place d'une fonction centrale permanente d'assistance à la gestion des incidents de sûreté,
- élaboration et diffusion de référentiels et de documents méthodologiques,
- évaluation opérationnelle du besoin de sûreté dans chaque site judiciaire,
- mise en place d'une comptabilité analytique propre à la fonction sûreté,
- programmation régionale et nationale des équipements et des moyens dédiés à la sûreté,
- recherche des mises à niveau réalisables rapidement en gestion courante,
- mise en place de dispositifs de soutien aux victimes d'actes de malveillance,
- instauration d'un débat systématique sur la sûreté dans le cadre des Comités Techniques Paritaires Locaux et des assemblées générales des juridictions,
- inscription d'un besoin d'action pour améliorer la sûreté au document unique d'évaluation des risques.

**ANNEXE 16 : LES CHAMBRES D'ISOLEMENT DANS  
LES ETABLISSEMENTS VISITES PAR LA MISSION**

## **Les chambres d'isolement dans les établissements visités par la mission.**

Certains établissements suivent un protocole de mise en chambre d'isolement (MCI), par exemple le **CHU de Montpellier**. Il y est déterminé dans chaque cas les motifs de la MCI (prévention d'une violence imminente, prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé du patient impose des soins, isolement intégré dans un programme thérapeutique rédigé existant, isolement à la demande du patient...). Des consignes de surveillance sont écrites. Elles sont ajustables. Le patient bénéficie d'au moins deux visites par jour. Le personnel soignant doit respecter diverses recommandations.

**Au CHGR de Rennes** existe dans plusieurs services un protocole inspiré de celui de l'ANDEM et revu par celui de l'ANAES. Certains services lui ont apporté des améliorations après l'avoir évalué. Son harmonisation au sein de l'établissement est en cours.

L'architecture des chambres d'isolement fait l'objet de réflexions organisées entre les soignants et la direction à chaque création ou rénovation. Compte tenu des pratiques différentes des équipes de soins, il n'existe pas de consensus pour une chambre d'isolement type. Certains privilégient la sécurité des soignants, d'autres celles des patients (risque suicidaire) ou encore recherchent en priorité le confort minimal.

Dans l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), nouvellement créée **au CHS du Vinatier** à Lyon, la zone sécuritaire comprend 3 chambres d'isolement et 3 chambres d'apaisement, ce qui montre sans doute le caractère à risques des chambres d'isolement qui ne sont pas toujours des lieux d'apaisement.

**ANNEXE 17 : HOSPITALISATION DES DETENUS  
PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX**

## **L'hospitalisation et le transport des détenus présentant des troubles mentaux.**

Le nombre des détenus hospitalisés sans leur consentement pour des troubles mentaux s'est fortement accru ces dernières années. Or, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas équipés de façon à prendre en charge de tels malades dans de bonnes conditions de sécurité, et les évasions ne sont pas rares.

Le personnel de santé redoute les dangers liés à ces détenus malades. Il est arrivé que le personnel d'un hôpital refuse même d'admettre un patient en hospitalisation d'office venant de la prison<sup>1</sup>, ou fasse jouer son droit de retrait.

### **1. Les futures modalités de prise en charge des détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie**

Le plan « *psychiatrie et santé mentale* » prévoit la création de 700 lits dans des unités d'hospitalisation et de soins aménagées (UHSA), permettant d'hospitaliser des détenus présentant des troubles mentaux, dans de bonnes conditions sanitaires et de sécurité. Ces 700 lits sont prévus pour 2010. Une première tranche devrait être réalisée en 2008. Elle a été récemment portée à 450 lits.

La création des UHSA va certainement résoudre le problème difficile de l'hospitalisation des détenus dans les centres hospitaliers psychiatriques. Cependant, se pose la question des trois ans à venir, et des mesures à prendre pour éviter autant que possible les incidents susceptibles de survenir en attendant les UHSA.

### **2. Les mesures à envisager, en attendant les UHSA**

#### *➤ Tenter de réduire les hospitalisations de détenus*

Certains détenus présentant des troubles mentaux, refusent des soins qui pourraient pourtant leur être dispensés en milieu carcéral. Ces malades sont alors hospitalisés au centre hospitalier psychiatrique le plus proche de leur lieu de détention. Il arrive que des hospitalisations aient parfois lieu en fin de semaine, pour quelques jours seulement. Le détenu, placé en chambre d'isolement pour limiter les possibilités d'évasion, finissant par préférer le "confort" de la prison, peut parfois réclamer rapidement son retour dans sa cellule.

Les médecins intervenant en prison répugnent parfois à contraindre des malades faisant déjà l'objet d'une peine privative de liberté. Cependant, dans certains cas, imposer des soins nécessaires serait souhaitable, tout en évitant une hospitalisation avec toutes ses difficultés.

Il conviendrait sans doute de travailler, avec les médecins intervenant en milieu carcéral, à la définition de modes opératoires qui, dans des indications à préciser, permettraient d'éviter certaines hospitalisations de détenus en psychiatrie. L'utilité de ces courtes hospitalisations,

---

<sup>1</sup> Cela s'est produit en 2005 au CH de Lannemezan.

parfois réduites à un week-end, est en effet discutable. De plus, les risques d'évasion ne sont pas négligeables, avec les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la sécurité des personnes.

➤ *Réformer la loi du 27 juin 1990, de manière à mettre en place une obligation de soins*

Aujourd'hui, l'emploi d'une mesure de contrainte pour soigner ne peut se concevoir que dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre hospitalier psychiatrique. Il conviendrait de dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin, en réformant la loi du 27 juin 1990<sup>2</sup>. L'exercice de la contrainte pourrait alors s'effectuer dans des conditions permettant le contrôle de l'autorité judiciaire<sup>3</sup>, et offrant au malade des droits de recours contre la décision de l'obliger à des soins.

➤ *Utiliser les chambres sécurisées dans les hôpitaux généraux*

Aujourd'hui, les détenus hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques sont placés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour. Ils se trouveraient dans de meilleures conditions de confort, et de sécurité, s'ils étaient admis dans les chambres sécurisées installées dans bon nombre d'hôpitaux généraux. Il conviendrait alors de réaliser leur prise en charge psychiatrique dans le cadre de la psychiatrie de liaison organisée dans l'établissement.

### **3. Les modalités d'hospitalisation (transport, escorte, garde)**

La prise en charge sanitaire des détenus a pour objectifs :

- de favoriser l'accès aux soins ;
- de leur dispenser des soins d'une qualité équivalente à celle des soins prodigués à la population générale ;
- d'assurer la continuité de ces soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

L'hospitalisation, quand elle est nécessaire, quelle soit librement consentie ou contrainte, doit être réalisée dans des conditions garantissant à la fois la qualité des soins et la sécurité.

#### **3.1. L'hospitalisation pour motif somatique**

Elle est régie par les articles D.391 et suivants du CPP et R.711-19-2 du CSP.

Lorsque **l'hospitalisation se fait en urgence ou qu'elle est de courte durée**<sup>4</sup>, le détenu est admis, sur décision du médecin du service et en concertation si possible avec le médecin de l'UCSA, dans l'établissement de santé, situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, désigné par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

**Lorsqu'elle est appelée à se prolonger** ou réclame la proximité d'un plateau technique très spécialisé, le transfert du détenu est organisé, si son état de santé le permet, vers une des

---

<sup>2</sup> Conformément aux préconisations du rapport de l'IGA, IGPN et IGN de 2004, et de celui de l'IGAS et IGSJ de 2005.

<sup>3</sup> Le Juge des libertés et de la détention.

<sup>4</sup> Hospitalisation inférieure ou égale à 48 heures.

unités hospitalières sécurisées inter régionales (UHSI) implantées dans des centres hospitaliers universitaires (CHU)<sup>5</sup>. Ces unités permettent à la fois de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationalisation des escortes et des gardes des personnes hospitalisées.

Durant leur séjour à l'hôpital, les détenus sont considérés comme continuant à subir leur peine, ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire<sup>6</sup>. Leurs relations avec l'extérieur restent régies par les règlements pénitentiaires.

- Le transport du détenu-malade et de sa garde durant l'hospitalisation en service somatique.

**L'article D.394 alinéa 1 du code de procédure pénale prévoit que lors de l'hospitalisation, le chef d'établissement avise, dans les meilleurs délais, le directeur de l'établissement de santé afin qu'il prenne toute disposition pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés<sup>7</sup>, de manière à ce que la garde soit assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.**

Il est en général satisfait à ces prescriptions par le placement du détenu-malade, durant son séjour, en chambre sécurisée<sup>8</sup>, sauf quand l'état de santé de ce dernier requiert son hospitalisation en service spécialisé. Toutefois, un certain nombre d'établissements hospitaliers ne disposant pas de chambres sécurisées, des détenus sont parfois hospitalisés dans les conditions de droit commun<sup>9</sup>. Ainsi, en est-il au CHS de Privas où les travaux de mise aux normes des chambres carcérales auraient été reportés, faute de financement.

**Ce texte précise également que le chef d'établissement donne à l'autorité préfectorale tous renseignements utiles pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, de façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet.**

**Au cours de ses déplacements, la mission a pu constater la pratique est en général conforme aux textes.**

Mais certaines difficultés peuvent subsister. Ainsi, à la maison d'arrêt de Rennes, la police a refusé d'assurer la garde statique des détenus contraignant l'administration pénitentiaire, à y

---

<sup>5</sup> L'arrêté ministériel du 24 août 2000 prévoit la création de huit UHSI, actuellement trois sont opérationnelles (Nancy, Lille et Lyon).

<sup>6</sup> Article D. 395 du code de procédure pénale.

<sup>7</sup> L'hospitalisation du détenu s'effectue dans une chambre réservée à cet effet dite « chambre sécurisée » dont l'aspect extérieur est banalisé. On y accède par un SAS qui sépare l'unité de soins de la chambre sécurisée (Confer cahier des charges annexé à la circulaire interministérielle du 17 mai 2001 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé).

<sup>8</sup> Circulaire du 17 mai 2001 relative à l'aménagement ou à la création des chambres sécurisées dans les établissements publics de santé et cahier des charges d'octobre 2004.

<sup>9</sup> Ainsi au 29 septembre 2004, 215 chambres sécurisées restaient à créer ou à mettre aux normes dans 108 établissements hospitaliers. Le nombre de chambres est déterminé en fonction de la capacité théorique de l'établissement de santé signataire du protocole soit : une chambre pour une capacité de 200 places, 2 à 3 chambres pour une capacité de 200 à 600 places et 3 à 5 chambres pour une capacité supérieure à 600 places. La liste des équipements de sécurisation à charge de l'administration pénitentiaire, figure dans une note établie le 20 décembre 2004 par le chef du département de l'état-major de sécurité, Direction de l'administration pénitentiaire.

pourvoir, malgré la clarté des textes. Cette situation ne serait pas isolée.

Afin de prévenir le renouvellement d'incidents à l'occasion des transferts de détenus dangereux, le directeur de l'administration pénitentiaire a, par note du 13 juillet 2004, rappelé aux directeurs régionaux l'impérieuse nécessité de communiquer aux chefs d'escorte toutes les informations utiles sur la personnalité des détenus extraits ou transférés, afin d'adapter les mesures de sécurité à leur dangerosité.

Par ailleurs, à la suite d'évasions survenues lors d'extractions médicales, les règles d'organisation des escortes pénitentiaires et les mesures de sécurité à prendre pendant le départ et avant le trajet lors d'extraction de détenus pour consultation médicale ont été rappelées par circulaire du 18 novembre 2004.

En fonction de la dangerosité du patient détenu, trois niveaux de surveillance ont été prévus lors des consultations médicales :

- 1 : hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte,
- 2 : sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire mais sans moyen de contrainte,
- 3 : surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyens de contrainte.

### **3.2. L'hospitalisation des détenus pour motifs psychiatriques**

Elle est réglementée par les articles L.3214-1 et suivants, L.3222-1 et R.711-19-1° du CSP et à l'article D.398 du CPP.

Elle est réalisée :

- au SMPR ;
- et en l'absence de consentement du détenu, sous le régime de l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité à recevoir des malades mentaux hospitalisés sous contrainte<sup>10</sup> ;
- quant aux malades « *présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, [ils] sont hospitalisés dans une unité pour malades difficiles* » (UMD)<sup>11</sup>.

**En l'absence de texte régissant les conditions de transfert et de garde de ce type de détenu, leur hospitalisation pose des problèmes spécifiques.**

#### **- Des modalités de transfert et de garde non réglementées.**

L'article D.398 alinéa 3 prévoit expressément que la règle, prévue à l'article D.394 alinéa 2 du code de procédure pénale, concernant la garde des détenus par un personnel de police ou de gendarmerie, durant l'hospitalisation, n'est pas applicable lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation pour motifs psychiatriques.

---

<sup>10</sup> En février 2003, le nombre de patients hospitalisés en SMPR s'élevait à 283 pour une capacité installée de 412 lits soit un taux d'occupation de 69 %.

<sup>11</sup> Les UMD, au nombre de 4, relèvent à la fois des dispositions générales de l'article D.398 du CPP, du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et de l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.



Toutefois, l'article L.3214-5 du CSP prévoit que les modalités de garde d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Or, à la date de rédaction du présent rapport ce décret n'est toujours pas intervenu.

Les difficultés qui en découlent pour les acteurs et s'étendent *a fortiori* aux modalités de reconduite d'un détenu-patient qui a fugué de l'hôpital psychiatrique se résolvent localement au cas par cas, souvent en fonction de la qualité des relations qu'entretiennent les directeurs d'établissements pénitentiaires et les responsables départementaux de la sécurité.

#### **- Des pratiques définies dans une note du ministère de la santé du 26 juillet 1999**

A l'occasion d'un incident intervenu lors du retour en milieu pénitentiaire d'un détenu, accueilli en Unité pour malades difficiles (UMD)<sup>12</sup>, la ministre de l'emploi et de la solidarité, a rappelé, dans une note du 26 juillet 1999, les règles de répartition des compétences entre l'autorité sanitaire et l'autorité préfectorale en matière de prise en charge des mouvements d'aller et retour de détenus entre les établissements pénitentiaires et les établissements sanitaires.

**Cette note précise qu'il appartient à l'établissement de santé, dès notification de l'arrêté d'hospitalisation d'office, d'aller chercher, sans délai, le patient détenu et que l'autorité préfectorale, peut, au vu des renseignements fournis, décider d'une escorte en application de l'article D.394 du CPP.**

**Qu'en revanche, le retour d'une personne détenue, à l'issue d'une levée d'hospitalisation d'office, ne relève pas de l'autorité sanitaire mais de la responsabilité du préfet qui organise, sans délai, le transfert dans les conditions prévues pour l'escorte, au second alinéa de l'article D.394 du CPP.**

Par ailleurs elle ajoute qu'en cas d'hospitalisation dans une UMD le transport à l'aller est toujours assuré par l'établissement de santé qui se charge aussi du retour dans un autre établissement de santé quand l'hospitalisation d'office n'est pas levée. Le transfert vers l'établissement pénitentiaire étant, par contre, organisé par l'autorité préfectorale dans les conditions prévues pour l'escorte, au second alinéa de l'article D.394 du CPP quand il y a levée de l'arrêté d'hospitalisation d'office.

#### **- Des pratiques que ne font pas consensus.**

---

<sup>12</sup> Les UMD ont vocation à prendre en charge les détenus dangereux mais leur nombre est insuffisant pour répondre aux besoins. Cette population est donc accueillie en hôpital psychiatrique.

La Fédération nationale des patients et ex-patients de la psychiatrie (FNAP-Psy), l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (UNAFAM), la Fédération hospitalière de France (FHF), l'Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM), la Conférence des présidents de CME de CHS, l'Association française des directeurs de soins (SAFDS), et l'Association des directeurs de soins en santé mentale, ont adressé, le 6 décembre 2005, un courrier au ministre de la santé pour attirer son attention sur l'absence de coopération et d'articulation entre les services sanitaires et pénitentiaires en ce qui concerne la sécurité des transferts de patients en provenance des établissements pénitentiaires et les modalités d'accueil de ces derniers au sein des établissements psychiatriques. Les rédacteurs appellent de leurs vœux, notamment, la mise en œuvre accélérée des UHSA et des mesures provisoires durant la période transitoire.

### ***Les médecins :***

- ne comprennent pas les raisons pour lesquelles la réglementation diffère selon la nature somatique ou psychiatrique des soins,
- estiment ne pas avoir le personnel suffisant et les compétences requises pour assurer le transport des détenus atteints de troubles mentaux vers l'hôpital, dans les conditions de sécurité adaptées à leur dangerosité ainsi que la garde pendant la durée de l'hospitalisation,
- s'estiment contraints, faute de locaux adaptés, de détourner à des fins sécuritaires les chambres de contention ou d'isolement ou encore de fermer les portes d'accès de l'unité psychiatrique. Ces procédés leur apparaissent contestables puisque ils contribuent, dans le premier cas, à pénaliser le détenu atteint de troubles mentaux, dans le second, ils portent atteinte au droit d'aller et venir des autres patients, notamment de ceux qui sont hospitalisés à leur demande,
- reprochent aux surveillants de ne pas suffisamment les tenir informés de la personnalité et du comportement en détention des détenus qu'ils leur confient.

### ***Les personnels des établissements pénitentiaires :***

- reprochent aux soignants de tarder à se rendre sur les lieux de crise pour y prendre à en charge les patients et de ne pas leur transmettre toutes les informations utiles notamment lorsqu'un malade sortant est porteur d'une arme, afin qu'ils puissent solliciter un renfort,
- indiquent rencontrer des difficultés pour obtenir, chaque fois que nécessaire, une escorte de la police.

### ***Les responsables de la sécurité :***

- rappellent qu'ils sont très souvent mobilisés par des missions d'ordre public qui revêtent un caractère prioritaire et qu'ils n'ont pas les effectifs suffisants pour satisfaire, sans délai et de façon imprévisible, à la constitution d'une escorte,

Afin de permettre une adaptation des mesures de surveillance à la personnalité du détenu accueilli en HO, l'administration pénitentiaire a, courant octobre 2005, mis en place une fiche de liaison type qui doit être systématiquement transmise par les directeurs d'établissements pénitentiaires aux soignants. Dans cette fiche, figurent notamment, le relevé des incidents mentionnés au dossier pénitentiaire, les antécédents connus dans de précédentes incarcérations, les évasions ou tentatives d'évasion, les événements méritant signalement, le comportement du patient en détention, son environnement relationnel.

### **- Une réglementation à compléter**

L'augmentation du nombre de détenus admis en HO donne une acuité particulière à la question de leur transport et de leur garde dans des établissements de santé qui ne sont pas préparés à cette réalité.

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)<sup>13</sup>, conçues pour assurer l'ensemble des hospitalisations psychiatriques des détenus atteints de pathologie mentales lourdes, dans des conditions de sécurité optimales, devraient résoudre, les difficultés existantes.

Programmées à l'horizon 2009, leur mise en place<sup>14</sup> a été avancée en 2008, plusieurs évasions de détenus hospitalisés d'office intervenues au cours de l'été 2005, ayant, mis en évidence la fragilité du dispositif actuel.

---

<sup>13</sup> Les UHSA ont été créées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ). Le plan santé mentale 2006-2008 fait état d'une mise en œuvre en 2009. Chaque UHSA comprendrait 3 unités de soins d'une vingtaine de lits chacune. Elles seraient positionnées dans un premier temps dans les zones de forte concentration de population (région parisienne, régions Nord et PACA).

<sup>14</sup> En l'état il est prévu la création de 17 UHSA pour une capacité totale de 700 lits. Soit pour la première tranche 9 UHSA de 40 à 60 lits chacune soit un total de 450 lits. Implantées en Ile-de-France, 120 lits (2 UHSA), région PACA 60 lits, Nord-Pas de Calais 60 lits, Dijon et Lyon 50 lits autres DRSP 40 lits chacune. Pour cette première tranche avait été prévue par la LOPJ 140 postes budgétaires pour 300 lits. L'augmentation à 450 lits nécessite une enveloppe budgétaire plus importante. Des postes de SPIP doivent aussi être envisagés dans les établissements pénitentiaires d'origine des hospitalisés en UHSA.

**ANNEXE 18 : LES MESURES EN FAVEUR DE LA  
FORMATION**

nécessaires, les populations spécifiques, des fiches types de soins pour l'éducation des patients et les différentes techniques de soins.

La DGS a signé fin 2004 un contrat d'études avec un prestataire extérieur<sup>2</sup> dont les enjeux portent sur une analyse approfondie de l'enquête de 2001 déjà citée, avec pour objectifs de dégager les conceptions qui sous-tendent l'organisation retenue dans l'organisation des études en santé mentale par les directeurs d'IFSI, de pointer les éléments qualitatifs et organisationnels favorisant l'orientation des étudiants en psychiatrie, et à partir de ces constats d'élaborer des orientations permettant d'appréhender l'ensemble du champ de santé mentale.

✓ Une réponse originale : Le tutorat dans les hôpitaux psychiatriques

Le PPSM prévoit l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés. Cette formation s'inscrit dans le cadre des actions de consolidation des savoirs en psychiatrie (confer *infra*). Le tutorat implique une durée minimale de formation des tuteurs et des moyens nouveaux alloués aux établissements pour compenser le temps consacré au tutorat.

La formation des tuteurs s'adresse à des infirmiers confirmés ou à des cadres de santé. Il s'agit pour les agents formés d'être en capacité de formaliser les bonnes pratiques de soins, de les transmettre, et d'organiser concrètement l'accompagnement des jeunes infirmiers dans les services.

Le tuteur doit accueillir les nouveaux arrivants, les accompagner, analyser avec eux les situations cliniques rencontrées dans le service, en étant disponible à leurs questions.

25,1 M€ sont affectés chaque année sur la durée du plan à l'ensemble du dispositif de renforcement des compétences en psychiatrie des jeunes infirmiers. Ils seront répartis dans les régions selon des critères quantitatifs (nombre d'infirmiers exerçant leur métier en psychiatrie) et qualitatifs (données démographiques).

➤ Au niveau de la formation des médecins

Le ministère de la santé a proposé au ministère de l'éducation nationale une révision prioritaire de la maquette de formation qui passerait de 4 ans à 5 ans. Elle comprendrait un semestre optionnel de stage hors filière. Le ministère a également souhaité la création de deux DESC de niveau 1, l'un sur la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, l'autre sur les activités médico-légales (expertises, patients sous main de justice).

## **2. Dans le secteur de la justice.**

• *Les magistrats :*

Parmi les grands corps de l'Etat, les magistrats se distinguent par leur fort taux de participation à des actions de formation, à telle enseigne qu'au titre de l'année 2006, quatre mille<sup>3</sup>, soit 55 % des effectifs<sup>4</sup>, sont inscrits à des sessions de formation continue.

---

<sup>2</sup> Catalys conseil.

<sup>3</sup> Source : sous-direction de la formation continue à l'ENM.

<sup>4</sup> Le nombre total des magistrats en exercice s'élevait, suivant circulaire du 30 avril 2005, à 7 333.

Il est vrai que dans sa démarche de formation, tant initiale que continue, l'Ecole Nationale de la Magistrature a toujours souhaité permettre aux magistrats, juristes de formation, d'accéder à d'autres disciplines, d'échanger sur leurs pratiques, d'engager une réflexion, notamment avec des partenaires d'autres institutions, sur les grands problèmes contemporains et notamment en matière criminologique.

La question de la dangerosité est abordée par une approche pluridisciplinaire et sous des angles distincts dans plusieurs sessions reconduites d'année en année et dont certaines ont été initiées depuis près de 20 ans<sup>5</sup>.

Ainsi en 2005, pas moins de huit sessions ou ateliers de formation<sup>6</sup> ont traité, avec des intervenants de très haut niveau, de cette problématique sous des axes complémentaires « *évaluation, gestion, prise en charge* ». Au-delà de la réflexion engagée entre acteurs de l'institution judiciaire (magistrats, responsables de l'administration pénitentiaire), ces actions, parfois ouvertes à d'autres publics, ont permis un regard croisé avec les responsables d'autres institutions (notamment de la santé et du ministère de l'intérieur) dans un souci de coordination et d'amélioration des pratiques.

A titre d'exemple, au cours des journées de formation<sup>7</sup> consacrées au thème « *psychiatrie et justice pénale* », ont été notamment évoqués : le secteur de psychiatrie, les défis et problèmes de la psychiatrie publique, la psychiatrie et les urgences, la classification actuelle des maladies mentales, l'intervention des psychiatres en détention, l'expertise et son devenir, l'irresponsabilité pénale et le devenir des détenus malades mentaux, les articulations Santé - Justice. Autre exemple, la formation intitulée « *la crise en établissement pénitentiaire* », proposée par l'ENAP (Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire) et co-organisée avec le ministère de l'intérieur, s'adresse à des directeurs de l'administration pénitentiaire, des membres du corps préfectoral et des magistrats du parquet.

A ces sessions doivent s'ajouter, courant 2006, plusieurs autres consacrées à la psychiatrie criminelle ainsi qu'une formation ayant pour titre « *la dangerosité des condamnés, exécution et aménagements des peines* », mise en place en collaboration avec l'ENAP, à destination des juges de l'application des peines, des cadres de détention et des personnels des SPIP. Est notamment prévues à cette occasion l'intervention de psychosociologues, de psychologues et de psychiatres.

S'il n'est pas opportun de prévoir au stade de la formation initiale, un module spécifique à l'approche et à la prise en charge des « *patients dangereux* », dès lors que toutes les fonctions n'impliquent pas un contact direct avec les justiciables et que le choix de fonction s'opère à l'issue de la scolarité, il semble néanmoins souhaitable de sensibiliser les auditeurs de justice sur cette problématique. Quant à la formation continue, il convient de relever qu'elle prend largement en compte cette problématique soit par le biais de sessions destinées à préparer les magistrats à exercer de nouvelles fonctions soit par d'autres offres.

---

<sup>5</sup> La formation « *psychiatrie et justice* » date de 1988, elle a été restreinte au domaine pénal en 2000.

<sup>6</sup> Ces sessions ont eu pour thèmes : « *Psychiatrie et justice pénale* », « *Psychiatrie criminelle et comportement violents* », « *Crimes de sang et crimes de sexe* », « *Le magistrat face aux situations de violence* », « *l'approche systémique* », « *La gestion des situations de crise en établissements pénitentiaires* », « *la responsabilité des médecins* », « *la sûreté* ».

<sup>7</sup> Ouverte à des magistrats mais aussi à des personnels de l'ENAP, de l'ENPS-Santé et de la police nationale.

## **Les mesures en faveur de la formation.**

### **1. Dans le secteur de la santé**

Les enjeux de la formation sont définis dans le plan « *psychiatrie et santé mentale* » (PPSM). Il s'agit de renforcer de manière significative la formation initiale et continue, en tenant compte des nouvelles demandes, de la diversification des missions, du travail en réseau, de l'évolution de la démographie médicale et de l'implication croissante des usagers dans le système de soins<sup>1</sup>.

Plusieurs objectifs sous-tendent cette politique (décloisonnement des circuits de prise en charge des patients, amélioration de la qualité pédagogique des formations initiales des IFSI).

Des mesures spécifiques ont été arrêtées concernant la formation initiale des personnels non médicaux (travailleurs sociaux, psychologues [proposition d'un Master de psychologie clinique et thérapeutique, par exemple], infirmiers [5 modules spécifiques d'enseignement théorique de psychiatrie obligatoire d'un total de 440 heures et 2 modules optionnels d'approfondissement de 80 heures]).

Par ailleurs, le ministère s'est engagé à établir un bilan national de l'application de ces orientations et de la qualité des contenus pédagogiques en psychiatrie et en santé mentale de la formation initiale. Il a également lancé une concertation sur les conditions d'accréditation des IFSI.

Le souhait du ministère de la santé est d'homogénéiser les programmes de formation des IDE en proposant de réorganiser les modules de santé publique/sciences humaines/psychiatrie au cours des trois années d'enseignements, afin de fidéliser les étudiants au domaine de la psychiatrie et de la santé mentale et de rendre plus attractive cette discipline médicale au moment du choix de l'orientation professionnelle.

Un groupe de travail a été installé en juin 2002. Ce groupe a été mandaté pour déterminer des pré-requis nécessaires à un exercice infirmier en psychiatrie, afin d'en faciliter l'adaptation pour un professionnel prenant son poste.

Il y a donc eu une double réflexion portant sur la formation proprement dite des étudiants, mais aussi sur les consolidations des savoirs en psychiatrie.

Le plan « *psychiatrie et santé mentale* » 2005-2008 identifie comme une priorité de renforcer la formation initiale et continue et de favoriser l'évolution des métiers.

Un projet de la DGS décrit les contenus du programme de consolidation des savoirs et des pratiques pour l'exercice infirmier. Cette formation dispensée en alternance de l'activité professionnelle, lors de la première année de formation, comprendrait quatre modules qui concerneraient l'expression des attentes des professionnels en sciences humaines et santé publique, la formation à l'accueil et, dans ce cadre, les formes de relation et les outils de soins

---

<sup>1</sup> Le rapport final du groupe de travail DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale : « *recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* », ainsi que le rapport des docteurs Cléry-Melin, Pascal et le Professeur Kovess sur la psychiatrie et la santé mentale recommandent un lien très fort entre la formation continue et la pratique professionnelle.

\* Les échanges de pratiques entre magistrats : l'Ecole Nationale de la Magistrature a depuis de nombreuses années mis en place des sessions fonctionnelles<sup>8</sup> de formation permettant aux magistrats qui le souhaitent d'approfondir leur réflexion et d'échanger sur la pratique des fonctions qu'ils exercent. Ces sessions ont pour objectif de confronter les expériences vécues dans l'exercice du métier, de recenser les difficultés rencontrées, de rechercher des éléments de solution et de faire le point sur l'évolution législative et jurisprudentielle.

De plus, afin de resserrer les liens entre juridictions, l'ENM a ouvert sur son intranet des espaces fonctionnels virtuels<sup>9</sup>, de documentation mais aussi de réflexion, de dialogue et d'échanges autour des pratiques professionnelles.

Chaque espace propose trois services :

- une liste de discussion, destinée à faciliter le dialogue entre praticiens et à mutualiser les solutions adoptées localement ; en créant une dynamique autour des pratiques judiciaires, elle favorise le travail en équipe, le partage des expériences et leur capitalisation ;
- une rubrique documentation, qui regroupe les textes législatifs, les coordonnées des différents services utiles, des notes et modèles élaborés par certaines juridictions ;
- une foire aux questions, qui, quant à elle, synthétise périodiquement sous forme anonyme les questions les plus fréquemment posées sur la liste de discussion ainsi que les réponses et les solutions les plus fréquemment apportées.

Parmi les magistrats rencontrés, certains juges de l'application des peines ont souligné l'intérêt des tels échanges. Toutefois, les entretiens conduits par la mission ont permis d'observer que des magistrats, exerçant notamment des fonctions spécialisées, n'avaient pas encore acquis le réflexe de l'utilisation des NTIC<sup>10</sup> pour échanger sur leurs pratiques professionnelles. Cependant, il convient d'ajouter que dans les juridictions de taille importante comportant plusieurs juges de l'application des peines, comme à Montpellier, les magistrats se réunissent régulièrement pour se concerter sur leurs pratiques professionnelles.

- *Les cadres et personnels de l'administration pénitentiaire :*

Tous les programmes de formation initiale ou d'adaptation des personnels pénitentiaires comportent des enseignements théoriques et pratiques, relatifs à la gestion du stress et des situations de crise. Dispensées à l'ENAP selon des modalités pédagogiques similaires, leur contenu et leur durée varient suivant les fonctions auxquelles se destinent les élèves.

Outre des modules spécifiques de formation sur la gestion de la crise et celle du stress ainsi que la violence en prison, les futurs directeurs d'établissements bénéficient d'un apport théorique<sup>11</sup> complété par une approche pratique sur certaines thématiques telles que la psychopathologie et la psychiatrie criminelle, les agressions sexuelles, les phénomènes de

---

<sup>8</sup> Ces formations concernent les pratiques de toutes les fonctions (enfants, parquet, instruction, instance, siège TGI, instruction, application des peines).

<sup>9</sup> Accessibles via le RPVJ (réseau privé virtuel Justice).

<sup>10</sup> Nouvelles techniques informatiques de communication.

<sup>11</sup> D'une durée totale de 72 heures.



déviance et de violence, la prévention de la crise suicidaire qui est complété. Ils suivent également un entraînement à la self défense et aux techniques d'intervention.

Les chefs de services pénitentiaires et les premiers surveillants sont également formés à la psychiatrie criminelle, la violence en prison, la prévention du suicide ainsi qu'à la gestion du stress et des situations d'urgence. Quant aux surveillants, ils sont sensibilisés à la découverte des psychopathologies, la prévention des trafics et du caïdat et celle du suicide. Outre les modules dédiés à la gestion du stress, aux techniques d'intervention, de self défense, ils sont aussi formés au secourisme.

La formation continue offerte par l'ENAP permet aux personnels d'approfondir et d'actualiser leurs connaissances dans ces différents domaines. Ainsi le catalogue de l'année 2005 proposait des sessions relatives à la psychiatrie criminelle, au suicide en prison à la gestion des crises en établissement pénitentiaire, à la prise en charge des détenus dangereux et au contrôle de soi dans le cadre du traitement du conflit. Ces thèmes peuvent également, suivant la demande, faire l'objet de sessions régionales. Enfin, il convient de signaler que de nombreuses unités régionales de formations ont mis en place des actions sur le thème de la cohésion des équipes afin notamment d'aider les personnels à surmonter les situations traumatisantes.

**ANNEXE 19 : LE DISPOSITIF D'INTERVENTION A  
DOMICILE ERIC**

## **1. Les raisons d'une prise en charge organisée des urgences psychiatriques**

Les urgences à l'hôpital général peuvent être considérées comme un réseau de première ligne en contact direct avec la cité. La forte progression du nombre de passages au cours des dernières années en témoigne.

La politique de secteur a été conçue dans une logique communautaire et territoriale avec des enjeux précis : offrir de nouvelles formes de prises en charge autres que celle de l'hospitalisation. Cette politique initiée au début des années 1960 a eu un impact fort (croissance des files actives, diminution du nombre de lits au profit des alternatives à l'hospitalisation (prise en charge à temps partiel dans des hôpitaux de jours, des CCATP ou tentative de réinsertion du patient, CAT...).

Les urgences de l'hôpital général sont devenues des lieux de tri et d'orientation, la dimension de crise de l'urgence psychiatrique ne faisant pas partie de la logique médicale en somatique. Le dispositif de secteur a privilégié le bon fonctionnement de ses propres structures (activité programmée des CMP, contact plus limité au niveau des populations (la baisse du nombre d'interventions à domicile l'atteste), et non à s'intéresser aux lieux directs de l'urgence (le domicile voire la voie publique ni aux acteurs confrontés à cette urgence (médecins, généralistes, familles).

Beaucoup de psychiatres étaient d'autant plus confortés dans cette position qu'ils considéraient que l'urgence psychiatrique n'avait de sens que si le patient exprimait sa volonté de se soigner. Ne pas intervenir directement dans ces conditions pour une demande de soins effectuée par un tiers au moment de la crise (famille, services sociaux, police ...) sauvegardait les chances du patient à être traité par la suite de manière efficace.

Pour certains soignants, également, la question de l'urgence psychiatrique était liée à celle du contrôle social et du rôle que les institutions ( police, travailleurs sociaux, justice) voulaient leur faire jouer dans ce domaine.

L'urgence psychiatrique pose ainsi une double question : l'intervention psychiatrique précoce risque-t-elle de psychiatriser indûment la situation du patient ? ou, au contraire, si elle s'organise dès le moment de la crise, si elle est brève et intensive, évite-t-elle l'hospitalisation effectuée souvent dans des conditions difficiles sans le consentement du patient ?

Sans position affirmée, il n'est pas étonnant de constater des disparités fortes dans l'organisation actuelle des urgences psychiatriques. Tous les modèles sont possibles : le secteur psychiatrique n'a pas de dispositif de prise en charge de l'urgence, ou à l'inverse il a mis en place un centre d'accueil et de crise qui fonctionne 24h/24, ou encore le CMP, pivot du système, travaille de manière programmée voire intervient en urgence à la demande mais pour les seuls patients connus du secteur.

Lorsque la prise en charge d'un patient en urgence psychiatrique s'effectue à l'hôpital général, les solutions adoptées sont également très diverses et aussi parfois divergentes : un psychiatre à la vacation assure une présence sporadique au service des urgences, l'unité de soins psychiatriques est parfaitement identifiée au sein du service des urgences avec des moyens spécifiques (lits porte de court séjour ou de crise, personnels spécifiques de médecins psychiatres et d'infirmiers).

Reste que le flou dans lequel s'organisent les prises en charge de l'urgence psychiatrique est difficilement concevable de manière durable : la demande explose, les familles ne comprennent pas qu'elles soient souvent seules à gérer des situations difficiles qu'elles ne peuvent maîtriser, les services de sécurité sont confrontés à des personnes qui peuvent présenter des troubles psychiatriques sur la voie publique ou à leur domicile alors qu'ils n'ont pas la compétence pour traiter du problème, les médecins généralistes en première ligne souvent la nuit ou en week-end stigmatisent cette insuffisance des dispositifs actuels.

## **2. Les enjeux, les missions et les moyens d'un service mobile d'urgence psychiatrique : l'exemple D'ERIC<sup>1</sup>**

### ***2.1. Les enjeux***

Les enjeux du service d'urgence psychiatrique sont multiples. Il s'agit, de manière préventive, de pouvoir détecter et évaluer les troubles psychiatriques d'un patient, y compris quand il présente des pathologies mixtes, engager le plus rapidement le traitement adéquat, organiser le circuit le plus court possible pour le patient si celui-ci doit être hospitalisé, participer au fonctionnement du secteur en offrant des réponses graduées aux besoins des patients, de l'hospitalisation à des prises en charge ambulatoires.

### ***2.2. Les missions***

#### *2-2-1 Interventions dans toutes les situations d'urgence psychiatrique*

Il peut s'agir des états délirants, des troubles du comportement, des crises d'angoisse, des états d'excitation, de violences domestiques, des crises familiales aiguës. Les hospitalisations d'office ne sont pas traitées par l'équipe ERIC qui, toutefois, dans ces cas-là assure un travail d'écoute et de soutien aux familles.

L'intervention s'effectue sur le lieu de la crise. Chaque intervention s'effectue toujours par au moins deux membres de l'équipe ; elle fait l'objet d'une discussion avec la famille et le patient, afin d'obtenir si cela est possible que les soins s'organisent à domicile.

#### *2-2-2 Interventions sur appels régulés*

Les équipes d'ERIC interviennent sur appel des professionnels qui peuvent être divers (médecins généralistes, psychiatres, police, travailleurs sociaux, éducateurs). Sauf pour les médecins généralistes, les appels sont régulés par le SAMU Centre 15. ERIC est donc en liaison avec le réseau primaire de soins ; en même temps les indications sont filtrées afin de répondre à des besoins de soins et non à des demandes de type social ou encore relevant purement de l'ordre public.

---

<sup>1</sup> Equipe rapide d'intervention de crise.

### *2-2-3 Interventions qui dépassent le champ habituel d'un secteur*

#### *2-2-3-1 Les territoires d'intervention*

Le champ d'intervention d'ERIC s'est élargi au cours des dernières années. Début 1994, il concerne un seul secteur (13 communes), pour une population de 144 115 habitants. Six mois plus tard, le territoire d'intervention s'élargit à un second secteur comprenant 52 164 habitants. En 1995, il s'intègre au dispositif d'urgence psychiatrique mis en place au CH de Rambouillet. En 1996, une convention est signée avec la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy et l'hôpital Charcot, ERIC s'intègre au fonctionnement du SMPR assurant les urgences pendant les horaires de fermeture de cette unité.

#### *2-2-3-2 Intégrations au fonctionnement des secteurs*

Les patients accueillis pour la première fois dans les unités d'admission sont examinés par les équipes d'ERIC qui évaluent les possibilités d'une prise en charge dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation.

Dans l'hypothèse où l'évaluation demande plus de temps, que les symptômes du patient sont trop aigus, les équipes d'ERIC hospitalisent le patient pour une durée brève pouvant aller de quelques heures à 48 h dans des lits porte.

#### *2-2-3-3 Elargissement des missions et coopérations avec les services de police*

ERIC élargit ses missions aux victimes, notamment celles qui ont subi des violences sexuelles avec le concours des services de police (circulaire du ministère de l'intérieur).

### ***2.3. Les moyens***

L'équipe d'ERIC est pluridisciplinaire. Elle comprend des psychiatres, un psychologue, des infirmiers, une secrétaire, un cadre de santé. L'importance de ses effectifs se justifie par l'impact de ses interventions. Y participent 17 IDE, 1 PH temps plein, 1 PH temps partiel, 3,5 assistants spécialistes, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de cadre de santé. S'y ajoutent un pool de psychiatres pour les gardes.

### **3. L'évaluation du fonctionnement d'ERIC**

Cette évaluation s'est effectuée sur 12 mois<sup>2</sup>. Elle porte sur les modalités de l'activité.

#### ***3.1. Les modalités de l'activité***

La répartition de l'activité montre que l'activité proprement dite d'urgence (entretiens et téléphone pour la gestion de l'urgence) représente une part non négligeable de l'activité totale mais reste inférieur à 50 % (43 %). A l'inverse la post urgence représente 57 % de cette activité (entretiens et visites à domicile).

En moyenne, au cours de la période d'analyse, ERIC a traité 12 appels par jour, dont plus de la moitié pour des appels dits « urgents » (6,5 appels/jours) ; la durée des appels est très variable, de quelques minutes à parfois plus d'une heure ; l'activité téléphonique est surtout

---

<sup>2</sup> juillet 1996, juin 1997.

concentrée entre 9 heures et minuit. Les appels de nuit, peu nombreux, imposent le plus souvent une intervention rapide.

Le mode d'intervention le plus habituel est l'entretien collectif à domicile. La durée des entretiens varie énormément pouvant aller au-delà de cinq heures. En moyenne, la durée de l'intervention au domicile est d'une heure et demie, c'est-à-dire beaucoup plus que le temps imparti d'une consultation classique nécessaire à une admission en hospitalisation. Le temps d'intervention en urgence se décompose en temps de travail réalisé au téléphone, tant en amont (appel de la famille, du médecin traitant) qu'en aval, en temps de déplacement et en temps de l'intervention proprement dite au domicile. S'y ajoute le temps nécessaire pour assurer les transmissions écrites dans le dossier de soins.

La post urgence se partage entre les visites à domicile et les entretiens, soit au domicile, soit le plus souvent dans les locaux d'ERIC. La durée des entretiens est supérieure à 1H. Elle correspond à un travail de crise. Cette activité de post urgence s'organise sur des plages horaires élargies de 8 h à 22h et 7 jours sur 7. On se situe bien au-delà de ce qui se fait dans un CMP. Cette disponibilité voulue par l'équipe répond à des objectifs ambitieux, insertion du patient (éviter qu'il ne puisse pas continuer son activité pendant la prise en charge, éviter une stigmatisation de sa maladie dans son entourage familial et professionnel), gestion des risques pour le patient et sa famille (éviter les ruptures de soins).

### ***3.2. Les caractéristiques de la population suivie***

Il existe une prédominance féminine (61,5 % de femmes et 38,5 % d'hommes), soit une proportion plus importante que celle constatée dans la prise en charge de patients en hospitalisation dans les secteurs auxquels est rattaché ERIC<sup>3</sup>.

Il y a une prédominance de personnes jeunes (notamment en ce qui concerne les hommes pour la tranche d'âge 20-29 ans).

Quel que soit l'âge des patients, le nombre de célibataires vus par ERIC est plus important que celui que l'on retrouve au sein de la file active d'un secteur. De même, la part des personnes seules reste élevée et dans tous les cas (H ou F) supérieure à la population comparée du secteur.

Parmi les patients, la part des actifs ayant un emploi est proche de celle de la population de la région Ile-de-France mais il y a une sur-représentation des employés.

Trois groupes de pathologies dominant : les dépressions (26,3 %), les psychoses non schizophréniques (17,9 %) et les troubles de la personnalité (17,6 %). Le poids des dépressions et des troubles de la personnalité est plus important que celui repéré dans la file active du secteur de psychiatrie générale.

### ***3.3. La trajectoire de soins***

L'analyse permet de préciser les caractéristiques de l'intervention d'urgence et la prise en charge qui la prolonge.

---

<sup>3</sup> 50,5 % de femmes.

### Concernant l'origine des appels

La part des appels provenant du SAMU centre 15 est faible (10 %). Pour autant les 2/3 des demandes passent par un professionnel, avec une prédominance par les médecins généralistes. Reste que le groupe des demandeurs le plus important concerne les patients ou leur famille (près du tiers) ; les appels de l'hôpital sont le fait de l'unité d'hospitalisation, quand un patient y a été adressé directement sans y avoir été hospitalisé auparavant, ou quand l'établissement a été interpellé pour une mission dévolue au service d'urgence.

La part des demandes émanant de la police est rare mais en progression.

### Concernant le motif initial de la demande

Le nombre d'interventions dans lesquelles une hospitalisation est *a priori* explicitement demandée est en diminution dans l'étude citée.

*Ce constat est très important. Il montre qu'un service mobile d'urgence fait diminuer fortement la pression sur les unités d'admission. Dans le contexte actuel où ces unités d'hospitalisation sont embolisées par un nombre très élevé de patients, il apparaît qu'il s'agit là d'un moyen efficace pour faire « respirer » les secteurs.*

### Concernant l'issue de l'intervention

L'issue de l'intervention d'urgence montre la part importante des patients laissés à domicile. Celle-ci sur les trois années de l'étude<sup>4</sup> se situe entre 55 % et 61 %. La part des patients hospitalisés sous contrainte reste relativement faible (14 %).

Au cours des interventions, un traitement a été administré dans un peu plus d'un tiers des cas (38,2 %), rarement sous forme injectable (8,5 %).

### Concernant le suivi de post urgence et la fin de la prise en charge

58 à 70 % des interventions sont suivies d'une prise en charge en post urgence selon les années étudiées. Cette dernière a une durée qui varie de 2 à 90 jours, sachant que la moitié des prises en charge dure moins de dix jours.

L'orientation en fin de prise en charge est stable. La part des patients hospitalisés est toujours inférieure à 1/3 ; les ruptures de suivi et les rejets d'intervention se situent à moins de 10 %.

De manière significative, le suivi externe concerne le plus souvent des patients de dépression (47 en externe et 9 hospitalisés dans l'étude), les patients souffrant de troubles de la personnalité (42 en externe et 9 hospitalisés). Reste qu'un patient sur 2 souffrant d'un état psychotique est également traité à domicile.

### Concernant la prise en charge du premier accès psychotique

Dans l'étude sur trois ans, il y a une prédominance d'hommes (26 H pour 17 F) ; les patients sont jeunes (médiane à 26, moyenne à 29 ans), la plupart célibataires (60 %) et sans suivi psychiatrique antérieur (72 %). A l'issue de l'intervention en urgence 43 % des patients ont

---

<sup>4</sup> 1994,1995,1996.

été maintenus à domicile, 36 % hospitalisés en lits porte, et 19 % hospitalisés directement dans une unité d'admission.

En fin de prise en charge par le dispositif ERIC, 35 % ont été hospitalisés, tandis que pour 44 % d'entre eux, la poursuite du suivi psychiatrique s'effectuait en ambulatoire.

### **3.4. L'impact sur l'hospitalisation**

De manière paradoxale, il n'y a pas eu de diminution du nombre de patients hospitalisés dans les unités d'admission du territoire d'intervention d'ERIC. Plusieurs raisons expliquent cette situation : un nombre de lits d'admission relativement faible (41) au regard de la population des secteurs (220 000 habitants), l'arrivée de nouveaux patients (croissance de la file active de plus de 30 % dans la période étudiée).

*Le fonctionnement d'Eric a donc bien eu un impact important sur le fonctionnement des unités d'hospitalisation. Mais un service mobile d'urgence ne peut à lui seul résoudre la question de la saturation des services d'admission. Il n'en est qu'un élément.*

*Les stratégies de soin mises en œuvre pendant l'hospitalisation et la préparation de la sortie des patients demeurent des enjeux essentiels pour que les patients ne rechutent pas, d'où l'importance des structures intermédiaires (Hôpitaux de jour, CCATP...CMP, et des programmes de réhabilitation et de réinsertion des patients...).*

### **3.5. Eléments conclusifs sur le fonctionnement d'ERIC dans le réseau de soins**

- les interventions sont effectuées pour la plupart à domicile,
- le service est correctement utilisé par le réseau primaire (familles, médecins généralistes ou spécialistes, travailleurs sociaux, police...) pour de réelles urgences psychiatriques,
- le territoire d'intervention optimum correspondrait à une population d'environ 300 000 habitants, soit l'équivalent de quatre secteurs, sachant que dans l'expérience citée les interventions sont réalisées dans des territoires relativement urbanisées,
- la mobilité du dispositif permet d'assurer la continuité des soins dans des lieux où la permanence d'une équipe de soins pour diverses raisons n'est pas possible (SMPR, hôpital général, clinique..).

## **4. ERIC dans le contexte social**

Deux questions sont posées dans le cadre de cette évaluation. Elles concernent deux types d'interrogations :

- quel est le niveau de satisfaction des utilisateurs ?
- quels enjeux éthiques pour la pratique médicale dans ce système d'administration de soins ambulatoires pour des patients *a priori* hostiles ?

### **4.1. L'avis des professionnels**



L'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins est inscrite dans la loi (réforme hospitalière, loi de 1991).

L'ordonnance de 1996 oblige les établissements à mettre en place une démarche qualité dans l'objectif d'une accréditation.

L'équipe ERIC a réalisé une enquête de satisfaction auprès de tous les médecins généralistes du territoire qu'elle desservait (150), des psychiatres libéraux (25), de circonscriptions sociales (7) et de commissariats (5).

Le taux de réponse des professionnels travaillant dans les commissariats ou les circonscriptions sociales est égal à 100 % ; pour les médecins, il est plus faible sachant que beaucoup de ceux ayant répondu n'ont pas indiqué s'ils étaient généralistes ou spécialistes (64/175 soit 36,5 %).

Ce taux est légèrement supérieur à ce qui est observé dans la plupart des enquêtes similaires.

Plusieurs constats peuvent être faits au travers du questionnaire :

➤ les aspects positifs

- près des 2/3 des professionnels ont utilisé au moins une fois le dispositif ERIC,
- le type de problème pour lequel les professionnels pensent que l'intervention était requise est la dépression et la menace suicidaire (18 fois citée), les troubles du comportement (7 fois citée) alors que la dangerosité n'est citée que deux fois,
- le premier contact avec l'équipe est très apprécié (92,3 %),
- le délai d'intervention est jugée favorablement par le plus grand nombre (82,7 %), sauf par l'un des commissariats,
- l'appréciation de l'intervention en urgence et de son suivi (post urgence) est appréciée différemment par les médecins ; 80 d'entre eux sont satisfaits de l'intervention en urgence alors que moins de la moitié ne le sont que pour le suivi.

➤ Les difficultés rencontrées

- le manque d'information sur le dispositif (l'explication peut venir du retard du compte-rendu de prise en charge adressée au médecin généraliste par l'équipe d'ERIC, elle traduit aussi un écart entre ce qui est fourni et l'attente des médecins : diagnostic, traitement prescrit et orientation),
- la difficulté à faire accepter l'intervention par le patient ou l'entourage,
- l'indisponibilité parfois de l'équipe ERIC au moment de l'appel,
- la réticence de l'équipe à faciliter l'hospitalisation,
- la multiplicité des intervenants au cours de la prise en charge,
- la limite territoriale gênante pour deux commissariats.

➤ Conclusion générale

- ce type d'enquête est facilement réalisable, peu coûteuse, et utilisable,
- son intérêt est de vérifier si l'offre de soins proposée correspond aux attentes des utilisateurs.

## **4.2. Ethique pratique et situation de crise en psychiatrie**

### ➤ L'enjeu

- L'exigence *a priori* contradictoire de contrôle social et d'approche psychothérapeutique

Discussion sur un cas traité par l'équipe : une patiente délirante non consentante niant sa maladie pour lequel ERIC intervient à la demande de la mère alors que les rapports mère fille ne sont pas bons et depuis longtemps

Les éléments fournis permettent de situer les enjeux : la patiente peut choisir d'être traitée comme une prisonnière (hospitalisation contrainte) et de transformer le médecin en quelque sorte en gardien ou au contraire accepter les soins permettant aux médecins et à la mère de l'aider de manière libre et non contrainte. Pour le médecin, la situation est plus acceptable s'il se situe dans une logique de coopération et non plus de protection.

La marge de manœuvre du médecin est étroite. Dans le cas cité, le médecin a proposé aux personnes concernées (la patiente et sa mère) de participer à une prise en charge en valorisant leur autonomie. La décision d'hospitalisation ou de maintien à domicile dépendait moins du diagnostic que de l'implication de l'entourage du patient et du médecin.

Un autre débat permet de voir combien la marge de manœuvre du médecin est étroite.

La question est la suivante : la décision du médecin est-elle opposable à la patiente et à son entourage ?

Par exemple, dans la volonté d'ERIC de privilégier les alternatives à l'hospitalisation, ce choix ne peut aboutir que si un accord minimum existe, et qu'il y a cohérence entre la proposition thérapeutique et les règles de fonctionnement de la famille.

Mais l'implication du psychiatre dès le début de la crise est essentielle. Si ceux-ci ne sont pas en première ligne, les situations vont être gérées par des non-spécialistes, le risque est que les positions se rigidifient (accroissement de la violence, mise en œuvre de soins sous contrainte, culpabilisation de l'entourage, difficultés à mettre en œuvre des protocoles de soins et une stratégie de retour dans la cité, rupture de soins par la suite...).

## **5 Sécurité des interventions**

### **5.1. Sécurité et interventions psychiatriques à domicile en urgence**

Dans l'analyse citée, entre janvier 1994 et juin 1997, ERIC présente une expérience de plus de 3 000 interventions médicales et de 6 000 visites à domicile dans des situations de crise.

Sur ce total d'interventions, 62 ont posé des problèmes de sécurité (agression directe par arme blanche avec blessure, coups et blessures, suicide d'un patient, menaces, nécessité de quitter un domicile en urgence afin d'éviter une agression, violences physiques à l'encontre de la famille).

Dans son analyse, les équipes d'ERIC relèvent deux causes dans la fréquence des situations à risques : une croissance globale de l'activité du service et un réseau ayant tendance à appeler de plus en plus ERIC avant les forces de l'ordre.

Des procédures ont été mises en place afin d'augmenter la sécurité de l'intervention à domicile.

Elles concernent :

- *La préparation de l'intervention*

La plupart des interventions sont précédées d'un appel téléphonique. Cette étape doit permettre de se rendre compte que le patient ou son entourage ont perdu tout contrôle de la situation. Sont ainsi pris en compte dans cette évaluation : la situation du patient et le contexte de crise.

Les personnels interviennent toujours à deux. Ils disposent de moyens de communication (téléphone portable, radio reliée à la régulation du centre 15). En cas de situation périlleuse, ils utilisent un code qui permet au centre 15 ou au reste des équipes d'appeler les services de sécurité.

- *Les éléments concernant le patient*

La connaissance de la pathologie est un élément important qu'il s'agit d'essayer de définir : manie (risque d'agression), patient alcoolisé ou délirant, personnalités psychopathiques ou limites, pathologies organiques telle l'épilepsie.

L'âge du patient ou ses antécédents doivent être également précisés, ainsi que la présence de toxicomanie ou de maladies somatiques associées (une partie de ces informations peut être obtenue auprès du médecin généraliste, de l'assistante sociale, du CMP de secteur...).

- *Le contexte sur place*

Il est important dans tous les cas de tenter de contacter les proches du patient, l'entourage est pourvoyeur d'informations permettant d'augmenter la sécurité de l'intervention (présence au domicile d'armes, de chiens, lieux de la crise, réaction selon eux du patient si une hospitalisation sous contrainte s'avère nécessaire...).

- *Les conséquences*

Si les risques apparaissent importants, il paraît nécessaire de :

- proposer de modifier le lieu de l'intervention (domicile d'un proche, commissariat..),
- temporiser dans l'attente d'informations complémentaires,
- reporter l'intervention afin de laisser à la famille un délai de réflexion,
- sécuriser l'intervention en négociant par téléphone (retrait des armes ou d'un chien par un proche, prise du traitement psychotrope habituellement prescrit sous contrôle de l'entourage),
- demander l'aide de travailleurs sociaux, ou du médecin traitant, connus du patient et susceptibles d'apaiser le patient,

- demander une intervention commune avec les forces de l'ordre ou les pompiers.

- *L'intervention*

Les règles de l'entretien doivent être établies dès le début. Deux distinctions sont faites selon que l'intervention se fait à la demande des forces de l'ordre (patient forcené) ou que la demande provient d'ERIC.

Première condition : éviter les conflits de compétence.

Si la police dirige l'intervention, la présence des médecins d'ERIC se fait au titre d'expert, ou pour entamer un dialogue évitant un passage à l'acte, ou pour assurer les modalités d'une éventuelle sédation, ou pour organiser l'hospitalisation du patient.

Dans la seconde situation, la responsabilité de l'intervention est portée par l'équipe de psychiatrie, la police n'intervient que pour sécuriser l'intervention.

Deuxième condition : informer le patient et son entourage de la présence policière.

Troisième condition : si cela est nécessaire les policiers peuvent assister aux entretiens afin d'assurer la sécurité des familles et de l'équipe d'intervention (il s'agit de situations très exceptionnelles).

Quatrième condition : le temps de l'intervention doit être décidé par l'équipe et non subi (une intervention si cela est nécessaire peut durer plusieurs heures).

Cinquième condition : ne jamais se montrer familier, rester à distance, éviter tout contact visuel intrusif.

Sixième condition : le binôme ne doit jamais se séparer, et faire en sorte que jamais le patient ne sorte de la pièce dans laquelle s'effectue l'intervention.

Septième condition : proposer très rapidement une sédation au patient.

## **Conclusion**

La prise en charge de situations d'urgence au domicile des patients psychiatriques nécessite dans tous les cas d'évaluer la dangerosité potentielle du patient.

**ANNEXE 20 : EXEMPLES DE DISPOSITIONS  
IMMOBILIERES EN FAVEUR DES HOPITAUX**

**A Montpellier**, bien que le programme d'investissements en psychiatrie ait pris du retard par rapport à ce qui a été engagé dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique du CHU et que des secteurs d'hospitalisation devront être complètement réhabilités dans les prochaines années, des mesures nouvelles ont été mises en œuvre en 2005 (création de l'unité des urgences psychiatriques à Lapeyronnie pour 563 412 €, création d'une unité intersectorielle spécialisée dite « unité de soins intensifs » (USI) pour 160 165 €, le réaménagement de chambres d'isolement pour 200 000 €).

**Le CHS Sainte-Marie à Privas** a engagé des travaux en secteurs adultes, enfants et dans les alternatives à l'hospitalisation (3M d'€ en 2004).

**Au CHGR de Rennes**, en cumulé, sur les cinq dernières années, les dépenses d'investissements ont été de 50 701 403 € dont 33 479 488 € d'immobilisations, les dépenses d'entretien réparations des bâtiments sont restés importants pendant cette période, 736 821 € en 2000, 787 488 € en 2001, 730 295 € en 2002, 1 120 748 € en 2003, 793 653 € en 2004.

**ANNEXE 21 : EVOLUTION DES COMPTES DES CHS**

EVOLUTION DES COMPTES DES CENTRES HOSPITALIERS SPECIALISES EN PSYCHIATRIE (EPS)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Somme Dépenses de groupe 1</b>	3 117 705	3 218 251	3 292 630	3 256 071	3 314 220	3 381 286	3 414 854	3 480 621	3 652 840	3 782 797	3 876 353
<b>Somme Dépenses de groupe 2</b>	89 557	92 458	94 315	93 168	94 340	97 917	97 269	101 044	106 506	112 450	114 546
<b>Somme Dépenses de groupe 3</b>	476 740	480 732	489 890	474 576	481 281	485 615	478 981	492 902	509 443	524 298	529 911
<b>Somme Dépenses de groupe 4</b>	148 586	155 208	157 800	158 371	164 023	164 199	167 215	171 748	197 647	192 391	262 255
<b>Somme Dépenses hors groupe</b>	17 692	18 141	21 939	14 383	14 047	13 822	12 151	10 178	8 994	9 371	8 293
<b>Somme Recettes de groupe 1</b>	3 513 892	3 624 541	3 661 188	3 644 333	3 714 121	3 771 012	3 785 799	3 854 912	4 031 943	4 205 364	4 339 834
<b>Somme Recettes de groupe 2</b>	200 945	200 334	220 105	189 579	188 453	181 660	173 425	172 656	173 778	173 844	162 010
<b>Somme Recettes de groupe 3</b>	174 545	200 402	210 446	203 311	226 482	221 950	262 689	281 613	344 424	300 204	386 298
<b>Somme Recettes de groupe 4</b>	0	0	1 366	14	446	5 681	1 194	4	2 447	322	80
<b>Somme Recettes hors groupe</b>	12 675	13 285	15 374	9 865	8 953	8 856	7 732	6 172	6 561	6 398	5 900
<b>Total dépenses</b>	<b>3 850 280</b>	<b>3 964 791</b>	<b>4 056 574</b>	<b>3 996 568</b>	<b>4 067 911</b>	<b>4 142 839</b>	<b>4 170 470</b>	<b>4 256 494</b>	<b>4 475 430</b>	<b>4 621 308</b>	<b>4 791 357</b>
<b>Total recettes</b>	<b>3 902 058</b>	<b>4 038 561</b>	<b>4 108 480</b>	<b>4 047 102</b>	<b>4 138 454</b>	<b>4 189 160</b>	<b>4 230 839</b>	<b>4 315 358</b>	<b>4 559 152</b>	<b>4 686 131</b>	<b>4 894 122</b>
Résultat	51 778	73 770	51 906	50 533	70 543	46 321	60 369	58 863	83 722	64 823	102 765
Résultat sur dépenses	1,3%	1,9%	1,3%	1,3%	1,7%	1,1%	1,4%	1,4%	1,9%	1,4%	2,1%
report de charges G1	18 588	8 559	6 520	7 387	5 993	7 684	5 671	6 235	8 194	13 951	15 137
report de charges G2	352	753	261	439	213	420	451	578	579	508	651
report de charges G3	1 778	1 493	2 203	1 662	1 603	1 948	2 772	2 908	3 481	4 638	4 802
<u>total report de charges</u>	<u>20 718</u>	<u>10 805</u>	<u>8 984</u>	<u>9 488</u>	<u>7 809</u>	<u>10 052</u>	<u>8 894</u>	<u>9 721</u>	<u>12 255</u>	<u>19 098</u>	<u>20 591</u>
report de recettes	6 940	7 956	12 930	11 543	12 036	13 762	18 612	17 704	21 542	22 238	24 863
<i>report net</i>	13 778	2 849	-3 946	-2 055	-4 227	-3 710	-9 719	-7 983	-9 288	-3 140	-4 273
Evolution n/n-1	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dépenses du groupe 1		+3,2%	+2,3%	-1,1%	+1,8%	+2,0%	+1,0%	+1,9%	+4,9%	+3,6%	+2,5%
Dépenses du groupe 2		+3,2%	+2,0%	-1,2%	+1,3%	+3,8%	-0,7%	+3,9%	+5,4%	+5,6%	+1,9%
Dépenses du groupe 3		+0,8%	+1,9%	-3,1%	+1,4%	+0,9%	-1,4%	+2,9%	+3,4%	+2,9%	+1,1%
Dépenses du groupe 4		+4,5%	+1,7%	+0,4%	+3,6%	+0,1%	+1,8%	+2,7%	+15,1%	-2,7%	+36,3%
<b>TOTAL Dépenses</b>		<b>+3,0%</b>	<b>+2,3%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>+0,7%</b>	<b>+2,1%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+3,3%</b>	<b>+3,7%</b>
Recettes du groupe 1		+3,1%	+1,0%	-0,5%	+1,9%	+1,5%	+0,4%	+1,8%	+4,6%	+4,3%	+3,2%
Recettes du groupe 2		-0,3%	+9,9%	-13,9%	-0,6%	-3,6%	-4,5%	-0,4%	+0,6%	+0,0%	-6,8%
Recettes du groupe 3		+14,8%	+5,0%	-3,4%	+11,4%	-2,0%	+18,4%	+7,2%	+22,3%	-12,8%	+28,7%
<b>TOTAL Recettes</b>		<b>+3,5%</b>	<b>+1,7%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>+2,3%</b>	<b>+1,2%</b>	<b>+1,0%</b>	<b>+2,0%</b>	<b>+5,6%</b>	<b>+2,8%</b>	<b>+4,4%</b>



**ANNEXE 21 BIS : EVOLUTION DES EFFECTIFS DU  
PERSONNEL NON MEDICAL DANS LES CHS AU 31/12**



EVOLUTION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL NON MEDICAL DANS LES CHS au 31/12

PERSONNELS	1997		1998		1999		2001		2002		2003		croissance moyenne annuelle de l'ETP de 1997 à 2003
	Physique	ETP	Physique	ETP	Physique	ETP	Physique	ETP	Physique	ETP	Physique	ETP	
ADMINISTRATIFS	8 042	7 587,36	7 988	7 515,19	8 191	7 710,73	8 277	7 823,89	8 452	8 025,67	8 815	8 339,09	1,6%
SOINS	58 990	56 524,44	58 486	55 960,63	59 259	56 659,96	60 007	57 287,56	60 820	58 220,62	61 263	58 660,06	0,6%
<i>dont infirmiers(IDE et spécialisés)*</i>	<b>35 393</b>	<b>34 165,38</b>	<b>34 907</b>	<b>33 628,32</b>	<b>35 203</b>	<b>33 916,78</b>	<b>35 086</b>	<b>33 705,92</b>	<b>34 809</b>	<b>33 619,08</b>	<b>34 241</b>	<b>32 984,22</b>	-0,6%
<i>dont aides soignants</i>	<b>6 648</b>	<b>6 453,07</b>	<b>6 794</b>	<b>6 579,81</b>	<b>7 093</b>	<b>6 855,65</b>	<b>7 678</b>	<b>7 429,56</b>	<b>8 430</b>	<b>8 155,06</b>	<b>9 199</b>	<b>8 917,08</b>	5,5%
SOCIO EDUCATIFS	2 979	2 756,36	3 020	2 798,08	3 130	2 916,61	3 220	3 000,69	3 312	3 101,25	3 433	3 236,69	2,7%
MEDICO TECHNIQUE	804	762,85	783	741,85	781	740,03	729	690,98	729	694,45	725	682,31	-1,8%
TECHNIQUE ET OUVRIERS	11 592	11 323,05	11 344	11 061,49	11 194	10 939,31	10 723	10 466,45	10 463	10 223,75	10 632	10 342,40	-1,5%
<b>TOTAL</b>	<b>82 407</b>	<b>78 954,06</b>	<b>81 621</b>	<b>78 077,24</b>	<b>82 555</b>	<b>78 966,64</b>	<b>82 956</b>	<b>79 269,57</b>	<b>83 776</b>	<b>80 265,74</b>	<b>84 868</b>	<b>81 260,55</b>	0,5%

source DREES SAE-France entière

\* sans le personnel d'encadrement

**ANNEXE 22 : L'ACTIVITE DES JUGES DES TUTELLES**

## **ANNEXE : L'activité des juges des tutelles**

La protection juridique des majeurs qui se trouvent dans l'impossibilité de pourvoir seuls à leurs intérêts du fait de l'altération de leurs facultés personnelles, relèvent de la compétence des juges des tutelles. Actuellement au nombre de 859, les juges des tutelles sont juges des tribunaux d'instance et remplissent le plus souvent cette fonction à temps partiel. Dans les tribunaux les plus importants, plusieurs juges d'instance l'exercent.

L'activité des juges des tutelles est, au plan national, celle qui augmente le plus régulièrement depuis plusieurs années. Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 1,4 % de la population française bénéficiait d'un régime de protection. Si la part d'activité des tribunaux d'instance consacrée aux mesures de protection était il y a 15 ans de l'ordre de 10 %, elle se situe aujourd'hui aux alentours de 25 %, pourcentages en parfaite concordance avec ceux des juridictions visitées par la mission. Alors que le nombre de placements sous tutelle et curatelle était en 1970 de 8 955, il est passé à 41 714 en 1990 et à plus de 60000 en 2003<sup>1</sup>. Par ailleurs, entre 1998 et 2003 le nombre de demandes de tutelle aux prestations sociales a été multiplié par trois, passant de 3700 à plus de 11 000. Le stock de dossiers aux cabinets des juges des tutelles est estimé aujourd'hui à 636 000, il était de moitié en 1990.

Si la progression des placements sous mesures de protection se poursuit au rythme de ces 5 dernières années, si la mortalité générale continue à baisser, si le taux de surmortalité des majeurs protégés se maintient ainsi que le pourcentage de mesures de mainlevée, on peut estimer à plus d'un million le nombre de dossiers que ces magistrats auront en charge à l'horizon 2010<sup>2</sup>.

Alors que dans les années 90 les mesures de protection concernaient de façon à peu près homogène toutes les classes d'âges, aujourd'hui elles visent d'abord les femmes et particulièrement celles se situant dans la tranche d'âge 70-90. Or, le vieillissement des personnes protégées va nécessairement s'accompagner d'une amplification des problèmes psychiatriques qui devrait contraindre magistrats et médecins à collaborer d'une façon plus systématique et plus intense que cela n'est le cas aujourd'hui.

---

<sup>1</sup> Soit une augmentation entre 1990 et 2003 de 43,8% et en 30 ans de plus de 600%

<sup>2</sup> Ces éléments sont tirés d'un rapport présenté par Mme Munoz-Perez, expert démographe, responsable de la cellule Etudes et Recherches à la DACS, dans le cadre d'une session de formation relative à la tutelle des majeurs organisée par l'ENM du 7 au 10 juin 2005.

**ANNEXE 23 : LES SIGLES UTILISES**

## **Sigles et abréviations utilisés.**

- ADESM : Association des Directeurs des Etablissements de Santé Mentale
- ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation des Etablissements de Santé
- ANDEM : Agence Nationale de l'Évaluation Médicale
- ANR : Agence Nationale de la Recherche
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARTT : Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
- CATTP : Centre d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CEDH : Commission Européenne des Droits de l'Homme
- CH : Centre Hospitalier
- CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Rénier (à Rennes)
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CMP : centre Médico-Psychologique
- CNO : Centre National d'Orientation
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNRACL : Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales
- CP : Code Pénal
- CPP : Code de Procédure Pénale
- CSP : Code de la Santé Publique
- DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DIM : Département d'Information Médicale
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- DREES : Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Études Statistiques
- ENM : Ecole Nationale de la Magistrature
- EPS : Etablissement Public de Santé
- ERIC : Équipe Rapide d'Intervention de Crise
- ETP : Equivalent temps Plein
- FHF : Fédération Hospitalière de France
- FNAP-PSY : Fédération Nationale des Patients et ex-patients en Psychiatrie
- FPR : Fichier des Personnes Recherchées
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCL : Hospices Civils de Lyon
- HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- HO : Hospitalisation d'Office
- IDE : Infirmière Diplômée d'État
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- LOPJ : Loi d'Orientation et de Programmation pour la Justice
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

- MCI : Mise en Chambre d'Isolement
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEP : Projet d'Exécution de Peine
- PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.
- PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale
- PSPH : Participant au Secteur Public Hospitalier
- SAE : Statistiques Annuelles d'Activité
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SDF : Sans Domicile Fixe
- SDO : Schéma Départemental d'Organisation des Soins en Psychiatrie.
- SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
- SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
- STIC : Système de Traitement des Infractions Constatées
- T2A : Tarification à l'Activité
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- UHSA : Unité d'Hospitalisation et de Soins Aménagée
- UMAP : Unité pour Malades Agités et perturbateurs
- UMD : Unité pour Malades Difficiles
- UNAFAM : Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux
- USI : Unité de Soins Intensifs
- USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
- VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie