

LES INTERNEMENTS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE

RAPPORT DE SYNTHÈSE



AVRIL 2009

Glossaire des principaux termes et sigles utilisés

CCDH : Commission des citoyens pour les droits de l'homme. Association sans but lucratif dont le but est de dénoncer les atteintes aux droits de l'homme en psychiatrie afin de susciter des réformes dans ce domaine.

CDHP : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Ces sont des commissions créées pour chaque département et qui sont chargées de contrôler les bonnes conditions d'hospitalisations sous contrainte. Elles produisent un rapport annuel sur lequel s'est fondé la CCDH pour réaliser ce rapport de synthèse.

Article L3222-5: « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. »

HDT : Hospitalisations sur Demande d'un Tiers. Ce sont les internements effectués à la demande d'un proche du patient, le plus souvent un membre de sa famille, quand ce dernier nécessite des soins hospitaliers mais n'est pas capable d'y consentir.

HO : Hospitalisation d'Office. Ce sont les internements réalisés à la demande du maire, du Préfet ou dans les grandes villes à la demande du commissaire de police, et qui concernent des patients dangereux ou ayant suscité des troubles à l'ordre public et nécessitant des soins en milieu hospitalier

HSC : Hospitalisations Sous Contrainte, c'est l'ensemble des hospitalisations effectuées sans l'accord des patients, soit l'addition des HDT et des HO.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. C'est la branche départementale du Ministère des affaires sociales, incluant les affaires de santé. La DDASS assure le secrétariat des CDHP.

Stats : abréviation de statistique

Contacter CCDH

Président: Frédéric Grossmann

adresse postale: BP 10076
75561 Paris cedex 12

téléphone: 01 40 01 09 70

adresse mail: ccdh@wanadoo.fr

site internet: www.ccdh.fr

Sommaire

Introduction	page
I. Une baisse du nombre d'hospitalisations sous contrainte, mais de fortes disparités	5
A. Les chiffres des hospitalisations sous contrainte en France	5
B. Les Français inégaux face à l'internement psychiatrique	13
II. La loi sur la procédure d'hospitalisation n'est pas respectée	18
A. Une procédure d'urgence détournée	18
B. Des certificats d'internement qui ne sont pas toujours circonstanciés	22
C. Des membres de l'administration continuent à se substituer aux familles pour demander un internement	23
III. Des contrôles qui ne sont pas effectués	24
A. Des visites des autorités qui ne sont pas faites	24
B. Des organismes de contrôle, les CDHP, qui ne font pas toujours leur travail	29
IV. Des situations inacceptables qui perdurent	31
A. Des atteintes à la dignité des patients relevées (chambres d'isolement)	31
B. Des patients maintenus sous contrôle de façon abusive (internements abusifs, sorties d'essai prolongées)	33
Conclusion: la nécessité de renforcer les contrôles sur la psychiatrie	35
Synthèse des données	36
Propositions	37
– 1/ Tableau des HDT, HO, HSC par habitants	39
– 2/ Tableau du pourcentage de HDT en urgence par département (ordre alphabétique)	41
– 3/ Résumé et commentaires bruts sur le contenu des rapports CDHP par départements	42
– 4/ Guide à l'usage des autorités devant visiter les établissements psychiatriques (Procureurs, Présidents de TGI, Préfets)	48

Introduction :

Que sait-on sur les internements psychiatriques en France. C'est le plus souvent à travers les crimes déments commis par des patients ou ex-patients psychiatriques que le sujet est abordé. Quand à Grenoble, un patient hospitalisé d'office tue sauvagement un jeune homme à coups de couteaux, l'émotion suscitée est immense et les médias se jettent sur le sujet avec avidité. Les fous font peur et l'enfermement psychiatrique fait peur également.

Mais quand on se penche sur le sujet, on se rend compte que les informations disponibles sont particulièrement peu nombreuses. On apprend que le gouvernement est en train de plancher sur une réforme de la loi sur les internements en psychiatrie. Sur quelles données va-t-il se baser ? Ce secteur a-t-il fait l'objet d'évaluations régulières, si possibles de sources différentes ? La réponse est négative. Le Ministère de la Santé est bien censé publier chaque année un rapport de synthèse sur les hospitalisations sous contrainte, rapport national réalisé à partir des rapports de chaque Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Un rapport a été publié en 2008 et concerne 2005. Ce rapport a été réalisé en catimini. Aucune association de patients ou de droits de l'homme contactée n'en avait eu vent. Le rapport précédent datait de 2003.

Il y a une incontestable carence d'informations, carence qui illustre bien l'opacité qui continue à régner dans la plupart des établissements psychiatriques. En France, on interne sans compter, au sens propre du terme. Et en silence.

Fort de cette situation, la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme a estimé indispensable de publier un rapport de synthèse sur les internements sous contrainte en France. L'association se bat depuis 35 ans pour dénoncer les risques d'atteinte aux droits de l'homme en psychiatrie. Ce rapport n'est pas un rapport militant mais plutôt une description à base de documents officiels d'une situation méconnue. Pour ce faire, l'association a demandé dans chaque département les rapports élaborés par les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Les rapports sur plusieurs années ont été analysés et les éléments les plus marquants ont été isolés. Les statistiques départementales ont été extraites et finalement des chiffres nationaux ont pu être déterminés, ainsi que des comparaisons tout à fait étonnantes entre départements. Enfin, l'association s'est penchée sur les contrôles effectués sur les hôpitaux psychiatriques et a demandé à chaque hôpital si le Procureur, le Préfet et le Président du Tribunal de Grande Instance avaient bien réalisés leurs visites de contrôle prévues par la loi. Tout ceci constitue un travail d'utilité publique que nous avons le plaisir de vous présenter dans ce document.

Puisse un peu de transparence entrer dans ce monde fermé que demeure l'institution psychiatrique.

I. ETAT DES LIEUX STATISTIQUES ET ÉVOLUTION

A. Les chiffres des hospitalisations sous contrainte en France

État des lieux statistiques:

La CCDH a collecté la très grande majorité des rapports des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et en a tiré les statistiques des Hospitalisations sur Demande d'un Tiers et les statistiques des Hospitalisations d'office qui ont été analysées. Il en ressort que :

- **Il y aurait 72 975 personnes internées contre leur gré en 2007, 60563 en HDT et 12412 en HO**
- **Les hospitalisations sous contrainte (HSC) ont globalement continué à baisser entre 2005 et 2007, de 2,11% entre 2005 et 2006 et de 0,38% entre 2006 et 2007. La baisse est sensible depuis 2003 (-7,14% entre 2003 et 2007). Cette tendance à la baisse est nette pour les HDT qui ont baissé assez fortement (-9,72%) tandis que les HO augmentaient sensiblement (+8,41%).**
- **Ces chiffres généraux cachent des évolutions très différentes selon les départements, certains voyant les HDT doubler et les HO quadrupler (Paris) pendant que certains réduisaient le nombre de HSC de plus de 30%.**
- **Les disparités entre départements concernant le nombre d'internements par habitants sont également considérables (de 1 à 4) et « inexplicées ».**

1) Estimation nationale et chiffres par départements

estimation nationale HDT en 2006	60770	67080 en 2003
estimation nationale HO en 2006	12482	
estimation nationale HSC en 2006	73252	
estimation nationale HDT en 2007	60563	
estimation nationale HO en 2007	12412	
estimation nationale HSC en 2007	72975	

statistique	Évolution 2003/2006	Évolution 2006/2007	Évolution 2003/2007
HDT	-9,41%	-0,34%	-9,72%
HO	9,12%	-0,56%	8,51%
HSC	-6,79%	-0,38%	-7,14%

Méthode de calcul et source:

Ces statistiques proviennent toutes des rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, ce sont donc les chiffres officiels repris par le Ministère de la Santé dans ses rapports 2003 et 2005. Les statistiques de 85 départements reçues pour 2006 ont été comparées aux statistiques officielles de 2003. Une variation moyenne a été calculée et a été appliquée aux départements pour lesquelles les chiffres 2006 n'étaient pas disponibles afin de déterminer une estimation réaliste pour 2006. La même méthode a été appliquée par rapport aux chiffres 2007.

Tableau 1: les chiffres des HDT, HO et HSC 2006 et 2007 pour tous les départements, évolutions 2003/2006 et 2006/2007

Départements	HDT 2006	évolution HDT 2003/2006	évolution HDT 2005/2006	Total HO 2006	évolution HO 2003/2006	évolution HO 2005/2006	Total HSC 2006 (HDT+HO)	évolution HSC 2003/2006	évolution HSC 2005/2006	HDT en 2007	évolution HDT 2006/2007	HO en 2007	évolution HO 2006/2007	HSC 2007	évolution HSC 2006/2007
2 Aisne	431	8,84%	-2,05%	63	0,00%	-25,00%	494	7,63%	-5,73%						
3 Allier	395	-9,20%	0,00%	34	-10,53%	0,00%	429	-9,30%	0,00%	351	-11,14%	44	29,41%	395	-7,93%
4 Alpes de Haute Provence	121	-29,65%	-26,22%	32	0,00%	14,29%	153	-25,00%	-20,31%						
5 Hautes Alpes	61	38,64%	52,50%	14	100,00%	75,00%	75	47,06%	56,25%	68	11,48%	19	35,71%	87	16,00%
6 Alpes Maritimes	1249	-11,92%	1,38%	214	16,94%	-24,91%	1463	-8,62%	-3,56%	1383	10,73%	274	28,04%	1657	13,26%
7 Ardèche	369	1,37%	2,79%	46	9,52%	-11,54%	415	2,22%	0,97%						
8 Ardennes	362	-19,20%	-0,82%	48	54,84%	0,00%	410	-14,41%	-0,73%	388	7,18%	28	-41,67%	416	1,46%
9 Ariège	126	27,27%	12,50%	42	13,51%	-17,65%	168	23,53%	3,07%						
10 Aube	231	4,05%	7,44%	29	-25,64%	-30,95%	260	-0,38%	1,17%	201	-12,99%	33	13,79%	234	-10,00%
11 Aude	355	-14,46%	0,28%	81	19,12%	-8,99%	436	-9,73%	-1,58%	326	-8,17%	100	23,46%	426	-2,29%
12 Aveyron	353	-5,36%	-4,59%	30	15,38%	-28,57%	383	-4,01%	-7,04%	353	0,00%	37	23,33%	390	1,83%
13 Bouches-du-Rhône	1507	-22,88%	-5,64%	265	5,58%	-6,36%	1772	-19,64%	-5,74%	1617	7,30%	325	22,64%	1942	9,59%
15 Cantal	149	-21,99%	-12,35%	14	27,27%	0,00%	163	-19,31%	-11,41%	165	10,74%	21	50,00%	186	14,11%
16 Charente	150	-30,23%	3,45%	101	-2,88%	-12,93%	251	-21,32%	-3,83%						
17 Charente-Maritime	499	-14,70%	-2,92%	73	-6,41%	-15,12%	572	-13,73%	-4,67%	416	-16,63%	71	-2,74%	487	-14,86%
20A Corse-du-Sud	71	5,33%		51	21,43%		122	4,27%		58	-18,31%	43	-15,69%	101	-17,21%
20B Haute-Corse	78		21,88%	60		20,00%	138		21,05%	62	-20,51%	70	16,67%	132	-4,35%
21 Côte d'Or	635	6,01%		102	9,68%		737	6,50%		588	-7,40%	82	-19,61%	670	-9,09%
22 Côtes-d'Armor	476	-26,99%	-6,30%	81	-15,63%	10,96%	557	-25,53%	-4,13%						
23 Creuse	92	-28,13%	-2,13%	36	0,00%	-7,69%	128	-21,95%	-3,76%						
24 Dordogne	384	1,32%	-4,95%	150	50,00%	27,12%	534	11,48%	2,30%	394	2,60%	132	-12,00%	526	-1,50%
25 Doubs	533	3,50%	-3,09%	128	15,32%	124,56%	661	5,59%	8,90%	605	13,51%	106	-17,19%	711	7,56%
26 Drôme	557	-2,62%	-1,24%	52	160,00%	-18,75%	609	2,87%	-3,03%	576	3,41%	45	-13,46%	621	1,97%
27 Eure	363	-16,36%	-7,63%	95	75,93%	79,25%	458	-6,15%	2,69%						
29 Finistère	1083	-8,92%	-6,07%	138	3,76%	-0,72%	1221	-7,64%	-5,50%						
30 Gard	653	-11,16%	-9,93%	107	1,90%	-20,74%	760	-9,52%	-11,63%						
32 Gers	190	-4,04%	-4,52%	43	-4,44%	43,33%	233	-4,12%	1,75%	181	-4,74%	46	6,98%	227	-2,58%
33 Gironde	924	-9,94%	0,22%	513	2,60%	7,10%	1437	-5,83%	2,57%	531	-42,53%	476	-7,21%	1007	-29,92%
34 Hérault	1173	-4,63%	-6,38%	172	-3,91%	8,86%	1345	-4,54%	-4,68%						
35 Ille-et-Vilaine	1159	-8,67%	0,00%	167	21,90%	0,00%	1326	-5,69%	0,00%	1194	3,02%	290	73,65%	1484	11,92%
36 Indre	162	-7,43%	-1,82%	40	0,00%	2,56%	202	-6,05%	-0,98%	170	4,94%	43	7,50%	213	5,45%
37 Indre-et-Loire	338	-2,31%	-9,63%	45	-33,82%	-25,00%	383	-7,49%	-11,75%						
38 Isère	972	-11,31%	-11,39%	212	-21,19%	-13,11%	1184	-13,26%	-11,71%	949	-2,37%	249	17,45%	1198	1,18%
39 Jura	488	-22,42%	3,39%	20	-16,67%	-48,72%	508	-22,21%	-0,59%						
40 Landes	236	65,03%	-2,88%	32	39,13%	28,00%	268	61,45%	0,00%	299	26,69%	20	-37,50%	319	19,03%
41 Loir-et-Cher	136	-21,84%	-23,16%	40	-51,81%	-25,93%	176	-31,52%	-23,81%					0	
42 Loire	696	-1,14%	1,46%	140	32,08%	14,75%	836	3,21%	3,47%	680	-2,30%	132	-5,71%	812	-2,87%
43 Haute-Loire	241	4,78%	3,88%	46	-20,69%	-23,33%	287	-0,35%	-1,71%	244	1,24%	41	-10,87%	285	-0,70%
44 Loire-Atlantique	1104	-4,33%	2,32%	204	26,71%	-2,39%	1308	-0,53%	1,55%						
45 Loiret	513	-13,05%	-13,49%	81	15,71%	-8,99%	594	-10,00%	-12,90%						
46 Lot	192	-13,90%	29,73%	41	95,24%	17,14%	233	-4,51%	27,32%	174	-9,38%	34	-17,07%	208	-10,73%
47 Lot-et-Garonne	391	-13,30%	-0,51%	170	-2,86%	-7,10%	561	-10,38%	-2,60%	343	-12,28%	165	-2,94%	508	-9,45%
48 Lozère	60	13,21%	-3,23%	24	71,43%	14,29%	84	25,37%	1,20%	53	-11,67%	13	-45,83%	66	-21,43%
49 Maine-et-Loire	550	-5,17%	-11,00%	91	31,88%	5,81%	641	-1,23%	-8,95%						
50 Manche	348	-24,02%	-0,57%	66	-17,50%	-7,04%	414	-23,05%	-1,66%	401	15,23%	100	51,52%	501	21,01%
51 Marne	461	-0,22%	8,98%	69	-4,17%	-14,81%	530	-0,75%	5,16%	474	2,82%	61	-11,59%	535	0,94%

Départements	HDT 2006	évolution HDT 2003/2006	évolution HDT 2005/2006	Total HO 2006	évolution HO 2003/2006	évolution HO 2005/2006	Total HSC 2006 (HDT+HO)	évolution HSC 2003/2006	évolution HSC 2005/2006	HDT en 2007	évolution HDT 2006/2007	HO en 2007	évolution HO 2006/2007	HSC 2007	évolution HSC 2006/2007
52 Haute-Marne	158	2,60%	-9,71%	24	-27,27%	20,00%	182	-2,67%	-6,67%	159	0,63%	20	-16,67%	179	-1,65%
53 Mayenne	191	-8,17%	1,06%	35	20,69%	20,69%	226	-4,64%	3,67%	215	12,57%	36	2,86%	251	11,06%
55 Meuse	167	-18,14%	-17,73%	31	0,00%	47,62%	198	-15,74%	-11,61%	231	38,32%	27	-12,90%	258	30,30%
56 Morbihan	870	-6,25%	-13,43%	143	-2,05%	-6,54%	1013	-5,68%	-12,52%						
57 Moselle	1224	-3,39%	5,88%	260	73,33%	-6,47%	1484	4,73%	3,49%						
58 Nièvre	153	-17,74%	11,68%	46	-8,00%	-29,23%	199	-15,68%	-1,49%	155	1,31%	45	-2,17%	200	0,50%
59 Nord	3028	-24,62%	-11,10%	183	-21,12%	-1,61%	3211	-24,43%	-10,61%	3135	3,53%	139	-24,04%	3274	1,96%
60 Oise	906	-21,08%	-6,21%	117	6,36%	-27,33%	1023	-18,68%	-9,23%	1003	10,71%	114	-2,56%	1117	9,19%
61 Orne	267	0,00%	13,14%	70	45,83%	55,56%	337	6,98%	19,93%	289	8,24%	73	4,29%	362	7,42%
62 Pas-de-Calais	1623	12,01%	5,12%	133	-2,21%	-18,40%	1756	10,79%	2,87%	1596	-1,66%	121	-9,02%	1717	-2,22%
63 Puy-de-Dôme	535	-10,83%	-3,25%	110	129,17%	10,00%	645	-0,46%	-1,23%	532	-0,56%	95	-13,64%	627	-2,79%
64 Pyrénées-Atlantiques	846	-5,47%	-3,31%	71	20,34%	9,23%	917	-3,88%	-2,45%						
65 Hautes-Pyrénées	385	-10,26%	-8,33%	58	-10,77%	1,75%	443	-10,32%	-7,13%	366	-4,94%	54	-6,90%	420	-5,19%
66 Pyrénées-Orientales	385	-21,91%	-17,20%	289	73,05%	60,56%	674	2,12%	4,50%	419	8,83%	308	6,57%	727	7,86%
68 Haut Rhin	722	-5,37%	10,23%	97	29,33%	-16,38%	819	-2,27%	6,23%	698	-3,32%	135	39,18%	833	1,71%
69 Rhône	1923	-13,22%	-1,13%	411	-3,07%	-7,85%	2334	-11,59%	-2,38%	1877	-2,39%	451	9,73%	2328	-0,26%
71 Saône-et-Loire	542	-16,62%	32,52%	75	17,19%	44,23%	617	-13,59%	33,84%	574	5,90%	34	-54,67%	608	-1,46%
72 Sarthe	458	-2,97%	-6,53%	92	-6,12%	8,24%	550	-3,51%	-4,35%	442	-3,49%	110	19,57%	552	0,36%
73 Savoie	493	-5,19%	-7,68%	96	43,28%	26,32%	589	0,34%	-3,44%	505	2,43%	90	-6,25%	595	1,02%
74 Haute-Savoie	542	-21,56%	-20,41%	90	1,12%	25,00%	632	-18,97%	-16,07%	574	5,90%	77	-14,44%	651	3,01%
75 Paris	2192	95,89%	10,10%	797	304,57%	65,01%	2989	127,13%	20,82%	2327	6,16%	594	-25,47%	2921	-2,28%
76 Seine-Maritime	1061	-8,93%	-1,94%	150	20,00%	2,04%	1211	-6,12%	-1,46%	1103	3,96%	140	-6,67%	1243	2,64%
77 Seine-et-Marne	674	-2,03%	16,41%	100	-11,50%	-14,53%	774	-3,37%	11,21%						
78 Yvelines	1018	-10,70%	-1,74%	160	9,59%	-5,33%	1178	-8,40%	-2,24%	826	-18,86%	150	-6,25%	976	-17,15%
79 Deux-Sèvres	396	2,06%	9,09%	48	77,78%	14,29%	444	6,99%	9,63%						
80 Somme	748	-21,35%	-12,00%	72	-63,82%	-44,19%	820	-28,70%	-16,24%	842	12,57%	96	33,33%	938	14,39%
81 Tarn	335	3,08%	3,40%	65	-19,75%	-27,78%	400	-1,48%	-3,38%	280	-16,42%	102	56,92%	382	-4,50%
82 Tarn-et-Garonne	235	22,40%	5,86%	28	-47,17%	-17,65%	263	7,35%	2,73%	209	-11,06%	59	110,71%	268	1,90%
83 Var	753	3,86%	-8,62%	183	8,28%	3,98%	936	4,70%	-6,40%						
84 Vaucluse	732	-3,94%	11,42%	143	-44,14%	78,75%	875	-14,05%	18,72%						
85 Vendée	745	-13,37%	-4,97%	62	14,81%	-16,22%	807	-11,71%	-5,94%						
86 Vienne	568	-20,34%	-1,56%	59	63,89%	1,72%	627	-16,29%	-1,26%						
87 Haute-Vienne	379	-23,43%	-5,49%	165	19,57%	-6,78%	544	-14,06%	-5,88%	373	-1,58%	186	12,73%	559	2,76%
88 Vosges	321	-18,32%		50	-12,28%		371	-17,56%							
89 Yonne	181	-12,14%	2,26%	154	-7,23%	60,42%	335	-9,95%	22,71%	187	3,31%	132	-14,29%	319	-4,78%
90 Territoire de Belfort	118	4,42%	-1,67%	19	90,00%	171,43%	137	11,38%	7,87%						
91 Essonne	1167	-36,61%	-8,11%	369	-12,35%	-2,64%	1536	-32,10%	-6,85%						
93 Seine-Saint-Denis	1651	-31,72%	-20,40%	426	-25,52%	-18,86%	2077	-30,54%	-20,08%	1451	-12,11%	373	-12,44%	1824	-12,18%
94 Val-de-Marne	2216	-2,68%	3,50%	596	-4,79%	-10,64%	2812	-3,13%	0,14%						
974 Réunion	691	12,72%	11,81%	159	65,63%	5,30%	850	19,89%	10,53%						

Départements	HDT 2006	évolution HDT 2003/2006	Total HO 2006	évolution HO 2006/2003	Total HSC 2006 (HDT+HO)	évolution HSC 2003/2006	HDT en 2007	évolution HDT 2006/2007	HO en 2007	évolution HO 2006/2007	HSC 2007	évolution HSC 2006/2007
95 Val-d'Oise	978		145	/	1123							
973 Guyane	145		66	/	211		148	2,07%	48	-27,27%	196	-7,11%
1 Ain	500		263		763							
14 Calvados	565		177		742							
18 Cher	254		65		319							
19 Corrèze	157		44		201		157		44		201	
28 Eure-et-Loir	365		40		405							
31 Haute-Garonne	723		141		864							
54 Meurthe-et-Moselle	579		68		647							
67 Bas-Rhin	999		113		1112							
70 Haute-Saône	312		47		359		312		47		359	
92 Hauts-de-Seine	1592		293		1885							
971 Guadeloupe	405		127		532							
972 Martinique	408		210		618		408		210		618	
moyenne nationale	61198		1588		62786							

2) Ces chiffres généraux cachent d'importantes disparités entre les départements en ce qui concerne l'évolution du nombre d'HDT et d'HO.

Tableau 2: l'augmentation comparée des HDT entre 2003 et 2006 puis entre 2006 et 2007:

Départements	HDT 2006	HDT en 2003	évolution HDT 2006/2003	Départements	HDT 2006	HDT en 2007	évolution HDT 2007/2006
91 Essonne	1167	1841	-36,61%	33 Gironde	924	531	-42,53%
93 Seine-Saint-Denis	1651	2418	-31,72%	20B Haute-Corse	78	62	-20,51%
16 Charente	150	215	-30,23%	78 Yvelines	1018	826	-18,86%
4 Alpes de Haute Provence	121	172	-29,65%	20A Corse-du-Sud	71	58	-18,31%
23 Creuse	92	128	-28,13%	17 Charente-Maritime	499	416	-16,63%
22 Côtes-d'Armor	476	652	-26,99%	81 Tarn	335	280	-16,42%
59 Nord	3028	4017	-24,62%	10 Aube	231	201	-12,99%
50 Manche	348	458	-24,02%	47 Lot-et-Garonne	391	343	-12,28%
87 Haute-Vienne	379	495	-23,43%	93 Seine-Saint-Denis	1651	1451	-12,11%
13 Bouches-du-Rhône	1507	1954	-22,88%	48 Lozère	60	53	-11,67%
39 Jura	488	629	-22,42%	3 Allier	395	351	-11,14%
15 Cantal	149	191	-21,99%	82 Tarn-et-Garonne	235	209	-11,06%
66 Pyrénées-Orientales	385	493	-21,91%	46 Lot	192	174	-9,38%
41 Loir-et-Cher	136	174	-21,84%	11 Aude	355	326	-8,17%
74 Haute-Savoie	542	691	-21,56%	21 Côte d'Or	635	588	-7,40%
80 Somme	748	951	-21,35%	65 Hautes-Pyrénées	385	366	-4,94%
60 Oise	906	1148	-21,08%	32 Gers	190	181	-4,74%
86 Vienne	568	713	-20,34%	72 Sarthe	458	442	-3,49%
8 Ardennes	362	448	-19,20%	68 Haut Rhin	722	698	-3,32%
88 Vosges	321	393	-18,32%	69 Rhône	1923	1877	-2,39%
55 Meuse	167	204	-18,14%	38 Isère	972	949	-2,37%
58 Nièvre	153	186	-17,74%	42 Loire	696	680	-2,30%
71 Saône-et-Loire	542	650	-16,62%	62 Pas-de-Calais	1623	1596	-1,66%
27 Eure	363	434	-16,36%	87 Haute-Vienne	379	373	-1,58%
17 Charente-Maritime	499	585	-14,70%	63 Puy-de-Dôme	535	532	-0,56%
11 Aude	355	415	-14,46%	12 Aveyron	353	353	0,00%
46 Lot	192	223	-13,90%	52 Haute-Marne	158	159	0,63%
85 Vendée	745	860	-13,37%	43 Haute-Loire	241	244	1,24%
47 Lot-et-Garonne	391	451	-13,30%	58 Nièvre	153	155	1,31%
69 Rhône	1923	2216	-13,22%	73 Savoie	493	505	2,43%
45 Loiret	513	590	-13,05%	24 Dordogne	384	394	2,60%
89 Yonne	181	206	-12,14%	51 Marne	461	474	2,82%
6 Alpes Maritimes	1249	1418	-11,92%	35 Ille-et-Vilaine	1159	1194	3,02%
38 Isère	972	1096	-11,31%	89 Yonne	181	187	3,31%
30 Gard	653	735	-11,16%	26 Drôme	557	576	3,41%
63 Puy-de-Dôme	535	600	-10,83%	59 Nord	3028	3135	3,53%
78 Yvelines	1018	1140	-10,70%	76 Seine-Maritime	1061	1103	3,96%
65 Hautes-Pyrénées	385	429	-10,26%	36 Indre	162	170	4,94%
33 Gironde	924	1026	-9,94%	74 Haute-Savoie	542	574	5,90%
3 Allier	395	435	-9,20%	71 Saône-et-Loire	542	574	5,90%
76 Seine-Maritime	1061	1165	-8,93%	75 Paris	2192	2327	6,16%
29 Finistère	1083	1189	-8,92%	8 Ardennes	362	388	7,18%
35 Ille-et-Vilaine	1159	1269	-8,67%	13 Bouches-du-Rhône	1507	1617	7,30%
53 Mayenne	191	208	-8,17%	61 Orne	267	289	8,24%
36 Indre	162	175	-7,43%	66 Pyrénées-Orientales	385	419	8,83%
56 Morbihan	870	928	-6,25%	60 Oise	906	1003	10,71%
64 Pyrénées-Atlantiques	846	895	-5,47%	6 Alpes Maritimes	1249	1383	10,73%
68 Haut Rhin	722	763	-5,37%	15 Cantal	149	165	10,74%
12 Aveyron	353	373	-5,36%	5 Hautes Alpes	61	68	11,48%
20A Corse-du-Sud	71	75	-5,33%	53 Mayenne	191	215	12,57%
73 Savoie	493	520	-5,19%	80 Somme	748	842	12,57%
49 Maine-et-Loire	550	580	-5,17%	25 Doubs	533	605	13,51%
34 Hérault	1173	1230	-4,63%	50 Manche	348	401	15,23%
44 Loire-Atlantique	1104	1154	-4,33%	40 Landes	236	299	26,69%
32 Gers	190	198	-4,04%	55 Meuse	167	231	38,32%
84 Vaucluse	732	762	-3,94%	moyenne sur 200		33729	-0,34%
57 Moselle	1224	1267	-3,39%				
72 Sarthe	458	472	-2,97%				
94 Val-de-Marne	2216	2277	-2,68%				
26 Drôme	557	572	-2,62%				
37 Indre-et-Loire	338	346	-2,31%				
77 Seine-et-Marne	674	688	-2,03%				
42 Loire	696	704	-1,14%				
51 Marne	461	462	-0,22%				
61 Orne	267	267	0,00%				
24 Dordogne	384	379	1,32%				
7 Ardèche	369	364	1,37%				
79 Deux-Sèvres	396	388	2,06%				
52 Haute-Marne	158	154	2,60%				
81 Tarn	335	325	3,08%				
25 Doubs	533	515	3,50%				
83 Var	753	725	3,86%				
10 Aube	231	222	4,05%				
90 Territoire de Belfort	118	113	4,42%				
43 Haute-Loire	241	230	4,78%				
21 Côte d'Or	635	599	6,01%				
2 Aisne	431	396	8,84%				
62 Pas-de-Calais	1623	1449	12,01%				
974 Réunion	691	613	12,72%				
48 Lozère	60	53	13,21%				
82 Tarn-et-Garonne	235	192	22,40%				
9 Ariège	126	99	27,27%				
5 Hautes Alpes	61	44	38,64%				
40 Landes	236	143	65,03%				
75 Paris	2192	1119	95,89%				
20B Haute-Corse	78	0					
moyenne sur 2006		53216	58741	-9,41%			

Remarque: la forte augmentation pour Paris est compensée par une forte baisse dans les départements de l'Essonne et de Seine Saint Denis, ce qui s'explique en partie par le rapatriement sur Paris des services psychiatriques localisés dans ces départements. La situation pour l'Ile de France doit s'apprécier pour l'ensemble des départements et non pour un département particulier, tant les services de psychiatrie sont mélangés et répartis de façon parfois croisée entre les différents départements de la région.

Tableau 3: augmentation des HO entre 2003 et 2006 puis entre 2006 et 2007

Départements	Total HO 2006	HO en 2003	Evolution HO 2003/2006
80 Somme	72	199	-63,82%
41 Loir-et-Cher	40	83	-51,81%
82 Tarn-et-Garonne	28	53	-47,17%
84 Vaucluse	143	256	-44,14%
37 Indre-et-Loire	45	68	-33,82%
52 Haute-Marne	24	33	-27,27%
10 Aube	29	39	-25,64%
93 Seine-Saint-Denis	426	572	-25,52%
38 Isère	212	269	-21,19%
59 Nord	183	232	-21,12%
43 Haute-Loire	46	58	-20,69%
81 Tarn	65	81	-19,75%
50 Manche	66	80	-17,50%
39 Jura	20	24	-16,67%
22 Côtes-d'Armor	81	96	-15,63%
91 Essonne	369	421	-12,35%
88 Vosges	50	57	-12,28%
77 Seine-et-Marne	100	113	-11,50%
65 Hautes-Pyrénées	58	65	-10,77%
3 Allier	34	38	-10,53%
58 Nièvre	46	50	-8,00%
89 Yonne	154	166	-7,23%
17 Charente-Maritime	73	78	-6,41%
72 Sarthe	92	98	-6,12%
94 Val-de-Marne	596	626	-4,79%
32 Gers	43	45	-4,44%
51 Marne	69	72	-4,17%
34 Hérault	172	179	-3,91%
69 Rhône	411	424	-3,07%
16 Charente	101	104	-2,88%
47 Lot-et-Garonne	170	175	-2,86%
62 Pas-de-Calais	133	136	-2,21%
56 Morbihan	143	146	-2,05%
2 Aisne	63	63	0,00%
23 Creuse	36	36	0,00%
4 Alpes de Haute Provence	32	32	0,00%
55 Meuse	31	31	0,00%
36 Indre	40	40	0,00%
74 Haute-Savoie	90	89	1,12%
30 Gard	107	105	1,90%
33 Gironde	513	500	2,60%
29 Finistère	138	133	3,76%
13 Bouches-du-Rhône	265	251	5,58%
60 Oise	117	110	6,36%
83 Var	183	169	8,28%
7 Ardèche	46	42	9,52%
78 Yvelines	160	146	9,59%
21 Côte d'Or	102	93	9,68%
9 Ariège	42	37	13,51%
85 Vendée	62	54	14,81%
25 Doubs	128	111	15,32%
87 Haute-Vienne	165	138	19,57%
76 Seine-Maritime	150	125	20,00%
64 Pyrénées-Atlantiques	71	59	20,34%
53 Mayenne	35	29	20,69%
20A Corse-du-Sud	51	42	21,43%
35 Ille-et-Vilaine	167	137	21,90%
44 Loire-Atlantique	204	161	26,71%
15 Cantal	14	11	27,27%
68 Haut Rhin	97	75	29,33%
49 Maine-et-Loire	91	69	31,88%
42 Loire	140	106	32,08%
40 Landes	32	23	39,13%
73 Savoie	96	67	43,28%
61 Orne	70	48	45,83%
24 Dordogne	150	100	50,00%
8 Ardennes	48	31	54,84%
86 Vienne	59	36	63,89%
974 Réunion	159	96	65,63%
48 Lozère	24	14	71,43%
66 Pyrénées-Orientales	289	167	73,05%
57 Moselle	260	150	73,33%
27 Eure	95	54	75,93%
79 Deux-Sèvres	48	27	77,78%
90 Territoire de Belfort	19	10	90,00%
46 Lot	41	21	95,24%
5 Hautes Alpes	14	7	100,00%
63 Puy-de-Dôme	110	48	129,17%
26 Drôme	52	20	160,00%
75 Paris	797	197	304,57%
20B Haute-Corse	60	0	
moyenne sur 2		10538	9657
			9,12%

Départements	Total HO 2006	HO en 2007	évolution HO 2006/2007
71 Saône-et-Loire	75	34	-54,67%
48 Lozère	24	13	-45,83%
8 Ardennes	48	28	-41,67%
40 Landes	32	20	-37,50%
973 Guyane	66	48	-27,27%
75 Paris	797	594	-25,47%
59 Nord	183	139	-24,04%
21 Côte d'Or	102	82	-19,61%
25 Doubs	128	106	-17,19%
46 Lot	41	34	-17,07%
52 Haute-Marne	24	20	-16,67%
20A Corse-du-Sud	51	43	-15,69%
74 Haute-Savoie	90	77	-14,44%
89 Yonne	154	132	-14,29%
63 Puy-de-Dôme	110	95	-13,64%
26 Drôme	52	45	-13,46%
55 Meuse	31	27	-12,90%
93 Seine-Saint-Denis	426	373	-12,44%
24 Dordogne	150	132	-12,00%
51 Marne	69	61	-11,59%
43 Haute-Loire	46	41	-10,87%
62 Pas-de-Calais	133	121	-9,02%
33 Gironde	513	476	-7,21%
65 Hautes-Pyrénées	58	54	-6,90%
76 Seine-Maritime	150	140	-6,67%
78 Yvelines	160	150	-6,25%
73 Savoie	96	90	-6,25%
42 Loire	140	132	-5,71%
47 Lot-et-Garonne	170	165	-2,94%
17 Charente-Maritime	73	71	-2,74%
60 Oise	117	114	-2,56%
58 Nièvre	46	45	-2,17%
53 Mayenne	35	36	2,86%
61 Orne	70	73	4,29%
66 Pyrénées-Orientales	289	308	6,57%
32 Gers	43	46	6,98%
36 Indre	40	43	7,50%
69 Rhône	411	451	9,73%
87 Haute-Vienne	165	186	12,73%
10 Aube	29	33	13,79%
20B Haute-Corse	60	70	16,67%
38 Isère	212	249	17,45%
72 Sarthe	92	110	19,57%
13 Bouches-du-Rhône	265	325	22,64%
12 Aveyron	30	37	23,33%
11 Aude	81	100	23,46%
6 Alpes Maritimes	214	274	28,04%
3 Allier	34	44	29,41%
80 Somme	72	96	33,33%
5 Hautes Alpes	14	19	35,71%
68 Haut Rhin	97	135	39,18%
15 Cantal	14	21	50,00%
50 Manche	66	100	51,52%
81 Tarn	65	102	56,92%
35 Ille-et-Vilaine	167	290	73,65%
82 Tarn-et-Garonne	28	59	110,71%
moyenne sur 2006			-0,56%

Remarque: On voit que la moyenne cache des différences énormes avec des départements où le nombre de HO a quadruplé sur 3 ans ou doublé sur un an.

Tableau 4: augmentation des HSC entre 2003 et 2006 puis entre 2006 et 2007

Départements	Total HSC 2006	HSC 2003	Evolution HSC 2003/2006	Départements	HSC 2007	HSC 2006	Evolution HSC 2006/2007
91 Essonne	1536	2262	-32,10%	33 Gironde	1007	1437	-29,92%
41 Loir-et-Cher	176	257	-31,52%	48 Lozère	66	84	-21,43%
93 Seine-Saint-Denis	2077	2990	-30,54%	20A Corse-du-Sud	101	122	-17,21%
80 Somme	820	1150	-28,70%	78 Yvelines	976	1178	-17,15%
22 Côtes-d'Armor	557	748	-25,53%	17 Charente-Maritime	487	572	-14,86%
4 Alpes de Haute Provence	153	204	-25,00%	93 Seine-Saint-Denis	1824	2077	-12,18%
59 Nord	3211	4249	-24,43%	46 Lot	208	233	-10,73%
50 Manche	414	538	-23,05%	10 Aube	234	260	-10,00%
39 Jura	508	653	-22,21%	47 Lot-et-Garonne	508	561	-9,45%
23 Creuse	128	164	-21,95%	21 Côte d'Or	670	737	-9,09%
16 Charente	251	319	-21,32%	3 Allier	395	429	-7,93%
13 Bouches-du-Rhône	1772	2205	-19,64%	973 Guyane	196	211	-7,11%
15 Cantal	163	202	-19,31%	65 Hautes-Pyrénées	420	443	-5,19%
74 Haute-Savoie	632	780	-18,97%	89 Yonne	319	335	-4,78%
60 Oise	1023	1258	-18,68%	81 Tarn	382	400	-4,50%
88 Vosges	371	450	-17,56%	20B Haute-Corse	132	138	-4,35%
86 Vienne	627	749	-16,29%	42 Loire	812	836	-2,87%
55 Meuse	198	235	-15,74%	63 Puy-de-Dôme	627	645	-2,79%
58 Nièvre	199	236	-15,68%	32 Gers	227	233	-2,58%
8 Ardennes	410	479	-14,41%	11 Aude	426	436	-2,29%
87 Haute-Vienne	544	633	-14,06%	75 Paris	2921	2989	-2,28%
84 Vaucluse	875	1018	-14,05%	62 Pas-de-Calais	1717	1756	-2,22%
17 Charente-Maritime	572	663	-13,73%	52 Haute-Marne	179	182	-1,65%
71 Saône-et-Loire	617	714	-13,59%	24 Dordogne	526	534	-1,50%
38 Isère	1184	1365	-13,26%	71 Saône-et-Loire	608	617	-1,46%
85 Vendée	807	914	-11,71%	43 Haute-Loire	285	287	-0,70%
69 Rhône	2334	2640	-11,59%	69 Rhône	2328	2334	-0,26%
47 Lot-et-Garonne	561	626	-10,38%	72 Sarthe	552	550	0,36%
65 Hautes-Pyrénées	443	494	-10,32%	58 Nièvre	200	199	0,50%
45 Loiret	594	660	-10,00%	51 Marne	535	530	0,94%
89 Yonne	335	372	-9,95%	73 Savoie	595	589	1,02%
11 Aude	436	483	-9,73%	38 Isère	1198	1184	1,18%
30 Gard	760	840	-9,52%	8 Ardennes	416	410	1,46%
3 Allier	429	473	-9,30%	68 Haut Rhin	833	819	1,71%
6 Alpes Maritimes	1463	1601	-8,62%	12 Aveyron	390	383	1,83%
78 Yvelines	1178	1286	-8,40%	82 Tarn-et-Garonne	268	263	1,90%
29 Finistère	1221	1322	-7,64%	59 Nord	3274	3211	1,96%
37 Indre-et-Loire	383	414	-7,49%	26 Drôme	621	609	1,97%
27 Eure	458	488	-6,15%	76 Seine-Maritime	1243	1211	2,64%
76 Seine-Maritime	1211	1290	-6,12%	87 Haute-Vienne	559	544	2,76%
36 Indre	202	215	-6,05%	74 Haute-Savoie	651	632	3,01%
33 Gironde	1437	1526	-5,83%	36 Indre	213	202	5,45%
35 Ille-et-Vilaine	1326	1406	-5,69%	61 Orne	362	337	7,42%
56 Morbihan	1013	1074	-5,68%	25 Doubs	711	661	7,56%
53 Mayenne	226	237	-4,64%	66 Pyrénées-Orientales	727	674	7,86%
34 Hérault	1345	1409	-4,54%	60 Oise	1117	1023	9,19%
46 Lot	233	244	-4,51%	13 Bouches-du-Rhône	1942	1772	9,59%
32 Gers	233	243	-4,12%	53 Mayenne	251	226	11,06%
12 Aveyron	383	399	-4,01%	35 Ille-et-Vilaine	1484	1326	11,92%
64 Pyrénées-Atlantiques	917	954	-3,88%	6 Alpes Maritimes	1657	1463	13,26%
72 Sarthe	550	570	-3,51%	15 Cantal	186	163	14,11%
77 Seine-et-Marne	774	801	-3,37%	80 Somme	938	820	14,39%
94 Val-de-Marne	2812	2903	-3,13%	5 Hautes Alpes	87	75	16,00%
52 Haute-Marne	182	187	-2,67%	40 Landes	319	268	19,03%
68 Haut Rhin	819	828	-2,27%	50 Manche	501	414	21,01%
81 Tarn	400	406	-1,48%	55 Meuse	258	198	30,30%
49 Maine-et-Loire	641	649	-1,23%				-0,38%
51 Marne	530	534	-0,75%				
44 Loire-Atlantique	1308	1315	-0,53%				
63 Puy-de-Dôme	645	648	-0,46%				
10 Aube	260	261	-0,38%				
43 Haute-Loire	287	288	-0,35%				
73 Savoie	589	587	0,34%				
66 Pyrénées-Orientales	674	660	2,12%				
7 Ardèche	415	406	2,22%				
26 Drôme	609	592	2,87%				
42 Loire	836	810	3,21%				
20A Corse-du-Sud	122	117	4,27%				
83 Var	936	894	4,70%				
57 Moselle	1484	1417	4,73%				
25 Doubs	661	626	5,59%				
21 Côte d'Or	737	692	6,50%				
61 Orne	337	315	6,98%				
79 Deux-Sèvres	444	415	6,99%				
82 Tarn-et-Garonne	263	245	7,35%				
2 Aisne	494	459	7,63%				
62 Pas-de-Calais	1756	1585	10,79%				
90 Territoire de Belfort	137	123	11,38%				
24 Dordogne	534	479	11,48%				
974 Réunion	850	709	19,89%				
9 Ariège	168	136	23,53%				
48 Lozère	84	67	25,37%				
5 Hautes Alpes	75	51	47,06%				
40 Landes	268	166	61,45%				
75 Paris	2989	1316	127,13%				
20B Haute-Corse	138	0					
moyenne sur 2006	62218	68398	-5,92%				

Commentaires généraux sur les chiffres des hospitalisations :

Explications sur la baisse des HDT:

2 raisons l'expliquent : la jurisprudence du Conseil d'État en 2003 sur le tiers demandeur et l'augmentation des HO.

Le Conseil d'Etat dans un arrêt de 2003 a précisé que le tiers demandeur dans une HDT devait être quelqu'un qui était personnellement lié à la personne concernée et la connaissant avant son HDT. Cet arrêt a mis fin à une dérive qui consistait à faire signer une demande d'HDT par un membre du personnel administratif de l'hôpital lorsque le médecin souhaitait un internement. En appliquant la règle rappelée par le Conseil d'État, le nombre des HDT a immédiatement baissé. Dans l'Yonne, le nombre des HDT a baissé en quelques mois de 40% lorsque l'hôpital a refusé d'accepter les demandes d'hospitalisations présentées par le directeur d'une maison de retraite parce qu'elles n'émanaien pas de quelqu'un lié personnellement à la personne concernée.

Cela prouve deux choses:

- **il existe des hospitalisations sous contrainte qui sont des hospitalisations de facilité et qui peuvent être évitées**
- **L'application rigoureuse des textes de loi avec rigueur permet d'éviter les dérives.**

La deuxième explication à la baisse des HDT est l'augmentation des HO. Il y a eu dans une mesure assez limitée mais réelle un basculement de procédure, des HDT vers les HO, basculement qu'il est difficile de chiffrer.

Explications sur l'augmentation des HO:

2 raison également: l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives face aux problèmes sociaux comme l'alcoolisme, la drogue, ou la délinquance (Voir à ce sujet la section IV A de ce rapport), et la baisse des HDT.

Perspectives :

Inconnues. Il existe un risque certain de multiplication des HO à des fins répressives. On observe de plus en plus que des Préfets n'hésitent pas à faire interner une personne considérée dangereuse. C'est en quelque sorte dans l'air du temps. On ne peut que s'en inquiéter mais on peut aussi y voir un côté positif : la psychiatrie apparaît au grand jour en tant qu'outil répressif et cela met fin à une hypocrisie soigneusement entretenue laissant croire que la psychiatrie ne s'occupe que de « soigner », même si aucune guérison n'a pu encore être constatée.

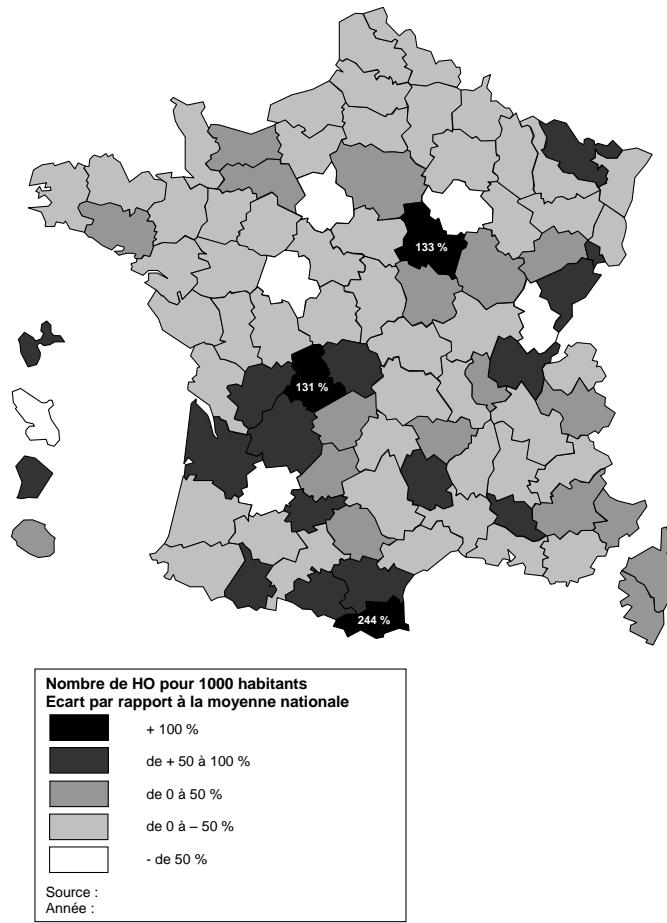
B/ Les Français inégaux face à l'internement psychiatrique

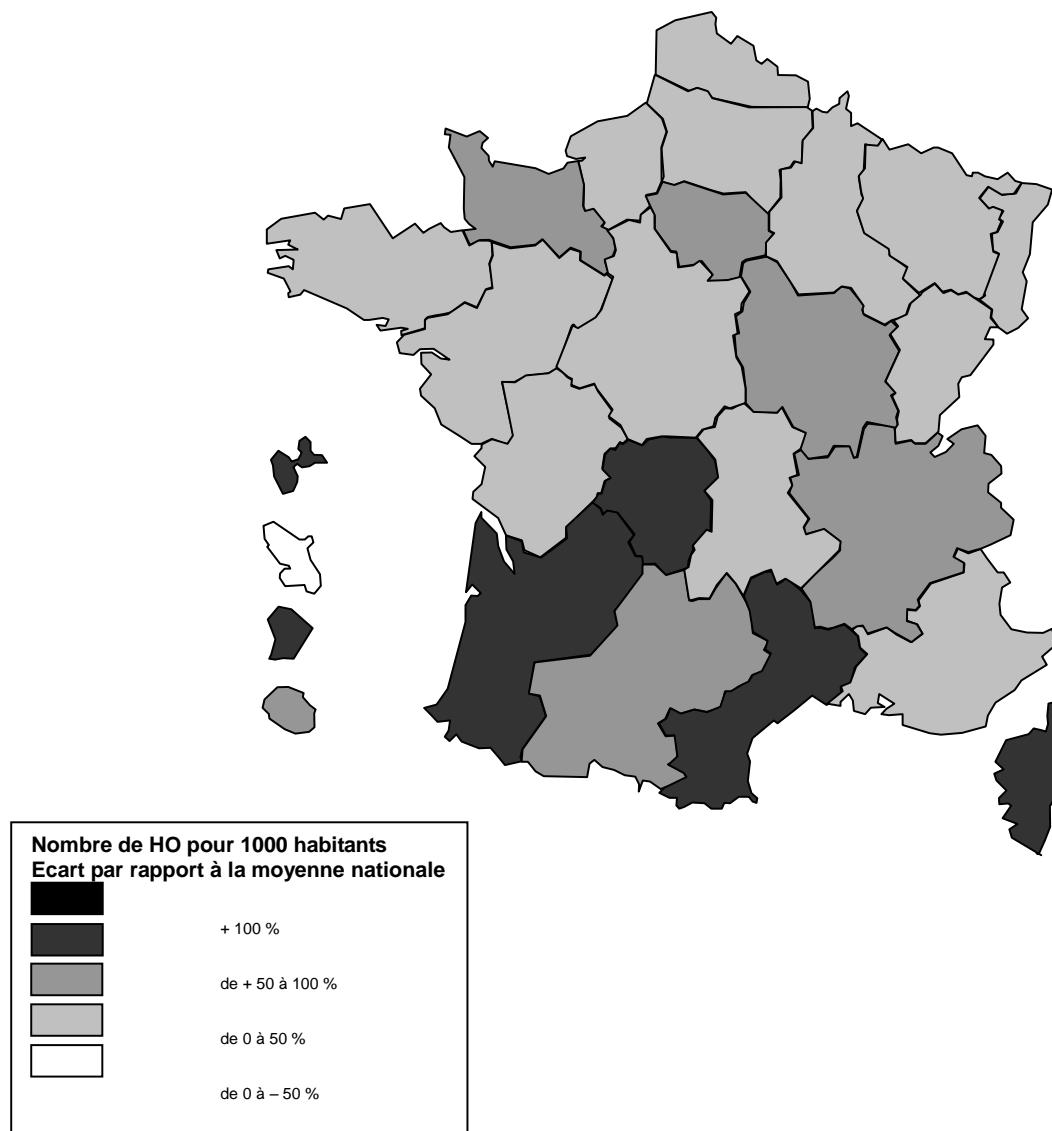
Tableau 6 : nombres de HDT pour 1000 habitants, classement par départements

Département	Total HDT 2006	Nbre habitants (2006)	Nbre HDT/1000 hab	Département	Total HDT 2006	Nbre habitants (2006)	Nbre HDT/1000 hab			
39 Jura	488	257399	1,90	70 Haute-Saône	312	235867	1,32			
94 Val-de-Marne	2216	1298340	1,71	972 Martinique	408	397732	1,03			
65 Hautes-Pyrénées	385	227736	1,69	19 Corrèze	157	240363	0,65			
84 Vaucluse	732	534291	1,37	HDT en 2007						
86 Vienne	568	418460	1,36	70 Haute-Saône	312	235867	1,32			
64 Pyrénées-Atlantiques	846	636849	1,33	972 Martinique	408	397732	1,03			
80 Somme	748	564319	1,33	19 Corrèze	157	240363	0,65			
12 Aveyron	353	273377	1,29	HDT en 2005						
8 Ardennes	362	285653	1,27	67 Bas-Rhin	999	1079016	0,93			
56 Morbihan	870	694821	1,25	1 Ain	500	566740	0,88			
85 Vendée	745	597185	1,25	28 Eure-et-Loir	365	421114	0,87			
21 Côte d'Or	635	517168	1,23	18 Cher	254	314675	0,81			
29 Finistère	1083	883001	1,23	31 Haute-Garonne	723	1186330	0,61			
35 Ille-et-Vilaine	1159	945851	1,23	HDT en 2004						
73 Savoie	493	403090	1,22	92 Hauts-de-Seine	1592	1536100	1,04			
47 Lot-et-Garonne	391	322292	1,21	971 Guadeloupe	405	400736	1,01			
7 Ardèche	369	306185	1,21	14 Calvados	565	671351	0,84			
26 Drôme	557	468608	1,19	54 Meurthe-et-Moselle	579	725302	0,80			
57 Moselle	1224	1036721	1,18	moy. nationale						
59 Nord	3028	2565257	1,18	moy. nationale	62158	63192750	0,98			
34 Hérault	1173	1001041	1,17	Région parisienne						
6 Alpes Maritimes	1249	1073184	1,16	75 Paris	2192	2181371	1,00			
69 Rhône	1923	1669655	1,15	91 Essonne	1167	1198273	0,97			
3 Allier	395	343309	1,15	93 Seine-Saint-Denis	1651	1491970	1,11			
60 Oise	906	792975	1,14	92 Hauts-de-Seine	1592	1536100	1,04			
46 Lot	192	169531	1,13	77 Seine-et-Marne	674	1273488	0,53			
62 Pas-de-Calais	1623	1453387	1,12	95 Val-d'Oise	978	1157052	0,85			
93 Seine-Saint-Denis	1651	1491970	1,11	78 Yvelines	1018	1395804	0,73			
79 Deux-Sèvres	396	359711	1,10	9272	10234058		0,91			
43 Haute-Loire	241	219484	1,10							
32 Gers	190	181375	1,05							
11 Aude	355	341022	1,04	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
82 Tarn-et-Garonne	235	226849	1,04	+ de 50%						
25 Doubs	533	516157	1,03	de + 10 à + 50 %						
87 Haute-Vienne	379	367156	1,03	+ / - 10 %						
75 Paris	2192	2181371	1,00	de - 10 à - 40 %						
15 Cantal	149	149682	1,00	- de 50 %						
71 Saône-et-Loire	542	549361	0,99							
68 Haut-Rhin	722	736477	0,98							
91 Essonne	1167	1198273	0,97	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
30 Gard	653	683169	0,96	+ de 50%						
24 Dordogne	384	404052	0,95	de + 10 à + 50 %						
42 Loire	696	741269	0,94	+ / - 10 %						
81 Tarn	335	365335	0,92	de - 10 à - 40 %						
44 Loire-Atlantique	1104	1234001	0,89	- de 50 %						
66 Pyrénées-Orientales	385	432112	0,89							
61 Orne	267	299704	0,89							
974 Réunion	691	781962	0,88	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
55 Meuse	167	193696	0,86	+ de 50%						
9 Ariège	126	146289	0,86	de + 10 à + 50 %						
63 Puy-de-Dôme	535	623463	0,86	+ / - 10 %						
76 Seine-Maritime	1061	1243834	0,85	de - 10 à - 40 %						
95 Val-d'Oise	978	1157052	0,85	- de 50 %						
88 Vosges	321	379975	0,84							
52 Haute-Marne	158	187652	0,84							
90 Territoire de Belfort	118	141201	0,84	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
22 Côtes-d'Armor	476	570861	0,83	+ de 50%						
17 Charente-Maritime	499	598915	0,83	de + 10 à + 50 %						
72 Isère	972	1169491	0,83	+ / - 10 %						
51 Sarthe	458	553484	0,83	de - 10 à - 40 %						
2 Marne	461	565841	0,81	- de 50 %						
45 Aisne	431	537061	0,80							
4 Loiret	513	645325	0,79							
48 Alpes de Haute Provence	121	154501	0,78	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
74 Lozère	60	76800	0,78	+ de 50%						
13 Haute-Savoie	542	696255	0,78	de + 10 à + 50 %						
10 Bouches-du-Rhône	1507	1937405	0,78	+ / - 10 %						
83 Aube	231	299704	0,77	de - 10 à - 40 %						
23 Var	753	985099	0,76	- de 50 %						
78 Creuse	92	123401	0,75							
49 Yvelines	1018	1395804	0,73							
50 Maine-et-Loire	550	766659	0,72	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
973 Manche	348	492563	0,71	+ de 50%						
36 Guyane	145	205954	0,70	de + 10 à + 50 %						
58 Indre	162	232959	0,70	+ / - 10 %						
33 Nièvre	153	222220	0,69	de - 10 à - 40 %						
40 Gironde	924	1393758	0,66	- de 50 %						
27 Landes	236	362827	0,65							
53 Eure	363	567221	0,64							
37 Mayenne	191	299000	0,64	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
89 Indre-et-Loire	338	580312	0,58	+ de 50%						
77 Yonne	181	340088	0,53	de + 10 à + 50 %						
20A Seine-et-Marne	674	1273488	0,53	+ / - 10 %						
20B Corse-du-Sud	71	135718	0,52	de - 10 à - 40 %						
5 Haute-Corse	78	158400	0,49	- de 50 %						
16 Hautes Alpes	61	130752	0,47							
41 Charente	150	347037	0,43							
38 Loir-et-Cher	136	325182	0,42	Nombre de HDT pour 1000 habitants Ecart par rapport à la moyenne nationale						
moyenne sur 2006	54339	55417424	0,98	+ de 50%						

Tableau 7 : nombre de HO pour 1000 habitants, classement par départements

Département	Total HO en 2006	nombre habitants (2006)	nombre HO/1000 hab	Département	Total HO en 2006	nombre habitants (2006)	nombre HO/1000 hab
Pyrénées-Orientales	289	432112	0,67	Corrèze	44	240363	0,18
Lot-et-Garonne	170	322292	0,53	Haute-Saône	47	235867	0,20
Val-de-Marne	596	1298340	0,46	Martinique	210	397732	0,53
Yonne	154	340088	0,45	HO en 2005			
Haute-Vienne	165	367156	0,45	Ain	263	566740	0,46
Haute-Corse	60	158400	0,38	Bas-Rhin	113	1079016	0,10
Corse-du-Sud	51	135718	0,38	Eure-et-Loir	40	421114	0,09
Dordogne	150	404052	0,37	Cher	65	314675	0,21
Gironde	513	1393758	0,37	HO en 2004			
Paris	797	2181371	0,37	Haute-Garonne	141	1186330	0,12
Guyane	66	205954	0,32	HO en 2003			
Lozère	24	76800	0,31	Guadeloupe	127	400736	0,32
Essonne	369	1198273	0,31	Calvados	177	671351	0,26
Creuse	36	123401	0,29	Meurthe-et-Moselle	68	725302	0,09
Charente	101	347037	0,29	Hauts-de-Seine	293	1536100	0,19
Ariège	42	146289	0,29				
Seine-Saint-Denis	426	1491970	0,29				
Vaucluse	143	534291	0,27				
Hautes-Pyrénées	58	227736	0,25				
Moselle	260	1036721	0,25				
Doubs	128	516157	0,25				
Rhône	411	1669655	0,25				
Lot	41	169531	0,24				
Savoie	96	403090	0,24				
Aude	81	341022	0,24				
Gers	43	181375	0,24				
Orne	70	299704	0,23				
Haute-Loire	46	219484	0,21				
Alpes de Haute Provence	32	154501	0,21				
Nièvre	46	222220	0,21				
Morbihan	143	694821	0,21				
Réunion	159	781962	0,20				
Alpes Maritimes	214	1073184	0,20				
Côte d'Or	102	517168	0,20				
Loire	140	741269	0,19				
Var	183	985099	0,19				
Isère	212	1169491	0,18				
Tarn	65	365335	0,18				
Ille-et-Vilaine	167	945851	0,18				
Puy-de-Dôme	110	623463	0,18				
Hérault	172	1001041	0,17				
Indre	40	232959	0,17				
Ardennes	48	285653	0,17				
Eure	95	567221	0,17				
Sarthe	92	553484	0,17				
Loire-Atlantique	204	1234001	0,17				
Meuse	31	193696	0,16				
Gard	107	683169	0,16				
Finistère	138	883001	0,16				
Ardèche	46	306185	0,15				
Oise	117	792975	0,15				
Côtes-d'Armor	81	570861	0,14				
Vienne	59	418460	0,14				
Bouches-du-Rhône	265	1937405	0,14				
Saône-et-Loire	75	549361	0,14				
Territoire de Belfort	19	141201	0,13				
Manche	66	492563	0,13				
Deux-Sèvres	48	359711	0,13				
Haut-Rhin	97	736477	0,13				
Vosges	50	379975	0,13				
Haute-Savoie	90	696255	0,13				
Haute-Marne	24	187652	0,13				
Somme	72	564319	0,13				
Loiret	81	645325	0,13				
Val-d'Oise	145	1157052	0,13				
Tarn-et-Garonne	28	226849	0,12				
Loir-et-Cher	40	325182	0,12				
Marne	69	565841	0,12				
Charente-Maritime	73	598915	0,12				
Seine-Maritime	150	1243834	0,12				
Maine-et-Loire	91	766659	0,12				
Aisne	63	537061	0,12				
Mayenne	35	299000	0,12				
Yvelines	160	1395804	0,11				
Pyrénées-Atlantiques	71	636849	0,11				
Drome	52	468608	0,11				
Aveyron	30	273377	0,11				
Hauts-Alpes	14	130752	0,11				
Vendée	62	597185	0,10				
Allier	34	343309	0,10				
Aube	29	299704	0,10				
Cantal	14	149682	0,09				
Pas-de-Calais	133	1453387	0,09				
Landes	32	362827	0,09				
Seine-et-Marne	100	1273488	0,08				
Jura	20	257399	0,08				
Indre-et-Loire	45	580312	0,08				
Nord	183	2565257	0,07				
moyenne sur 2006	10749	55417424	0,19				

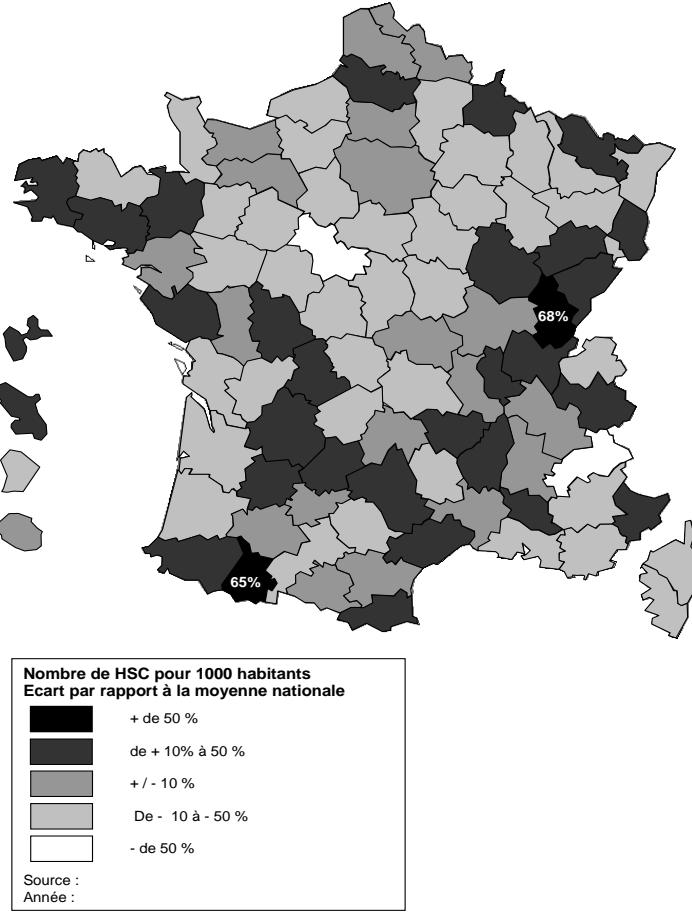


Nombre de HO pour 1000 habitants, classement par régions

Remarque: Concernant les HO, l'évaluation par région est plus pertinente. Il existe des structures particulières comme les Unités pour malades difficiles qui couvrent plus d'un département (elles ont même parfois une vocation nationale comme Cadillac en Gironde ou Montfavet dans le Vaucluse).

Tableau 8 : nombre de HSC, classement par départements, par ordre décroissant

Département	Total HSC 2006	nombre habitants (2006)	nombre d'HSC pour 1000 habitants en 2006	Département	Total HSC 2006	nombre habitants (2006)	nombre d'HSC pour 1000 habitants en 2006
Val-de-Marne	2812	1298340	2,17				
Jura	508	257399	1,97				
Hautes-Pyrénées	443	227736	1,95	Martinique	618	397732	1,55
Lot-et-Garonne	561	322292	1,74	Haute-Saône	359	235867	1,52
Vaucluse	875	534291	1,64	Corrèze	201	240363	0,84
Pyrénées-Orientales	674	432112	1,56				
Vienne	627	418460	1,50				
Haute-Vienne	544	367156	1,48	HSC 2007			
Savoie	589	403090	1,46	Ain	763	566740	1,35
Morbihan	1013	694821	1,46	Bas-Rhin	1112	1079016	1,03
Somme	820	564319	1,45	Cher	319	314675	1,01
Pyrénées-Atlantiques	917	636849	1,44	Eure-et-Loir	405	421114	0,96
Ardennes	410	285653	1,44				
Moselle	1484	1036721	1,43	HSC 2005			
Côte d'Or	737	517168	1,43	Haute-Garonne	864	1186330	0,73
Ille-et-Vilaine	1326	945851	1,40				
Aveyron	383	273377	1,40	HSC 2003			
Rhône	2334	1669655	1,40	Guadeloupe	532	400736	1,33
Seine-Saint-Denis	2077	1491970	1,39	Hauts-de-Seine	1885	1536100	1,23
Finistère	1221	883001	1,38	Calvados	742	671351	1,11
Lot	233	169531	1,37	Meurthe-et-Moselle	647	725302	0,89
Paris	2989	2181371	1,37	moyenne nationale	73535	62023259	1,19
Alpes Maritimes	1463	1073184	1,36				
Ardèche	415	306185	1,36				
Vendée	807	597185	1,35				
Hérault	1345	1001041	1,34				
Dordogne	534	404052	1,32				
Haute-Loire	287	219484	1,31				
Drôme	609	468608	1,30				
Oise	1023	792975	1,29				
Gers	233	181375	1,28				
Essonne	1536	1198273	1,28				
Doubs	661	516157	1,28				
Aude	436	341022	1,28				
Nord	3211	2565257	1,25				
Allier	429	343309	1,25				
Deux-Sèvres	444	359711	1,23				
Pas-de-Calais	1756	1453387	1,21				
Tarn-et-Garonne	263	226849	1,16				
Ariège	168	146289	1,15				
Loire	836	741269	1,13				
Orne	337	299704	1,12				
Saône-et-Loire	617	549361	1,12				
Gard	760	683169	1,11				
Haut-Rhin	819	736477	1,11				
Tarn	400	365335	1,09				
Lozère	84	76800	1,09				
Cantal	163	149682	1,09				
Réunion	850	781962	1,09				
Loire-Atlantique	1308	1234001	1,06				
Creuse	128	123401	1,04				
Puy-de-Dôme	645	623463	1,03				
Gironde	1437	1393758	1,03				
Guyane	211	205954	1,02				
Meuse	198	193696	1,02				
Isère	1184	1 169 491	1,01				
Sarthe	550	553484	0,99				
Alpes de Haute Provence	153	154501	0,99				
Yonne	335	340088	0,99				
Vosges	371	379975	0,98				
Côtes-d'Armor	557	570861	0,98				
Seine-Maritime	1211	1243834	0,97				
Val-d'Oise	1123	1157052	0,97				
Territoire de Belfort	137	141201	0,97				
Haute-Marne	182	187652	0,97				
Charente-Maritime	572	598915	0,96				
Var	936	985099	0,95				
Marne	530	565841	0,94				
Loiret	594	645325	0,92				
Aisne	494	537061	0,92				
Bouches-du-Rhône	1772	1937405	0,91				
Haute-Savoie	632	696255	0,91				
Corse-du-Sud	122	135718	0,90				
Nièvre	199	222220	0,90				
Haute-Corse	138	158400	0,87				
Aube	260	299704	0,87				
Indre	202	232959	0,87				
Yvelines	1178	1395804	0,84				
Manche	414	492563	0,84				
Maine-et-Loire	641	766659	0,84				
Eure	458	567221	0,81				
Mayenne	226	299000	0,76				
Landes	268	362827	0,74				
Charente	251	347037	0,72				
Indre-et-Loire	383	580312	0,66				
Seine-et-Marne	774	1273488	0,61				
Hautes Alpes	75	130752	0,57				
Loir-et-Cher	176	325182	0,54				
moyenne sur 2006	65088	55417424	1,17				



Commentaires sur ces disparités:

Il n'existe aucune explication connue à ces disparités importantes. La CCDH a contacté plusieurs DDASS dans des départements à fort taux d'internements pour leur demander si elles avaient des explications. L'importance de l'alcoolisme est parfois avancée mais elle n'est pas entièrement satisfaisante. Il n'existe pas d'étude épidémiologique sur la santé mentale des français qui permettrait de dire que l'on est plus fou dans certaines régions ou certains départements que dans d'autres. Il est douteux que ce soit le cas. Les facteurs socio-économiques ne permettent pas non plus d'apporter d'explications. La Commission de citoyens pour les droits de l'homme émet l'hypothèse de mauvaises habitudes prises par des hôpitaux et des psychiatres qui procèderaient plus facilement que d'autres à des hospitalisations forcées. C'est sûrement le cas dans certains hôpitaux mais il n'est pas certain que cela suffise à expliquer les disparités. Des études devraient être entreprises pour trouver des explications. Ces études devraient en particulier prendre en compte les structures hospitalières et voir si les différences de structures ne seraient pas une explication valable (la CCDH n'a pas accès aux informations lui permettant de mener ces enquêtes qui devraient être réalisées par le Ministère de la Santé).

II. LA LOI SUR LA PROCEDURE D'HOSPITALISATION N'EST GLOBALEMENT PAS RESPECTEE

A/ Une procédure d'urgence trop fréquemment utilisée

Rappel : article L3212-3 de la loi du 27 juin 1990:

« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. »

Conformément à la loi de 1990, les CDHP doivent porter leur attention sur l'utilisation des procédures d'urgence et élaborer un rapport annuel sur le respect des procédures d'urgence. Cela est dû au fait que toute mesure prise en urgence est davantage source d'abus et d'arbitraire et doit faire l'objet d'une surveillance particulière.

Il ressort de l'examen des rapports des CDHP qu'il y a une dérive majeure en matière d'hospitalisations sur demande d'un tiers :

Les mesures d'HDT en urgence, supposées exceptionnelles, représentent en 2007 plus de la moitié des mesures d'HDT, et c'est une dérive inacceptable.

Carte de la répartition nationale de HDT en urgence en 2006

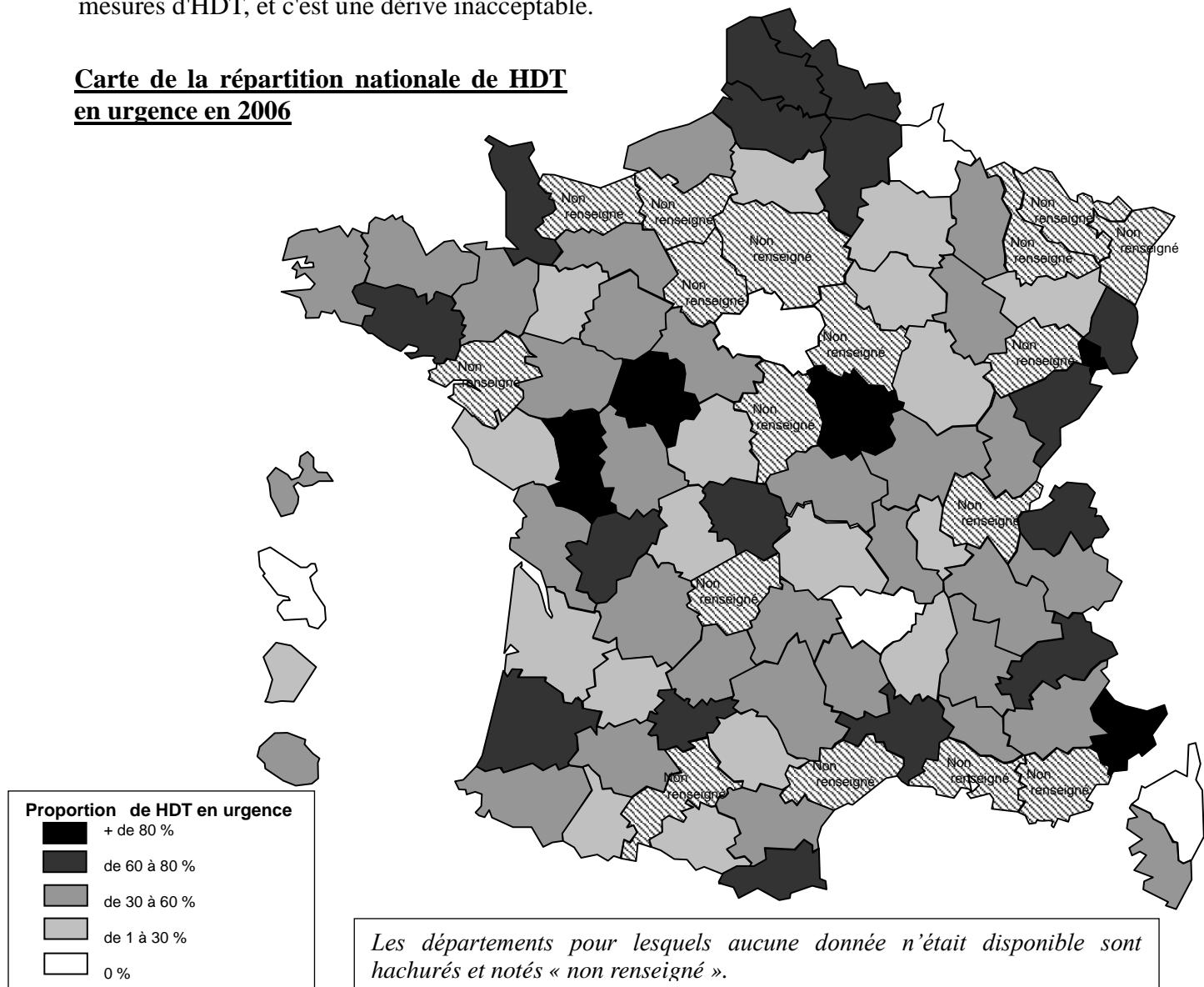


Tableau 9 : pourcentage des HDT en urgence par ordre décroissant en 2006 et 2007.

Département	% HDT en urgence en 2006	Département	% HDT urgence en 2007
6 Alpes Maritimes	92,79%	6 Alpes Maritimes	94,58%
79 Deux-Sèvres	89,90%	58 Nièvre	92,26%
58 Nièvre	86,27%	89 Yonne	85,56%
37 Indre-et-Loire	82,84%	3 Allier	82,62%
90 Territoire de Belfort	81,36%	40 Landes	76,25%
77 Seine-et-Marne	77,74%	80 Somme	76,13%
16 Charente	74,00%	93 Seine-Saint-Denis	72,71%
80 Somme	73,40%	74 Haute-Savoie	69,86%
2 Aisne	71,69%	20A Corse-du-Sud	68,97%
30 Gard	69,98%	62 Pas-de-Calais	68,80%
56 Morbihan	69,31%	42 Loire	66,76%
62 Pas-de-Calais	68,02%	25 Doubs	66,28%
74 Haute-Savoie	67,34%	66 Pyrénées-Orientales	65,87%
34 Hérault	67,18%	59 Nord	64,66%
50 Manche	65,52%	95 Val-d'Oise	62,51%
59 Nord	65,46%	82 Tarn-et-Garonne	60,29%
4 Alpes de Haute Provence	64,46%	17 Charente-Maritime	59,86%
40 Landes	63,98%	76 Seine-Maritime	58,84%
23 Creuse	63,04%	50 Manche	58,10%
95 Val-d'Oise	62,68%	73 Savoie	53,27%
25 Doubs	61,16%	72 Sarthe	48,64%
66 Pyrénées-Orientales	60,78%	32 Gers	48,07%
82 Tarn-et-Garonne	60,43%	55 Meuse	46,75%
76 Seine-Maritime	59,57%	15 Cantal	46,67%
3 Allier	58,99%	35 Ille-et-Vilaine	45,23%
48 Lozère	58,33%	38 Isère	43,31%
42 Loire	57,76%	24 Dordogne	42,89%
64 Pyrénées-Atlantiques	56,74%	46 Lot	41,95%
86 Vienne	55,28%	26 Drôme	40,80%
55 Meuse	53,29%	12 Aveyron	39,38%
15 Cantal	53,02%	11 Aude	38,34%
72 Sarthe	52,84%	61 Orne	31,49%
32 Gers	52,63%	81 Tarn	29,29%
974 Réunion	51,95%	52 Haute-Marne	28,93%
73 Savoie	50,71%	65 Hautes-Pyrénées	28,42%
20A Corse-du-Sud	50,70%	53 Mayenne	25,58%
41 Loir-et-Cher	49,26%	87 Haute-Vienne	24,93%
35 Ille-et-Vilaine	48,84%	48 Lozère	24,53%
17 Charente-Maritime	47,70%	33 Gironde	24,29%
49 Maine-et-Loire	46,73%	5 Hautes-Alpes	23,53%
26 Drôme	44,70%	60 Oise	23,33%
84 Vaucluse	43,72%	21 Côte d'Or	22,62%
11 Aude	42,82%	69 Rhône	22,06%
46 Lot	41,67%	47 Lot-et-Garonne	21,57%
22 Côtes-d'Armor	41,60%	36 Indre	21,18%
29 Finistère	41,18%	51 Marne	14,56%
71 Saône-et-Loire	41,14%	8 Ardennes	6,19%
38 Isère	40,02%	63 Puy-de-Dôme	5,45%
52 Haute-Marne	37,97%	10 Aube	3,98%
12 Aveyron	37,96%	20B Haute-Corse	0,00%
61 Orne	37,83%	43 Haute-Loire	0,00%
24 Dordogne	35,94%	moyenne sur 2007	
39 Jura	34,43%	50,94%	
94 Val-de-Marne	33,98%		
87 Haute-Vienne	29,82%		
5 Hautes-Alpes	27,87%		
53 Mayenne	27,23%		
9 Ariège	26,98%		
65 Hautes-Pyrénées	26,23%		
81 Tarn	24,48%		
93 Seine-Saint-Denis	24,29%		
21 Côte d'Or	23,94%		
33 Gironde	22,40%		
69 Rhône	21,37%		
60 Oise	21,19%		
47 Lot-et-Garonne	19,69%		
88 Vosges	14,95%		
36 Indre	13,58%		
68 Haut-Rhin	13,43%		
85 Vendée	12,48%		
45 Loiret	12,28%		
10 Aube	12,12%		
7 Ardèche	9,76%		
63 Puy-de-Dôme	8,60%		
51 Marne	7,81%		
43 Haute-Loire	0,00%		
8 Ardennes	0,00%		
20B Haute-Corse	0,00%		
Total 2006	46,42%		

moyenne nationale:

2003 sur 93 départements	42,91%
2006 sur 76 départements	46,42%
2007 sur 53 départements	50,94%

Explications données par les CDHP:

Commentaires extraits des rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

- L'urgence, solution de facilité:

29 Finistère, 2007: « Les HDT en urgence sont en baisse mais encore utilisées à titre pratique »

(au CH de Morlaix)

45 Loiret: « Pour certaines HDT en urgence, la notion de péril imminent est apparemment injustifiée (solution de facilité). »

74 Haute Savoie 2007: le problème de l'urgence est mentionné comme un problème éthique.

- Problème de démographie médicale:

58 Nièvre: la démographie médicale empêche l'obtention d'un 2e certificat ».

- Explications variées:

71 Haute Saône 2007 : La CDHP observe un pourcentage élevé de mesures d'urgence en HDT et explique ça par:

- a/ une plus grande facilité d'admission du fait de la production d'un seul certificat médical au lieu de 2
- b/ la montée de la violence,
- c/ le souci de couverture légale, suite à un placement libre et pour les patients en hospitalisation libre
- d/ une mauvaise information du médecin généraliste;
- e/ la pénurie de psychiatres libéraux qui entraîne un allongement du délai de consultations, source d'aggravation des troubles et d'hospitalisation qui auraient pu être évitées;
- f/ l'absence de service « porte » dans de nombreux hôpitaux qui pourraient éviter une hospitalisation en HDT
- G/ l'absence de possibilité d'hospitalisation libre par manque de place disponible.

- La rigueur permet d'éviter les dérives dans certains départements:

43 Haute Loire : « la CDHP explique l'absence d'HDT en urgence par une grande rigueur, au particulier au CHS. »

48 Lozère: la CDHP a indiqué en 2006 qu'elle allait se pencher sur ce problème de l'urgence. Les HDT en urgence ont assez fortement baissé l'année suivante.

Explications et commentaires de la CCDH:

La CCDH a systématiquement alerté les autorités (DDASS, Préfet, Procureur, CDHP) sur cette dérive en matière d'application de la loi. Les réponses ont été rares et très décevantes. La plupart des réponses se contentent de dire qu'aucun abus n'a été relevé. C'est une réponse assez ubuesque. On voit bien qu'il y a une dérive générale mais on nie le phénomène en prétendant qu'il n'y a pas d'abus particulier. C'est du déni pur et simple.

Le Ministère de la santé, alerté par diverses questions écrites de députés, répond qu'une enquête de l'IGAS et de l'inspection des services judiciaires de mai 2005 a déterminé que le deuxième certificat n'apportait pas une amélioration véritable en matière de garantie des droits des personnes. Ce rapport a été réalisé sur le postulat qu'il faut faciliter l'accès aux soins et se montre favorable à tout ce qui va les faciliter. Il oublie l'essentiel, à savoir qu'on n'a pas le droit de priver quelqu'un de sa liberté sans raison valable et sans avoir pris toutes les dispositions nécessaires pour garantir ses droits. Certaines CDHP reconnaissent que les HDT en urgence constituent une solution de facilité (voir ci-dessus). C'est cette facilité qu'il faut absolument éviter et ce ne sont pas les psychiatres qui internent qui vont le faire puisqu'ils bénéficient de cette facilité qui leur donne une autorité supplémentaire. La loi étant la loi, elle doit s'appliquer à la psychiatrie comme au reste de la société.

Certaines CDHP sont conscientes du problème et l'ont signalé dans leurs rapports. Sous la pression des associations de patients (FNAPSY notamment), il semblerait qu'une (légère) prise de conscience ait lieu actuellement, avec une réflexion sur ce problème, par exemple dans un département comme la Nièvre. Mais c'est une réaction bien timide.

Conclusions

Il est clair que l'utilisation systématique de l'urgence est une solution de facilité.

- cela montre un laissez-aller par rapport à la loi, généralisé en psychiatrie où l'on se considère souvent comme au-dessus des lois

- cela montre un manque de contrôle des autorités (aucune autorité ne rétablit la situation quand une anomalie apparaît)

C'est au final un véritable problème car cela facilite les internements. On est donc moins enclin à rechercher des alternatives à l'internement qui devient une solution facile. Un internement est une privation de liberté et tout ce qui facilite cette privation de liberté est dangereux pour les droits individuels.

Propositions :

Si des psychiatres demandent que la procédure d'urgence devienne la procédure normale, une telle évolution serait un recul en matière de protection contre les internements abusifs.

- Nous demandons la suppression de la procédure d'urgence avec donc nécessité d'obtenir deux certificats pour procéder à une HDT. En cas de réelle urgence, la procédure d'HO est adaptée.
- Si cette procédure est maintenue, un système d'alerte devrait être mis en place quand le pourcentage d'urgence dépasse 30%, avec intervention immédiate de la justice ou sanction administrative et financière contre les établissements concernés par des dépassements systématiques.

B/ Des certificats d'internement qui ne sont pas toujours circonstanciés

Chaque hospitalisation sous contrainte repose sur un certificat constatant la nécessité de procéder à l'hospitalisation. Ces certificats ne sont bien souvent pas conformes. Même s'il semble qu'il y ait du mieux à ce niveau, les CDHP dénoncent toujours de nombreux abus en matière de certificats :

08 Ardennes: rapport 2006 « les psychiatres utilisent moins le copié collé pour les certificats mensuels ».

09 Ariège : rapport 2006: " difficulté d'obtenir des certificats initiaux motivés qui rappellent les faits.

30 Gard : rapport 2006 : " il est à noter une amélioration dans la rédaction des certificats médicaux qui mentionnent plus régulièrement la non-adhésion aux soins (HDT) ou la dangerosité (HO)" ; rapport 2006 : "La motivation des certificats mensuels est encore insuffisante (HDT).

45 Loiret : rapport 2006. Les certificats d'HO initiaux sont peu détaillés.

52 Haute Marne : rapport 2005: la CDHP a de nouveau rappelé que les certificats médicaux de demande d'admission doivent être circonstanciés quelque soit le mode d'admission, sans comporter pour autant de termes qui évoquent un diagnostic. La Commission a rencontré quelques difficultés quant à la lecture de certains termes employés dans les certificats tels que: "La symptomatologie laisse apparaître une idée d'irrémédiable innommée, "De symptomatologie mélancolique, mélancoliforme, productive", "Un état d'exception psychique".

54 Meurthe et Moselle : rapport 2006 : "L'examen des dossiers montre comme par le passé que les libellés de très nombreux certificats sont en inadéquation avec la législation, en dépit des remarques et des rappels réitérés. On constate, malgré les divers rappels, la présence de certificats médicaux imprimés photocopiés que le praticien n'a plus qu'à compléter s'il en est.

64 Pyrénées Atlantiques : 2006 "les certificats médicaux d'entrée en HO devraient, parfois, être plus circonstanciés."

84 Vaucluse : Rapport 2007. En 2007, la CDHP note l'évolution positive dans la rédaction des certificats

94 Val de Marne : rapport 2006 « des insuffisances sont constatées dans la rédaction des certificats médicaux de placement et de maintien. Nous signalons que les certificats mensuels sont souvent répétitifs (même remarque de 2005). Il semble souhaitable que le certificat d'hospitalisation soit détaillé aussi bien au niveau de la description des troubles de comportement et des faits que de la clinique. Les certificats de maintien devraient faire état de l'évolution et préciser le projet thérapeutique même si la chronicité de certains malades est connue »

38 Isère : Rapport 2007 constat d'anomalies concernant certains certificats médicaux légaux : établissement de ces certificats médicaux avec la qualité de psychiatre par un faisant fonction d'interne, pratique non conforme aux dispositions légales et règlementaires. Un courrier au Directeur du Centre hospitalier de Vienne et à la DDASS a été fait à ce sujet.

Remarque de la CCDH

Encore une fois, de nombreux psychiatres s'estiment au dessus des lois et se moquent des dispositions légales pourtant rappelées par les CDHP. Cette situation perdure parce qu'il n'y a pas de sanction en cas de non-respect de la loi et qu'aucune autorité n'intervient pour faire appliquer la loi (les CDHP ne représentent pas une autorité suffisante)

Propositions

Prévoir des sanctions contre les médecins qui violent systématiquement les règlements concernant l'élaboration des certificats.

C/ Des membres de l'administration continuent à se substituer aux familles pour demander un internement.

Malgré la jurisprudence très claire du Conseil d'État qui affirme que seul un proche du patient est susceptible de demander son hospitalisation, certains hôpitaux psychiatriques continuent à faire signer des demandes d'hospitalisation par des membres du personnel administratif qui ne connaissent pas les patients. C'est une grave dérive qui a abouti à la forte augmentation du nombre d'HDT entre 1990 et 2003. Cette situation est dénoncée par certaines CDHP :

38 Isère : Rapport 2007- Au Centre hospitalier St Egrève: constat qu'un certain nombre de mesures d'HDT ont été demandées par des personnels soignants de l'établissement. Un rappel des règles en la matière est fait auprès du directeur de l'établissement.

24 Dordogne : Rapport 2007: des HP font encore signer des cadres administratifs pour demander une HDT.

29 Finistère : rapport 2008 : les problèmes persistent. Le CH de Morlaix n'a pas mis en place de procédure systématique de contrôle du tiers demandeur.

42 Loire : rapport 2005 : "la Commission a rappelé aux établissements la jurisprudence ayant restreint la qualité du tiers habilité à signer une demande d'HDT; elle a préconisé, de préférence, le recours à une HO lorsqu'il n'y a pas de tiers ayant un lien antérieur avec le patient.",

45 Loiret : rapport 2006. Il y a eu une HDT annulée parce que le signataire n'avait pas de lien de parenté

65 Hautes Pyrénées: rapport 2006 : la CDHP veut une réflexion sur la notion de tiers, ce qui laisse présager des abus, et aussi sur la notion de contrainte.

Rapport 2007 : La question du tiers en HDT a été évoquée,

68 Haut Rhin : rapport 2006. Dans le rapport, ils évoquent des HDT dont le tiers n'avait pas le droit de signer à Mulhouse (personnel hospitalier), des certificats non circonstanciés.

78 Yvelines : rapport 2006. Registre de la loi qui montre que des HDT sont réalisées par des membres du personnel, contraire à la décision du Conseil d'État du 3 décembre 2003.

Propositions :

Ces dérives montrent la nécessité d'une vraie autorité capable d'imposer le respect de la loi et des sanctions en psychiatrie.

- Demander aux directeurs des hôpitaux de faire respecter la loi et leur donner les moyens de le faire, notamment leur donner la possibilité de sanctionner les médecins qui s'en écarteraient de façon continue.
- Parallèlement, responsabiliser l'administration (DDASS et préfecture) pour intervenir en cas de violation de la loi
- Finalement, sensibiliser les procureurs de la République et leur demander d'intervenir en cas d'abus.

III/ Les contrôles des établissements effectuant des hospitalisations sous contrainte ne sont pas effectués

A/ des visites des autorités qui ne sont pas faites

Ce que dit la loi : Article L3222-4 code de la santé

« Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. »

La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme a demandé en 2007 puis en 2008 une copie des registres que ces autorités signent lors de la visite des hôpitaux psychiatriques. Cette demande n'a été faite que pour les Procureurs, Préfets et Présidents de Tribunaux de grande Instance. Les réponses obtenues pour lesquelles nous remercions les hôpitaux sont à prendre avec prudence étant donné que des visites ont pu avoir lieu sans que les registres aient été signés et que les hôpitaux ont pu commettre des erreurs dans la transmission des copies des registres.

Il en ressort néanmoins sans la moindre ambiguïté que ces visites ne sont quasiment jamais faites selon la fréquence prévue par la loi.

Visites des procureurs : à partir des réponses de 128 hôpitaux psychiatriques

Hôpitaux n'ayant reçu aucune visite:	37 %
Hôpitaux ayant reçu une seule visite:	38 %
Hôpitaux ayant reçu deux visites:	18 %
Hôpitaux ayant reçu 3 visites:	4 %
Hôpitaux ayant reçu 4 visites comme la loi le prévoit:	3 %

Visites des Présidents de Tribunaux de Grande Instance: à partir des réponses de 128 hôpitaux psychiatriques

Hôpitaux n'ayant reçu aucune visite:	83 %
Hôpitaux ayant reçu une seule visite:	9 %
Hôpitaux ayant reçu deux visites ou plus:	8 %

Visites des Préfets: à partir des réponses de 128 hôpitaux psychiatriques

Hôpitaux n'ayant reçu aucune visite:	92 %
Hôpitaux ayant reçu une seule visite:	5,5 %
Hôpitaux ayant reçu deux visites ou plus:	2,5 %

Tableau 11: visites des autorités (Procureurs, Pdt TGI, Préfets) par hôpitaux

Département	Réception doc	Visites procureur en 2006	Visites Procureurs en 2007	Visites Préfet en 2006	Visites Préfet en 2007	Visites Pdt TGI	Visites Pdt TGI en 2007
1	CP Ain	rien en 2006	1 visite 21/03/07	rien	rien	rien	rien
2	CH Premontré		rien	rien			rien
3	CH Moulins Yzeure		rien depuis 2004		rien		rien
3	CH de Vichy		rien		rien		rien
5	CH Laragne	2 en 2005 et 1 en 2006		rien		1/an	
6	Ste Marie	rien		rien		rien	
7	CH Sainte Marie de Privas		rien		1 visite le 29/06/07		rien
8	CH Belair		1 en 03/07		rien		1 en 02/07
10	Brienne le Château		Peut-être		1 en 12/07		1 en 04/08
11	Narbonne	rien	rien	rien	rien	rien	rien
11	Assoc Audoise social et médicale	1/an 15/12/06	rien	rien	rien	rien	rien
13	CH Montperrin		rien	rien			rien
13	Valvert	rien	rien	rien	rien	rien	rien
13	CH Edouard Toulouse	rien	rien	rien	rien	rien	rien
14	CHS Caen		1 visite le 22/11/07		rien		rien
15	CH Henri Mondor Aurillac	rien		rien		rien	
16	CH Camille Claudel		rien	rien			rien
17	CH La Rochelle	2/2006 1/2007 03.07	1 en 2007 le 13/12	rien	rien	rien	rien
18	CH G. Sand Bourges		rien		rien		1 le 8/08
19	CH Tulle		rien	rien			rien
22	CH Plouguernevel		1 en 10/06, une prévue fin 2008	rien			rien
23	CH La Valette	2/an 25/05/07	2 visites, le 28/11/07, le 25/05/07	rien	rien	rien	rien
25	Novillars		1 en 12/07	rien			rien
26	CH Le Valmont	OK	OK. visites en 03/07, 06/07, 09/07, 12/07	rien	1 en 06/07	rien (visites en 2005)	rien
27	CHS Navarre	rien en 2006		rien		rien	
28	Henri Ey	1/an 27.04.07	1 en 04/07	rien	rien	rien	rien
29	CHU Brest Bohars	ière visite proc en 2005 rien depuis		rien		rien	
29	Gourmelen Quimper	rien	1 en 2008, rien en 2007	rien	rien	rien	rien
30	CH d'uses : à consulter sur place		1 le 21/06/07		rien		rien
31	CH Gerard Marchant	1/an 25.04.07	1 le 245/04/07	rien	rien	rien	rien
31	CHU Toulouse	rien		rien		rien	
32	CH du Gers		4 en 02, 06, 09 et 12/07	rien			rien
33	Charles Perrens	2 en 2006 dernière 03/07/06		rien		rien	
33	Cadillac	1/an 23.01.06	2 en 06 et 12/07	rien	rien	rien	rien
34	La Colombière	1/an 12.10.06		1/an 10.03.06		rien	
34	CH basin de Thau	1/an 8.12.06	ren	rien	rien	rien	rien
35	CH G. Regnier Rennes		1 en oct 2007		1 en dec 2007		rien
35	CH Redon	rien	rien	rien	rien	rien	rien
35	CH St Malo	1/an 01.08.06	rien		rien		rien
36	CH La Chatre		1 le 24/06/07		rien		rien
37	CH Amboise Château-Renault	rien	1 en 05/07	rien	rien	1/an 14.03.06	rien
37	CH Loches	rien		rien		rien	
38	CH de Vienne		rien	rien			rien
39	CHS Jura		2 en 02 et 12 2007		rien		2 en 02 et 12/2007
40	CH Dax Côte d'Argent		rien		oui, au Conseil d'administration		rien;
40	CH Mont de Marsan	1/an 15.12.06		rien		rien, sauf 1 visite JLD en 2006	
41			rien		rien		rien
42	CHU St Etienne Bellevue	2/an dernière 18.12.2006		rien		1/an 20.02.06	
42	CH Flers	nière visite le 22.12.06 , avt dernière le 02.02.05		rien		rien	
42	CH Feurs	rien	rien en 2007, 1 en mai 2008	rien	rien	rien	rien

Département	Réception doc	Visites procureur en 2006	Visites Procureurs en 2007	Visites Préfet en 2006	Visites Préfet en 2007	Visites Pdt TGI	Visites Pdt TGI en 2007
42	CHU St Etienne Hôpital Nord	2/an 21.12.06	2 en 07 et 12/07	1/an 29.06.06	1 en 01/07	1/an 12.06.06	2 en 2007 (pas clair)
43	CH Sainte Marie au Puy en Velay	pas de visite en 2006, une en 2007	1 en 10/07	rien	rien	rien mais visite du pdt TI	rien
44	CHS Montbert		2 en 03 et 12/07, 1 en 04/08				1 visite du JLD en 03/07
44	CH ST Nazaire	1/an 24.04.06	1 en 07/07	rien	rien	rien	1 en 07/07
44	CHS Blain	1/an 24.04.06	1 en 07/07	rien		1/an 24.04.06	1 en 07/07
45	Daumezon	1/an 30.01.07	3 en janv, mars et juin 2007	1/an	3 en 2007	1/an	2 en 07 et 12/07
46	Institut Camille Miret	rien	1 en 10/07	rien	rien	rien	rien
47	La Candélie	1/an 28.11.06	1 en 12. 2007	1/an 080206	rien en 2007 1 en 02	1/an 28.11.06 avec le proc	1 en 12.07
48	CH Tosquelle		2 en 06 et 09/07		2 en 06 et 09/07		2 en 06 et 09/07
50	Pontorson	2/an 22.12.06	2 en 06 et 12	rien	rien	rien	rien
50	Bon Sauveur St Lo	2/an 8.12.06	2 en 06 et 12.07, 1 en 05.08	rien	rien	rien	rien
51	EPSDM Châlons	2/an 15.11.06	2 en 05 et 10/07	rien	rien	1/an 04/07/06	rien
51	CHU Reims	rien	rien	rien	rien	rien	rien
53	CH Nord Mayenne	rien	rien	rien	rien	rien	rien
54	CHU Nancy Jeanne d'Arc Toul	1/an 12/12/06	1 en 12.2007	rien	rien en 2007 1 en 02	rien	rien
54	CH St Nicolas de Port	1/an	1 en 12/07	rien	rien	rien	rien
54	CPN Nancy	1/an 08.11.06	1 en nov 2007	rien	rien en 2007 1 en 02	rien	rien
55	fains Veel	1/an 19.05.06	rien	rien	rien	rien	rien
56	EPSM Morbihan St Ave	1 en 2006	rien	1en 2006	rien	1 en 2006	1en 11/07
57	Lorquin	1/an 12/09/06	rien en 2007, 1 en 2006		rien		rien
57	CHR Metz Thionville	rien	rien	rien	rien	rien	rien
57	Jury	1/an 07.12.06	rien	rien	rien	rien	rien
58	EPSM Nièvre	rien	rien	docteur inspecteur de	1 en 207 et 1 en 200	rien	rien
59	CH Sambre Avesnois	rien en 2005, visite 06/04/2006	rien	rien	rien	rien	rien
59	CH Seclin	1/an juillet 2006	rien	rien	rien	rien	rien
59	CHRU de Lille	1 en 2006 07.07.06	rien	rien	rien	rien	rien
59	St Armand les Eaux	2/an 18/10/2007	2 en 02 et 10/07	rien		visite prévue d'avance	1 en 05/08
59	CH de Fournies	1/an	rien en 2007	rien	rien	1/an	rien
59	CH de Cambrai	1/an	1 en 12/07	rien	rien	rien	rien
59	CH Valenciennes	1/an dern 2/05/07	2 en 05 et 12/07	rien	rien	rien	1 en 2008, rien en 2007
59	CH Somain	rien	1en dec 2007	rien	rien	rien	rien
59	EPSM des Flandres Bailleul		1 en 01/07, déjà 3 en 2008 (01, 04,07)	rien			rien
60	CHI Clermont	OK	4 en 03, 05, 10 et 11/2007	rien	rien	rien	1 en nov 2007
61	CP Orne	1 par an 17.10.06	1 en 09/07, 1 en 07/08	rien	rien	rien	rien
61	CH de l'Aigle	1/an 10.07		rien	rien	rien	
62	CH Calais	rien depuis 2005	rien	1 visite en 2006	rien	rien	rien
62	Saint Venant	3 visites en 2006	2 en mars et juillet 2007	du représentant	rien	rien	rien
62	CH Hénin-Beaumont		3 en avril, août et nov 2007		rien (pas sûr)		rien (pas sûr)
62	CH Lens	OK	3 en 04, 08, 11/07, 1 en 03/08	rien	rien	rien	rien
63	CHU Clermont	visite 18.10.06/31.05.05	rien	rien	rien	rien	rien
63	CH Thiers	1/an	rien	rien	rien	rien	rien
64	CH des Pyrénées à Pau	rien	rien	rien	rien	rien en 2006, 1 en 2005	rien
64	CH côte Basque	1/an dernière 08.03.06	2 en 08 et 12/07, 1 en 03/08	rien	rien	rien	rien
65	Hôpitaux de Lannemezan	rien	rien en 2007, 1 en 01/08	1/an	1e n 12/07	1/an	2 du VP TGI dans le cadre CDHP
66	CH Leon-Jean Gregory Thuir	1 en 2007 rien en 2006	1 en 2007 rien en 2006	OK	OK	rien	rien
67	Hôpitaux universitaires de Strasbourg do	2 visites en 2007		rien		2 en 2007	
67	Erstein	rien	2 en 06 et 10/07	rien	rien		2 en 06 et 10/07
67	Hoerdt forme l'EPSAN avec Brumath		3 en mai et oct (X2)		rien mais visites DDASS		4 en mai, oct, oct et nov
67	Brumath	1/an 21/05/07	2 en mai et oct 2007	rien	rien mais visites DD	1/an 21.05.07	4 en mai, juin, oct et nov 2007
68	CH Mulhouse		rien	rien			rien
69	Le Vinatier	1/an 23.10.06	1 en 07/07	rien	rien	rien	rien
69	St Cyr	1 en dec 2006	1 en juin 2007	inspecteur DDAS	rien	rien	rien
70	Assoc Hospitalière de Franche Comté St	2/an dernière le 15.12.06	1 en juin 2007	rien	rien	rien	rien
71	CH de Macon 01.08	rien	rien	rien	rien	rien	rien
71	CHS Sevey	rien en 2006 et 2007	1 en janv 2007	rien	rien	rien	rien
72							
73	CHS Savoie	3/an 24.12.06	2 en 03 et 09/07	rien	rien	rien	rien

Département	Réception doc	Visites procureur en 2006	Visites Procureurs en 2007	Visites Préfet en 2006	Visites Préfet en 2007	Visites Pdt TGI	Visites Pdt TGI en 2007
74	Hôpitaux du Leman	rien	rien	rien	rien	rien	rien
74	EPSM vallée de l'Arve	2/an 31/03/06	1 en 2008	rien	rien	rien	1 en 2008
74	CH région d'Annecy		1 en 06/07	rien	rien	rien	
75	Sainte Anne	4 en 2006	4 en 02, 05, 09 et 11/07	rien	rien	4 en 2006	2 en 05 et 11/07
77	CH Marc Jacquet		2 en 04 et 05/08	rien	rien	rien	
77	CH Nemours		1 en 11/07	rien	rien	rien	
77	CH de Lagny	1 par an 26.12.06	1 en 11/07	rien	rien	rien	rien
77	CH Marc Jacquet	1/an 20.04.2007	1 en nov 2007	rien	rien	rien	rien
77	CH Coulommiers	1/an 26.12.06	1 en dec 2007	rien	rien	rien	rien
78	CHS Charcot Plaisir	2/an		rien	rien	rien	
78	Versailles Richaud	1/an	2 en juill et dec 2007	rien	rien	rien	rien
78	MGEN la Verrière, CHS	2 en 2006, 1 en 207	2 en 2007 dont une sur 2 jours	rien	rien	rien	
78	St Germain en Laye	2/an 17.07.07		rien	rien	rien	
78	CH Poissy	2/an 12.06 et 07.07		rien	rien	rien	
79	CH Nord 2Sevres	OK	3 en 02, 06 et 11/07	rien	rien	rien	1 en 10/07
79	CH Niort	1/an 18.12.06	rien en 2007, 1 en avril 2008	rien	rien	juge d'instance 1/an rien du TGI	rien rien
80	CH Abbeville	rien en 2006		rien	rien	rien	
80	CH Peronne	1 en 2006 le 03.01	rien en 2007	rien	rien en 2007	rien	rien en 2007
80	CH Montdidier	rien	rien	rien	1 en juin 2008	rien	rien
81	fondation Bon Sauveur d'Albi	/03/6 prochaine visite le 20/11/0	1 en dec 2007	rien	1en mars 2008	rien	rien
81	Lavaur	1/an 21.12.06	rien en 07, 1 en 04/08	1/an 16.02.06	rien	rien	1 en 04/08, rien en 2007
82	CH Montauban	rien		rien	rien	rien	
83	CH Dracénie (Draguignan)		1 en 11/07	rien	rien	rien	
83	CH Fréjus St Raphaël		1 en dec 2007	rien	rien	rien	
83	CH Pierrefeu 11/01/08	rien		rien	rien	rien	
83	CH Cracénie Draguignan	1/an 29/09/06		rien	rien	rien	
84	Montfavet	s par an, dernière visite le 18.12	1en dec 2007	OK	rien	non, rien	rien
85	CH Georges Mazurelle La Roche sur Yon	1/an 30.05.07	1 en 01/07, déjà 3 en 2008 (01, 04.07)	rien	rien	1/an 30.05.07	2 en mai et oct
85	CH Loire Vendée Océan Challans	1/an 23.05.06	rien	rien	rien	rien	
86	CH Henri Laborit Poitiers	2/an 27.07.06	2 en fev et juin 2007	rien	rien	1/an 14.12.06	rien
87	CH Esquirol Limoges	1/an 12.06	2 en 04 et 12/07	rien	rien	rien	rien
89	CHS de l'Yonne	ite en 2007 du Proc de Sens où	2 en oct et nov 2007, 1 en juin 2008	aire de la préfectu	1 en fev 2008	1 visite en 2006 avec le proc	rien
90	Centre Pierre Engel à Baulieu (rattaché à l'assoc hospitalière de St Rémy)		rien	rien	rien	rien	
91	EPS Barthélémy Durand Etampes	1/an dernière 16.02.06	1 en mars 2007, 1 en avril 2008	1/an 10.03.06	1 en 03/08	visite juge instance 1/an rien sur TG	1 en 03/08
91	CH Orsay	1 en 2007 02.02 rien en 2006	1 en mai 2007	rien	rien	rien	rien
91	CH Sud Francilien		1 dans chaque établissement (Vigneux, Yerres, Evry)	rien	rien	rien	
92	CHU Louis Mourier à Colombes		1 en 11/07	rien	rien	rien	
92	EPS Erasme à Antony	rien	1 en dec 2007	rien	2 en janv 2007	rien	rien
92	MGEN Rueil malmaison	rien		rien	rien	rien	
92	Corentin Celton		1 en dec 2007	rien	rien	rien	
93	CH Robert Ballanger		1 en 05/07, 1 en 02/08	rien	rien	rien	
93	Ville Evrard	2/an dern 05.06.07	2 visites en juin et dec 2007	rien	rien	rien	
94	Les Murets	fois/an dernière visite le 14.12.0	1 en oct 2007	OK	oui, participe au Con	1 fois/an dernière visite le 25/09/06	1 en dec 2007
94	CHI Villeneuve St Georges	1/ an		rien		1/an	
94	Paul Guiraud Vilejuif	2/an 18.12.06		rien		rien	
94	Albert Chenevier Crétel		1en nov 2007	rien	rien		1 en dec 2007
94	EPS Esquirol	1/an 12.12.06	1en nov 2007	rien	rien	1/an 27.09.06	1 en dec 2007
95	CH Argenteuil	rien		rien		rien	
95	CH Pontoise	rien		rien		rien	
95	Hôpital Simone Veil Eaubonne Montmorel	rien		rien		rien	

Commentaires :

La loi n'est encore une fois pas respectée en psychiatrie. Cette absence de visites est le symbole de l'absence de contrôle sur la psychiatrie.

La CCDH a pu aborder ce sujet avec des procureurs de la République. Ils ont dit manquer de temps et ils ont dit être mal à l'aise pour évaluer une situation concernant un patient ou un service de psychiatrie. Ils sont sans aucun doute sincères mais cela ne constitue pas pour autant des justifications valables.

Les Préfets considèrent souvent que la CDHP les représente. Le même phénomène se passe avec les Présidents de Tribunaux de Grande Instance qui considèrent que le magistrat siégeant dans la CDHP est leur représentant. La loi est pourtant claire et il s'agit de rôles différents.

Le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté:

Le Contrôleur des lieux de privation de liberté vient de publier son rapport d'activité 2008. Compte tenu du peu de temps écoulé depuis la mise en place de cette institution, on peut déjà se féliciter qu'il n'ait pas perdu de temps et se soit effectivement penché sur le contrôle des établissements psychiatriques alors même qu'il est parfois présenté comme « le contrôleur des prisons » par de nombreux médias. Ce rapport est intéressant dans la mesure et il aborde de vrais problèmes liés à la détention en psychiatrie (isolement, contention, sorties d'essai, correspondance). Par contre on peut lui reprocher de ne pas aborder la question des internements abusifs et d'avoir tendance à accepter les explications du milieu psychiatrique avec un peu trop de facilité pour expliquer les dérives. Il reprend un peu trop vite les arguments selon lesquels les problèmes en psychiatrie se résumeraient à un manque de personnel et un manque de moyens.

La personne du Contrôleur inspire respect et confiance. Il est donc probable que son analyse de la psychiatrie ne pourra que s'affiner et que des aspects du problème tels que les méthodes de traitement, leur usage parfois punitif (isolement, contention, électrochocs, camisole chimique, interdiction des visites...) ainsi que la politique générale d'internement psychiatrique seront sans doute plus réels dans le futur.

Propositions :

- Publier des directives claires auprès des Procureurs, Préfets et Présidents de TGI pour leur rappeler leurs obligations
- mettre en place un guide pour ces autorités leur permettant d'appréhender plus facilement une visite dans un hôpital psychiatrique (la CCDH a réalisé un tel guide et leur a envoyé, voir en annexe)
- donner aux associations la possibilité de visiter librement les hôpitaux psychiatriques.

B/ Des organismes de contrôle, les CDHP, qui ne font pas toujours leur travail

Ce que dit la loi :

La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

- 1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre Ier du présent livre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;*
- 2° Etablit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence mentionnées aux articles L. 3212-3 et L. 3213-2 ;*
- 3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;*
- 4° Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'Etat dans le département ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;*
- 5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;*
- 6° Adresse, chaque année, le rapport de son activité au représentant de l'Etat dans le département et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale ;*
- 7° Peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L. 3211-12, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 3222-1.*

La Réalité:

Les CDHP ont un rôle essentiel en matière de contrôle des hospitalisations psychiatriques. Certaines font un travail remarquable et manifestent même un courage certain pour dénoncer des abus. D'après la qualité des rapports reçus, ou de par l'absence de rapports, on peut également constater que beaucoup de CDHP ne mènent pas leur mission avec la vigueur nécessaire pour exercer un réel contrôle sur les psychiatres et établissements psychiatriques.

Evaluation qualitative des rapports des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

CCDH a classé qualitativement les rapports des CDHP (dernier rapport reçu). C'est un classement arbitraire établi à partir des rapports ou informations reçues (ou non reçues). L'absence ou la piètre qualité des rapports ne signifie pas que la CDHP n'a pas fait son travail correctement, mais ce n'est pas un très bon signe.

Rapports estimés sans réel intérêt:

(la CDHP rédige un rapport succinct et ne fait pas de commentaires sur la situation)

Ain, Alpes de Haute Provence, Alpes Maritimes, Ardèche, Charente, Charente Maritime, Cher, Eure,

Hérault, Indre et Loire, Jura, Landes, Meuse, Moselle, Bas Rhin, Rhône, Savoie, Deux Sèvres, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne, Seine Saint Denis
23 départements

Pas de CDHP active

Bouches du Rhône (refonctionne depuis 2008), Corrèze, Loire Atlantique (situation confuse), Lot et Garonne (activité reprise en 2008), Orne (depuis 2005), Tarn (activité reprise fin 2007)
6 départements

Pas de rapports, que les stats

(il y a juste des chiffres et aucune information sur ce qui se passe)

Allier, Aube, Aveyron, Corse du Sud, haute Corse, Côte d'Armor, Creuse, Doubs, Indre, Manche, Marne, Morbihan, Puy de Dôme, Pyrénées Orientales, Haute Saône, Seine et Marne, Guyane, Réunion
18 départements

Aucune information permettant de savoir si une CDHP existe et fonctionne:

(aucun chiffre ni rapport reçu, pas d'informations)

Calvados, Haute Garonne, Loir et Cher, Haute Vienne, Territoire de Belfort, Hauts de Seine, Guadeloupe.
7 départements

Rapports corrects:

(rapports rédigés montrant une réelle attention aux situations rencontrées)

Aisne, Hautes Alpes, Ardennes, Aube, Aude, Cantal, Côte d'Or, Drôme, Eure et Loire, Gers, Gironde, Ille et Vilaine, Lot, Haute Marne, Mayenne, Nièvre, Nord, Pas de Calais, Haute Pyrénées, Haut Rhin, Saône et Loire, Sarthe, Haute Savoie, Paris, Seine Maritime, Somme, Tarn et Garonne, Var, Vaucluse, Essonne, Val d'Oise, Martinique.

32 départements

Rapports très bien faits:

(rapports complets ou/et n'hésitant pas à mettre le doigt sur des situations préoccupantes)

Dordogne, Finistère, Gard, Isère, Loire, Haute Loire, Loiret, Lozère, Maine et Loire, Oise, Pyrénées Atlantiques, Yvelines, Val de Marne.

13 départements

Commentaires:

Les CDHP, qui sont au cœur des contrôles sur les hospitalisations psychiatriques et qui sont souvent méritantes, ne sont pas elles-mêmes contrôlées. Qui lit leurs rapports, en dehors de la CCDH ? Sans doute peu de monde malheureusement. Le simple fait d'obliger les CDHP à faire des rapports complets remis en temps voulu aux autorités (en particulier procureur) permettrait de changer la donne en matière de contrôle. Le Ministère de la Santé devrait donner l'exemple et réaliser un rapport annuel complet. Un rapport pour l'année 2005 n'a été publié qu'en 2008, le précédent datait de 2003.

Propositions:

- prévoir des sanctions pour les DDASS dans les départements où les CDHP ne fonctionnent pas
- obliger le Ministère de la Santé à produire un rapport annuel transmis à l'Assemblée Nationale, au Premier Ministre, au Président de la République et au Contrôleur des lieux de détention.
- instaurer un groupe d'étude permanent à l'Assemblée nationale chargé d'évaluer le rapport annuel de synthèse des CDHP et susceptible de demander directement ou indirectement des explications aux administrations concernées.

IV. Des situations inacceptables qui perdurent

A/ Des atteintes à la dignité des patients relevées dans plusieurs départements

Certaines Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ont signalé des situations où elles ont estimé que la dignité des patients n'était pas respectée. Il s'agit essentiellement de problèmes de conditions matérielles indignes. Depuis ces rapports, des travaux ont peut-être été réalisés, mais ce n'est pas certain. Et pour quelques situations signalées par les CDHP (dont il faut saluer le courage), combien existe-t-il de situations non signalées et pourtant incompatibles avec la dignité des patients ?

Rapports de CDHP signalant des conditions indignes :

29 Finistère : CH de Quimperle : courrier concernant des visites en 2006 et 2007. « Le placement porte atteinte à la dignité de la personne (au cours d'une visite de la CDHP, un patient était nu dans la chambre d'isolement). »

30 Gard : Rapport 2006: « La Commission souligne la vétusté de certains pavillons accueillant les malades. Elle constate à nouveau le respect insuffisant de la dignité des personnes dans certains établissements qui obligent les malades à rester en pyjama évoquant des problèmes de sécurité

38 Isère : Rapport 2006: « au centre hospitalier de Vienne, une des chambres d'isolement, compte tenu de sa vétusté, porte atteinte à la dignité des personnes. Le Préfet de l'Isère et le Procureur de la République ont été saisis sur cette situation »

CHU Grenoble « 3 courriers dont un au Procureur de la République, un au Préfet de l'Isère et un au responsable du service de l'UCAP au CHU relatifs au statut juridique des patients retenus contre leur gré aux urgences psychiatriques du CHU (service de l'UCAP). » L'UCAP est l'Unité de Consultation et d'Accueil Psychiatriques du CHU : « à l'UCAP le statut juridique des patients en psychiatrie n'était pas garantie au regard de la loi de 1990 (durée de séjour de ces patients tend à s'allonger au delà des 48 heures, parfois de 3 à 5 jours voire au delà. »

Rapport 2007: 1 courrier a été fait au directeur du CHU – service UCAP- relatif aux observations faites sur la durée excessive des séjours dans ce service sans statut juridique, concernant notamment l'admission contre leur gré des mineurs, dans l'attente d'un protocole de mise en chambre d'isolement, comme le recommande la Haute Autorité de Santé.

60 Oise: Rapport 2007: Clermont dans l'Oise : Le Pavillon Bourneville est toujours en très mauvais état. La chambre d'isolement n'est pas aux normes. « Ces conditions d'hospitalisation sont limites en ce qui concerne la dignité des personnes, en particulier, le respect de l'intimité de chacun vu l'exigüité des chambres. »

74 Haute Savoie : Rapport 2003 : les Hôpitaux du Léman (Evian, Thonon) ont transmis un compte rendu des visites de la CDHP en 2006: à Thonon en 2005, une « chambre d'apaisement » a « un côté inhumain inacceptable » d'après la CDHP. A Thonon en 2006, les ados sont mis avec les adultes, ce qui n'est pas bien.

78 Yvelines : Rapport 2006. A Mignot, les chambres d'isolement ne sont pas finies (pas sûres) et du coup la contention y est utilisée, en dépit des problèmes de dignité des patients.

Rapport 2007 : reçu en 12/08: La CDHP a visité pas mal d'établissements. Les rapports sont écrits, avec beaucoup de précisions sur l'état des lieux. Centre psychothérapeutique de Poissy, 2e étage secteur V : « la persistance de locaux dégradés n'est pas admissible. L'état des locaux, qui ne s'est pas amélioré depuis la dernière visite, est totalement contraire à la dignité des patients et à de bonnes conditions de soins ». En conclusion de la visite à Poissy, il est indiqué : « on ne peut plus accepter, pour la dignité des patients accueillis et pour l'exercice des soins, ce délabrement persistant des étages, et l'absence de réponses aux demandes de travaux ».

78 Yvelines: Rapport 2006. Remarques générales : Prise en charge des personnes autistes ; "Suite à la question soulevée sur ce point dans son rapport d'activité pour l'année 2005, la CDHP des Yvelines, lors de sa réunion du 23 novembre 2006, a considéré qu'il convenait de poser la question de l'adéquation de la prise en charge des patients autistes. En effet, au cours des visites, il est régulièrement constaté la présence de tels patients dans des structures ne disposant pas des équipements et du personnel adaptés. Le respect de la dignité de ces personnes, parfois enfermées dans leur chambre au détriment de la liberté d'aller et de venir, n'apparaît donc pas assurée par l'organisation des hôpitaux psychiatriques visités par la CDHP des Yvelines.

83 Var : Rapport 2006 : "les observations suivantes restent d'actualité en 2006 ; "certaines structures de soins restent mal adaptées au respect de l'intimité et de la dignité des patients hospitalisés sous contrainte : manque de sanitaires dans les chambres, locaux parfois vétustes et souvent peu spacieux. Toutes les unités ne garantissent pas un accueil personnalisé des familles. Certaines chambres d'isolement restent sommaires et inconfortables."

"Dans certains établissements, les patients hospitalisés sous contrainte et les patients hospitalisés librement sont accueillis dans les mêmes unités, rendant difficile voire illusoire une gestion individualisée et médicalisée de la liberté d'aller et venir de chaque patient."

Commentaires :

On voit que dans pas mal de cas, il s'agit de situations qui perdurent sur plusieurs années. Les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques ne semblent pas être une priorité dans la politique de santé publique. Si les autorités (procureurs et Préfets notamment) lisaien avec attention les données contenues dans les CDHP, le signalement d'atteinte à la dignité des patients devrait déboucher presque automatiquement sur des enquêtes, ou tout au moins se traduirait par une pression judiciaire et administrative sur les établissements concernés pour remédier à ces situations.

La CCDH a alerté ces autorités sur ces atteintes à la dignité et n'a reçu aucune réponse de leur part. Un Procureur concerné a répondu que c'était un « problème administratif », ce qui est tout à fait contestable. Cela reflète une certaine indifférence, voire une indifférence certaine, face aux abus psychiatriques.

A noter également que ces problèmes de dignité ne peuvent être entièrement justifiés par le manque de moyens. Ce ne sont toujours que certains services dont les conditions sont dégradées tandis qu'avec des budgets équivalents et une vétusté identique, certains services assurent une prise en charge correcte. Il faut donc prendre en compte le fait que le chef de service psychiatre, porte une lourde responsabilité dans l'état de son service.

Propositions:

- Prendre des mesures de sensibilisation des parquets par une directive ministérielle destinée aux procureurs pour les alerter sur les risques possibles.
- Mettre en cause pénalement les directeurs d'hôpitaux et les chefs de service concernés en cas d'atteintes répétées à la dignité des patients.

B. Des patients maintenus sous contrôle de façon abusive:

1) Des internements abusifs

Certaines dérives sont signalées en matière d'internement, ce qui montre la nécessité impérative de contrôler l'enfermement psychiatrique qui est une mesure de privation de liberté toujours sensible en termes de respect des libertés fondamentales. On ne peut faire que la même remarque que concernant les atteintes à la dignité: combien de cas ne sont pas signalés pour un qui l'est ?

Rapports de CDHP signalant des internements non conformes:

11 Aude: Rapport 2007. Notent que dans les cas d'HO prononcées par le maire, il y a souvent confusion entre l'état d'ébriété et l'urgence psychiatrique.

15 Cantal: Rapport 2006 : 4 plaintes ont été relevées par le TGI (4HDT), après entente des parties concernées, le Juge a ordonné 3 mains levées immédiates.

24 Dordogne : Rapport 2006: Des personnes démentes sont en HDT et ce n'est pas leur place, de même des personnes ivres sont mises en psychiatrie.

38 Isère : Rapport 2007: « Au cours des visites, la CDHP a constaté certains dysfonctionnements concernant le respect des libertés et la dignité des personnes hospitalisées sous contrainte :

Au centre hospitalier de Vienne:

– constat d'anomalies concernant certains certificats médicaux légaux : établissement de ces certificats médicaux avec la qualité de psychiatre par un faisant fonction d'Interne, pratique non conforme aux dispositions légales et réglementaires. Un courrier au Directeur du Centre hospitalier de Vienne et au DDASS a été fait à ce sujet.

72 Sarthe : Rapport 2005. "La Commission s'interroge sur les raisons de prolongation des hospitalisations sous contrainte avec souvent pour les HDT une collision entre les raisons psychiatriques et les raisons sociales, et pour les HO entre les raisons psychiatriques et les raisons sécuritaires

90 Territoire de Belfort : en 2004, la CDHP a adressé une lettre à plusieurs maires en attirant leur attention sur la situation limite de certaines hospitalisations d'office et en leur rappelant la réglementation. Les membres sont attentifs aux prochains arrêtés de placement provisoire de ces maires. ; en 2005, un maire signe une HO pour un couple ivre et c'est une situation limite d'après la CDHP (pas de danger imminent).

Commentaires:

Nous sommes là au cœur des « abus psychiatriques ». On se rend compte que le risque d'internement abusif est une réalité. La CCDH reçoit très régulièrement des plaintes de personnes s'estimant victimes d'internements abusifs. Il n'est pas possible de se prononcer sur la réalité de leur plainte mais certains cas sont inquiétants. Il est frappant de voir que les personnes ayant déjà eu affaire avec la psychiatrie restent dans une forme de danger permanent. Le moindre écart, le moindre énervement même, peuvent déboucher sur un nouvel internement qui est abusif. En France, on interne facilement, de l'ordre de deux ou trois fois plus que dans des pays comme l'Italie ou l'Angleterre. On ne pourra faire l'économie d'un vrai débat sur la place de l'internement sous contrainte et sur les méthodes d'internement. Il faut garder en tête qu'un internement est une privation de liberté et qu'il faut le traiter comme telle, c'est à dire avec le maximum de garanties, notamment judiciaires, qui doivent accompagner une privation de liberté.

2) Des sorties d'essai utilisées comme outils de contrôle.

Alors que les sorties d'essai sont limitées à 3 mois (certes renouvelables), certains patients se retrouvent pendant des années en sortie d'essai, sans jamais sortir du système psychiatrique. C'est évidemment un moyen utilisé pour garder les patients sous contrôle et c'est une atteinte à la liberté des individus. Cette pratique est extrêmement courante, au point que peu de CDHP en font le signalement. Ce n'en est pas moins illégal.

Rapports de CDHP mentionnant un problème de sorties d'essai

28 Eure et Loire : 2005 "un certain nombre de malades restent en hospitalisation d'office avec des permissions d'essai quasi permanentes (Bonneval)

64 Pyrénées Atlantiques : rapport 2006:"Le terme de "sorties d'essai définitive" est utilisé pour désigner une sortie d'essai. Un courrier relatif à cette observation a été adressé au directeur d'un établissement hospitalier."

Commentaires:

« On ne sort jamais de psychiatrie » Cette assertion couramment entendue est malheureusement souvent avérée. Les sorties d'essai sont devenues un outil de contrôle psychiatrique, la menace d'être réinterné planant sur des dizaines de milliers de patients, et cela pour le restant de leur jour. Comment refaire une vie normale avec une telle menace au dessus de la tête ?

Propositions:

Internements abusifs

- Assurer une application stricte de la loi sur la procédure d'internements (certificats, sanctions en cas d'abus)
- Veiller à ce que les recours possibles soient rapides (donner plus de moyens aux JLD pour réagir très vite en cas de signalements).

Sorties d'essai:

- Les sorties d'essai se prolongeant indéfiniment sans ré-hospitalisation devraient aboutir à une levée automatique des procédures de contrainte.
- Les CDHP devraient exercer un contrôle sur les sorties d'essai de plus de trois mois

Conclusion : la nécessité de renforcer les contrôles sur la psychiatrie

La psychiatrie et l'hôpital psychiatrique restent des zones hors contrôle. L'opacité continue à y régner dans une large mesure puisque les observateurs extérieurs au milieu et les personnes supposées réaliser des contrôles ne le font que partiellement. Il n'existe pas de système de régulation interne face à certaines dérives ou mauvaises habitudes. On peut continuer à enfermer des patients dans des conditions indignes, réaliser des certificats médicaux non conformes, faire signer des demandes d'internement par des inconnus sans risquer la moindre sanction ni même la moindre remontrance. Tout repose finalement sur le sens de la responsabilité et la conscience professionnelle du personnel soignant. Ce serait dangereusement naïf de croire que cela est suffisant pour éviter les abus. La réalité en psychiatrie, c'est que tout y est possible en matière de dérives. Ce constat ne relève pas de la paranoïa mais plutôt d'une observation, notamment à partir des statistiques et des commentaires émanant d'autorités officielles comme les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques qui ne sont pas suspectes d'opposition à la psychiatrie.

Comment entreprendre une réforme de la psychiatrie et modifier la loi sur les hospitalisations sous contrainte tant que ce problème de contrôle n'aura pas été résolu ? Cela semble irréaliste et même dangereux. Donner plus de pouvoirs aux psychiatres, comme par exemple leur permettre d'imposer un traitement psychiatrique à un patient en dehors de l'hospitalisation (traitement ambulatoire sous contrainte) serait une grave erreur si cela ne s'accompagne pas des contrôles nécessaires, et cela d'autant plus que les diagnostics psychiatriques restent totalement subjectifs et les traitements parfois destructifs.

Il est donc impératif et prioritaire de mettre en œuvre des contrôles effectifs concernant les internements et les traitements (ou mauvais traitements) en psychiatrie, contrôles qui devraient aller de paire avec une évaluation permanente des résultats réels en ce qui concerne le service rendu aux patients et à la société.

Synthèse des données du rapport

I/ Une baisse globale du nombre d'internements qui cache une hausse des hospitalisations d'office et des disparités importantes selon les départements

- Il y aurait 72 975 personnes internées contre leur gré en 2007, 60563 en HDT et 12412 en HO
- Les hospitalisations sous contrainte (HSC) ont globalement continué à baisser entre 2005 et 2007. La baisse est sensible depuis 2003 (-7,14% entre 2003 et 2007). Cette tendance à la baisse est nette pour les HDT qui ont baissé assez fortement (-9,72%) tandis que les HO augmentaient sensiblement (+8,41%).
- la baisse des HDT est surtout due à une jurisprudence du Conseil d'Etat de 2003 empêchant les membres de l'administration de signer des demandes d'internement pour des inconnus.
- Ces chiffres généraux cachent des évolutions très différentes selon les départements, certains voyant les HDT doubler et les HO tripler pendant que certains réduisaient le nombre de HSC de 50%.
- Les disparités entre départements concernant le nombre d'internements par habitants sont également considérables (de 1 à 4) et « inexplicquées ».

II/ Une loi protégeant les patients qui n'est pas appliquée et des contrôles insuffisants

- La loi sur la procédure d'hospitalisation n'est pas respectée, avec en particulier:
 - * Une procédure d'urgence détournée: elle est supposée « être exceptionnelle » d'après la loi mais représente plus de 50% des hospitalisations
 - * Des certificats d'internement qui ne sont pas toujours circonstanciés
 - * Des membres de l'administration qui continuent à se substituer aux familles pour demander un internement, bien que ce soit interdit.
- les contrôles censés être effectués par les procureurs, les Préfets et les Tribunaux de Grande Instance ne sont pas réalisés (92% des établissements n'ont pas reçu de visites du Préfet, 83% n'en ont pas reçu du Président du TGI et 37% n'en ont pas reçu du Procureur alors que seulement 4% des établissements ont reçu 4 visites comme c'est prévu par la loi).
- Bien que certaines CDHP fassent un excellent travail, beaucoup ne semblent pas jouer le rôle de contrôle qu'elles devraient jouer.
- Des situations inacceptables perdurent avec notamment des atteintes à la dignité des patients signalées, sans réactions à cet égard, et des patients maintenus sous contrôle de façon abusive (internements abusifs, sorties d'essai prolongées)

Propositions

Il est clair que le manque de contrôles en psychiatrie crée une zone de non droit et détruit la confiance.

Les propositions s'articulent donc autour d'une stricte application de la loi et d'un renforcement des contrôles.

Solutions proposées:

Pour le Ministère de la Santé:

- rédiger annuellement un rapport de synthèse à partir des rapports des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.
- Nommer une personne au sein du Ministère chargée de suivre le travail des CDHP et de veiller à leur bon fonctionnement.
- Avertir officiellement puis sanctionner les DDASS qui n'ont pas de CDHP opérationnelle
- Avertir puis sanctionner les médecins qui n'établissent pas de certificats conformes
- Avertir puis sanctionner les hôpitaux qui hospitalisent systématiquement en urgence alors que ce n'est pas justifié, et les hôpitaux qui procèdent à des HDT demandées par des membres de l'administration de l'hôpital.
- Publier des directives rappelant que les sorties d'essai ne constituent pas une forme de contrainte aux soins.

Pour le Ministère de la Justice:

- publier des directives rappelant aux Procureurs et aux Présidents de TGI l'obligation de visites
- Établir un guide permettant à ces magistrats de réaliser des contrôles efficaces (voir proposition de la CCDH pour un tel guide)
- Sensibiliser ces magistrats aux atteintes aux droits de l'homme en psychiatrie par des formations appropriées.

Pour le Ministère de l'Intérieur:

- publier des directives rappelant aux Préfets l'obligation de visites.
- Sensibiliser ces représentants de l'Etat aux atteintes aux droits de l'homme en psychiatrie par des formations appropriées.

Pour les Députés et Sénateurs:

- demander la création d'une commission d'enquête parlementaire sur les internements en psychiatrie
- obtenir la création d'un groupe d'étude qui s'assurerait de recevoir et d'analyser le rapport de synthèse des CDHP et qui établirait son propre rapport.

ANNEXES

- 1/ Tableau des HDT, HO, HSC par habitants
- 2/ Tableau du pourcentage de HDT en urgence par département (ordre alphabétique)
- 3/ Résumé et commentaires bruts sur le contenu des rapports CDHP par départements
- 4/ Guide à l'usage des autorités devant visiter les établissements psychiatriques (Procureurs, Présidents de TGI, Préfets)

Annexe 1:**Tableau des HDT, HO, HSC par habitants**

Département	Nbre habitants (2006)	Total HDT 2006	Total HO en 2006	Total HSC 2006	Nbre d'HSC pour 1000 habitants en 2006	Nombre HO/1000 hab	Nombre HDT/1000 hab
2 Aisne	537061	431	63	494	0,92	0,12	0,80
3 Allier	343309	395	34	429	1,25	0,10	1,15
4 Alpes de Haute Provence	154501	121	32	153	0,99	0,21	0,78
5 Hautes Alpes	130752	61	14	75	0,57	0,11	0,47
6 Alpes Maritimes	1073184	1249	214	1463	1,36	0,20	1,16
7 Ardèche	306185	369	46	415	1,36	0,15	1,21
8 Ardennes	285653	362	48	410	1,44	0,17	1,27
9 Ariège	146289	126	42	168	1,15	0,29	0,86
10 Aube	299704	231	29	260	0,87	0,10	0,77
11 Aude	341022	355	81	436	1,28	0,24	1,04
12 Aveyron	273377	353	30	383	1,40	0,11	1,29
13 Bouches-du-Rhône	1937405	1507	265	1772	0,91	0,14	0,78
15 Cantal	149682	149	14	163	1,09	0,09	1,00
17 Charente-Maritime	598915	150	101	572	0,96	0,29	0,43
17 Charente	347037	499	73	251	0,72	0,12	0,83
20 Corse-du-Sud	135718	71	51	122	0,90	0,38	0,52
20,3 Haute-Corse	158400	78	60	138	0,87	0,38	0,49
21 Côte d'Or	517168	635	102	737	1,43	0,20	1,23
22 Côtes-d'Armor	570861	476	81	557	0,98	0,14	0,83
23 Creuse	123401	92	36	128	1,04	0,29	0,75
24 Dordogne	404052	384	150	534	1,32	0,37	0,95
25 Doubs	516157	533	128	661	1,28	0,25	1,03
26 Drôme	468608	557	52	609	1,30	0,11	1,19
27 Eure	567221	363	95	458	0,81	0,17	0,64
29 Finistère	883001	1083	138	1221	1,38	0,16	1,23
30 Gard	683169	653	107	760	1,11	0,16	0,96
32 Gers	181375	190	43	233	1,28	0,24	1,05
33 Gironde	1393758	924	513	1437	1,03	0,37	0,66
34 Hérault	1001041	1173	172	1345	1,34	0,17	1,17
35 Ille-et-Vilaine	945851	1159	167	1326	1,40	0,18	1,23
36 Indre	232959	162	40	202	0,87	0,17	0,70
37 Indre-et-Loire	580312	338	45	383	0,66	0,08	0,58
38 Isère	1169491	972	212	1184	0,18	0,83	
39 Jura	257399	488	20	508	1,97	0,08	1,90
40 Landes	362827	236	32	268	0,74	0,09	0,65
41 Loir-et-Cher	325182	136	40	176	0,54	0,12	0,42
42 Loire	741269	696	140	836	1,13	0,19	0,94
43 Haute-Loire	219484	241	46	287	1,31	0,21	1,10
44 Loire-Atlantique	1234001	1104	204	1308	1,06	0,17	0,89
45 Loiret	645325	513	81	594	0,92	0,13	0,79
46 Lot	169531	192	41	233	1,37	0,24	1,13
47 Lot-et-Garonne	322292	391	170	561	1,74	0,53	1,21
48 Lozère	76800	60	24	84	1,09	0,31	0,78
49 Maine-et-Loire	766659	550	91	641	0,84	0,12	0,72
50 Marche	492563	348	66	414	0,84	0,13	0,71
51 Marne	565841	461	69	530	0,94	0,12	0,81
52 Haute-Marne	187652	158	24	182	0,97	0,13	0,84
53 Mayenne	299000	191	35	226	0,76	0,12	0,64
55 Meuse	193696	167	31	198	1,02	0,16	0,86
56 Morbihan	694821	870	143	1013	1,46	0,21	1,25
57 Moselle	1036721	1224	260	1484	1,43	0,25	1,18
58 Nièvre	222220	153	46	199	0,90	0,21	0,69
59 Nord	2565257	3028	183	3211	1,25	0,07	1,18
60 Oise	792975	906	117	1023	1,29	0,15	1,14
61 Orne	299704	267	70	337	1,12	0,23	0,89
62 Pas-de-Calais	1453387	1623	133	1756	1,21	0,09	1,12
63 Puy-de-Dôme	623463	535	110	645	1,03	0,18	0,86
64 Pyrénées-Atlantiques	636849	846	71	917	1,44	0,11	1,33
65 Hautes-Pyrénées	227736	385	58	443	1,95	0,25	1,69
66 Pyrénées-Orientales	432112	385	289	674	1,56	0,67	0,89

Département	Nbre habitants (2006)	Total HDT 2006	Total HO en 2006	Total HSC 2006	Nbre d'HSC pour 1000 habitants en 2006	Nombre HO/1000 hab	Nombre HDT/1000 hab
68 Haut-Rhin	736477	722	97	819	1,11	0,13	0,98
69 Rhône	1669655	1923	411	2334	1,40	0,25	1,15
71 Saône-et-Loire	549361	542	75	617	1,12	0,14	0,99
72 Sarthe	553484	458	92	550	0,99	0,17	0,83
73 Savoie	403090	493	96	589	1,46	0,24	1,22
74 Haute-Savoie	696255	542	90	632	0,91	0,13	0,78
75 Paris	2181371	2192	797	2989	1,37	0,37	1,00
77 Seine-et-Marne	1273488	1061	150	774	0,61	0,12	0,85
77 Seine-Maritime	1243834	674	100	1211	0,97	0,08	0,53
78 Yvelines	1395804	1018	160	1178	0,84	0,11	0,73
79 Deux-Sèvres	359711	396	48	444	1,23	0,13	1,10
80 Somme	564319	748	72	820	1,45	0,13	1,33
81 Tarn	365335	335	65	400	1,09	0,18	0,92
82 Tarn-et-Garonne	226849	235	28	263	1,16	0,12	1,04
83 Var	985099	753	183	936	0,95	0,19	0,76
84 Vaucluse	534291	732	143	875	1,64	0,27	1,37
85 Vendée	597185	745	62	807	1,35	0,10	1,25
86 Vienne	418460	568	59	627	1,50	0,14	1,36
87 Haute-Vienne	367156	379	165	544	1,48	0,45	1,03
88 Vosges	379975	321	50	371	0,98	0,13	0,84
89 Yonne	340088	181	154	335	0,99	0,45	0,53
90 Territoire de Belfort	141201	118	19	137	0,97	0,13	0,84
91 Essonne	1198273	1167	369	1536	1,28	0,31	0,97
93 Seine-Saint-Denis	1491970	1651	426	2077	1,39	0,29	1,11
94 Val-de-Marne	1298340	2216	596	2812	2,17	0,46	1,71
95 Val-d'Oise	1157052	978	145	1123	0,97	0,13	0,85
973 Guyane	205954	145	66	211	1,02	0,32	0,70
974 Réunion	781962	691	159	850	1,09	0,20	0,88
moyenne sur 2006	55417424	54339	10749	65088	1,17	0,19	0,98

1

Département	Nbre habitants (2006)	Total HDT 2006	Total HO en 2006	Total HSC en 2006	Nbre d'HSC pour 1000 habitants en 2006	Nombre HO/1000 hab	Nombre HDT/1000 hab
		HDT en 2007	HO en 2007	HSC en 2007			
19 Corrèze	240363	157	44	201	0,84	0,18	0,65
71 Haute-Saône	235867	312	47	359	1,52	0,20	1,32
972 Martinique	397732	408	210	618	1,55	0,53	1,03
		HDT en 2005	HO en 2005	HSC en 2005			
1 Ain	566740	500	263	763	1,35	0,46	0,88
18 Cher	314675	254	65	319	1,01	0,21	0,81
28 Eure-et-Loir	421114	365	40	405	0,96	0,09	0,87
67 Bas-Rhin	1079016	999	113	1112	1,03	0,10	0,93
		HDT en 2004	HO en 2004	HSC en 2004			
31 Haute-Garonne	1186330	723	141	864	0,73	0,12	0,61
		HDT en 2003	HO en 2003	HSC en 2003			
14 Calvados	671351	565	177	742	1,11	0,26	0,84
54 Meurthe-et-Moselle	725302	579	68	647	0,89	0,09	0,80
92 Hauts-de-Seine	1536100	1592	293	1885	1,23	0,19	1,04
971 Guadeloupe	400736	405	127	532	1,33	0,32	1,01
moyenne sur 2006	55417424	54339	10749	65088	1,17	0,19	0,98

1

Annexe 2 Tableau du pourcentage de HDT en urgence par département (ordre alphabétique)

Département	part HDT en urgence en 2003	part HDT en urgence 2006	% HDT urgence en 2007
2 Aisne	75,76%	71,69%	
3 Allier	69,20%	58,99%	82,62%
4 Alpes de Haute Provence	59,88%	64,46%	
5 Hautes Alpes	25,00%	27,87%	23,53%
6 Alpes Maritimes	90,41%	92,79%	94,58%
7 Ardèche	9,62%	9,76%	
8 Ardennes	3,35%	0,00%	6,19%
9 Ariège	38,38%	26,98%	
10 Aube	19,82%	12,12%	3,98%
11 Aude	36,63%	42,82%	38,34%
12 Aveyron	51,21%	37,96%	39,38%
13 Bouches-du-Rhône	64,28%		
15 Cantal	51,31%	53,02%	46,67%
16 Charente	17,67%	74,00%	
17 Charente-Maritime	47,18%	47,70%	59,86%
21 Côte d'Or	11,52%	23,94%	22,62%
22 Côtes-d'Armor	37,12%	41,60%	
23 Creuse	63,28%	63,04%	
24 Dordogne	16,09%	35,94%	42,89%
25 Doubs	78,25%	61,16%	66,28%
26 Drôme	44,93%	44,70%	40,80%
27 Eure	70,05%		
29 Finistère		41,18%	
30 Gard	54,69%	69,98%	
32 Gers	40,91%	52,63%	48,07%
33 Gironde	0,19%	22,40%	24,29%
34 Hérault	73,41%	67,18%	
35 Ille-et-Vilaine	42,71%	48,84%	45,23%
36 Indre	18,29%	13,58%	21,18%
37 Indre-et-Loire	84,68%	82,84%	
38 Isère	39,51%	40,02%	43,31%
39 Jura	18,12%	34,43%	
40 Landes	76,92%	63,98%	76,25%
41 Loir-et-Cher	62,07%	49,26%	
42 Loire	49,86%	57,76%	66,76%
43 Haute-Loire	0,00%	0,00%	0,00%
44 Loire-Atlantique		0,00%	
45 Loiret	13,05%	12,28%	
46 Lot	17,04%	41,67%	41,95%
47 Lot-et-Garonne	8,65%	19,69%	21,57%
48 Lozère	49,06%	58,33%	24,53%
49 Maine-et-Loire	27,41%	46,73%	
50 Manche	56,55%	65,52%	58,10%
51 Marne	3,46%	7,81%	14,56%
52 Haute-Marne	37,01%	37,97%	28,93%
53 Mayenne	9,62%	27,23%	25,58%
55 Meuse	46,57%	53,29%	46,75%
56 Morbihan	58,94%	69,31%	
57 Moselle		0,00%	
58 Nièvre	88,17%	86,27%	92,26%
59 Nord	63,46%	65,46%	64,66%
60 Oise	19,69%	21,19%	23,33%
61 Orne	36,70%	37,83%	31,49%
62 Pas-de-Calais	63,91%	68,02%	68,80%
63 Puy-de-Dôme	4,83%	8,60%	5,45%
64 Pyrénées-Atlantiques	40,22%	56,74%	
65 Hautes-Pyrénées	24,24%	26,23%	28,42%
66 Pyrénées-Orientales	51,32%	60,78%	65,87%
68 Haut-Rhin	7,73%	13,43%	
69 Rhône	23,15%	21,37%	22,06%
71 Saône-et-Loire	36,92%	41,14%	
72 Sarthe	44,49%	52,84%	48,64%
73 Savoie	33,85%	50,71%	53,27%
74 Haute-Savoie	60,06%	67,34%	69,86%
75 Paris	33,15%		
76 Seine-Maritime	65,06%	59,57%	58,84%
77 Seine-et-Marne	73,69%	77,74%	
78 Yvelines	60,61%		
79 Deux-Sèvres	84,79%	89,90%	
80 Somme	66,35%	73,40%	76,13%
81 Tarn	20,62%	24,48%	29,29%
82 Tarn-et-Garonne	39,06%	60,43%	60,29%
83 Var	53,52%		
84 Vaucluse	40,55%	43,72%	
85 Vendée	9,88%	12,48%	
86 Vienne	45,02%	55,28%	
87 Haute-Vienne	25,05%	29,82%	24,93%
88 Vosges	17,56%	14,95%	
89 Yonne	76,21%	0,00%	85,56%
90 Territoire de Belfort	82,30%	81,36%	
91 Essonne	23,41%		
93 Seine-Saint-Denis	53,23%	24,29%	72,71%
94 Val-de-Marne	27,36%	33,98%	
95 Val-d'Oise		62,68%	62,51%
973 Guyane			
974 Réunion	36,87%	51,95%	
20A Corse-du-Sud	0,00%	50,70%	68,97%
20B Haute-Corse		0,00%	0,00%
moyenne sur 2006		46,42%	

Annexe 3:**Résumé et commentaires bruts sur le contenu des rapports CDHP par départements**

01 Ain: dossier 2006 reçu. Totalement sans intérêt.

02 Aisne: rapport reçu et sans intérêt en 2005 et en 2006

Rapport 2007 reçu mais sans les statistiques. Le rapport dit que des patients en service libre ne peuvent pas circuler librement. La CDHP envoie une lettre à la directrice de l'EPSM.

03 Allié: que les stats. Pas de rapport

04 Alpes de Haute Provence : forte baisse HSC, rapports sans intérêt en 2007 et en 2006

05 Hautes Alpes : forte augmentation des HDT et HO et aussi de l'urgence depuis 2005. La CDHP prend acte mais ne donne aucune explication.

06 Alpes Maritimes : Rapport 2007 reçu. RAS, ils disent que les procédures d'urgence ont baissé, ce qui est complètement faux !

07 Ardèche: 2006. Rapports 2005 et 2006 sans intérêt

08 Ardennes: rapport 2006 reçu sans les statistiques. « Les psychiatres utilisent moins le copié collé pour les certificats mensuels ».

09 Ariège : rapport 2006: " difficulté d'obtenir des certificats initiaux motivés qui rappellent les faits. Les certificats de sortie d'essai nous parviennent le plus souvent les veilles de week-end, ce qui ne facilite pas la signature de l'arrêté par les autorités préfectorales. Il a été demandé à l'établissement de nous faire parvenir les demandes de sorties d'essai au plus tard le mercredi."

10 Aube: Rapport 2006 demandé et reçu. Pas de commentaires, juste un tableau.

11 Aude: pas de réunions CDHP en 2005 ni 2006, se sont réunis fin 2007. Rapport 2007 reçu. Notent que dans les cas d'HO prononcées par le maire, il y a souvent confusion entre l'état d'ébriété et l'urgence psychiatrique.

12 Aveyron: rapport 2006 particulièrement incohérent. Aucune stat, seulement par morceaux d'année, aucune info ; ont envoyé les stats 2007 et chiffres 2008.

13 Bouches du Rhône: stats envoyées en 04/08, pas de rapports qui n'existent pas. L'inspecteur de la DDASS nous écrit et nous dit que la CDHP n'a pas fonctionné pendant 2 ans mais fonctionne de nouveau depuis novembre 2007. Chiffres 2007 donnés et en forte hausse sur 1 an.

14 Calvados : pas de stats ni de rapports récents.

15 Cantal:

Rapport 2006 : 4 plaintes ont été relevées par le TGI (4HDT), après entente des parties concernées, le Juge a ordonné 3 main levées immédiates. Sinon RAS.

Rapport 2007 reçu: ils notent une augmentation des HO et des HDT, sinon RAS. Rapport correct.

16 Charente: RAS dans rapports 2006 et 2005 ; pourtant urgence en hausse, ils n'ont rien vu...

17 Charente Maritime: rapport reçu après dépôt de plainte TA. Rapport 2007 reçu en 11.08
Rien à signaler, sans intérêt.

18 Cher: 2005 rapport fait mais sans intérêt. RAS ; forte augmentation HO en 2005

19 Corrèze: La CDHP n'a pas fonctionné en 2007 et en 2008.

20A Corse du Sud: stats 2007 reçues mais aucun rapport n'a été fait.

20B Haute Corse: stats reçues pour 2007 mais aucun rapport.

21 Côte d'Or : que les stats, pas de rapport. Rapport 2007 correct mais sans intérêt.

22 Côte d'Armor: 2006, que les stats, pas de rapport

23 Creuse : léger progrès. Rapport 2006 très succinct, pas de commentaires ; réponse CDHP 03.08: ils font leur travail

Rapport 2007 reçu: que les stats, aucun commentaire.

24 Dordogne : rapport 2006: "une patiente se plaint de violences et viols qu'elle affirme avoir subis dans le Centre hospitalier où elle est hospitalisée; un rapport a été établi par le Centre Hospitalier concerné et un signalement au Procureur de la République a été effectué." Sinon, RAS

Rapport 2007: des HP font encore signer des cadres administratifs pour demander une HDT. Des personnes démentes sont en HDT et ce n'est pas leur place, de même des personnes ivres sont mises en psychiatrie. Rapport correct.

25 Doubs: 2007. N'ont pas rédigé de rapports mais prétendent avoir fait des visites

26 Drôme : pas de rapports, juste les stats.

Rapport 2007 reçu. Rapport correct. Le nombre important d'HDTU est justifié d'après la CDHP. Ils n'ont RAS.

27 Eure : rapport 2006 trop succinct: pas de données sur l'urgence. « Ils font leur boulot », lettre aimable.

28 Eure et Loire : 2005 "un certain nombre de malades restent en hospitalisation d'office avec des permissions d'essai quasi permanentes (Bonneval)

29 Finistère: 2006 : seulement les stats en 2006 ; rapport 2005: les certificats initiaux des généralistes ont un manque d'argumentation sur la nécessité de recourir à une mesure de contrainte. (pas assez circonstanciés). Rappel a été fait aux généralistes et à l'ordre des médecins ; réponse le 31 mars 2008 : les problèmes persistent. Le CH de Morlaix n'a pas mis en place de procédure systématique de contrôle du tiers demandeur. Les HDT en urgence sont en baisse mais encore utilisées à titre pratique. Les certificats ne sont toujours pas conformes (la nécessité de l'internement n'y figure pas). Le CH de Quimperlé : le placement porte atteinte à la dignité de la personne (au cours d'une visite de la CDHP, un patient était nu dans la chambre d'isolement).

30 Gard : Rapport 2006 : " il est à noter une amélioration dans la rédaction des certificats médicaux qui mentionnent plus régulièrement la non -adhésion aux soins (HDT) ou la dangerosité (HO)" ; rapport 2006 : "La motivation des certificats mensuels est encore insuffisante (HDT). "Difficulté de trouver dans l'urgence deux médecins." ; "remarques générales : La Commission souligne la vétusté de certains pavillons accueillant les malades. Elle constate à nouveau le respect insuffisant de la dignité des personnes dans certains établissements qui obligent les malades à rester en pyjama évoquant des problèmes de sécurité ; rapport 2006 identique au rapport 2005

31 Haute Garonne: pas de stats ni de rapports récents

32 Gers : Rapport 2007 assez correct mais RAS

33 Gironde : 2007 Forte chute du nombre d'HDT. 2006. lettre envoyée par CCDH pour précisions sur HDT en urgence. Le Pdt CDHP répond en 02.08 pour dire qu'il attend des stats plus précises. Il est intéressé par les données sur le sujet que nous pourrions lui communiquer. Rapport 2007 reçu et correct, mais aucun abus signalé.

34 Hérault: Rapports 2005 et 2006 reçus suite saisie TA : rapports sans intérêt

35 Ille et Vilaine : 2005. Rapport 2006 reçu mais pas les stats (problème informatique et de personnel ; RAS dans le rapport, très succinct

Rapport 2007 reçu: trop d'urgence à St Malo. Rapport correct RAS.

36 Indre : 2006 pas de rapport, juste des stats

Rapport 2007 reçu: pas de synthèse, juste les stats.

37 Indre et Loire : 2006 rapport sans intérêt

38 Isère : Rapport 2007: « Au cours des visites, la CDHP a constaté certains dysfonctionnements concernant le respect des libertés et la dignité des personnes hospitalisées sous contrainte :

Au centre hospitalier de Vienne:

- constat d'anomalies concernant certains certificats médicaux légaux : établissement de ces certificats médicaux avec la qualité de psychiatre par un faisant fonction d'Interne, pratique non conforme aux dispositions légales et réglementaires. Un courrier au Directeur du Centre hospitalier de Vienne et au DDASS a été fait à ce sujet.

- Chambre de "sûreté": il a été constaté que ces chambres sont équipées d'un verrou intérieur permettant aux patients de s'enfermer, ce qui peut bloquer l'accès aux soignants. Un courrier au directeur de l'établissement a été fait. Par ailleurs, l'état général des conditions d'hébergement est peu satisfaisant et mériterait une amélioration sensible

Au Centre hospitalier St Egrève:

- constat qu'un certain nombre de mesures d'HDT a été demandé par des personnels soignants de l'établissement. Un rappel des règles en la matière est fait auprès du directeur de l'établissement.

1 courrier a été fait au directeur du CHU – service UCAP- relatif aux observations faites sur la durée excessive des séjours dans ce service sans statut juridique, concernant notamment l'admission contre leur gré des mineurs, dans l'attente d'un protocole de mise en chambre d'isolement, comme le recommande la Haute Autorité de Santé.

Commentaire : très bon rapport CDHP, courageux. Dommage qu'on ait tenté d'empêcher CCDH de l'obtenir, ce qui n'est probablement pas un hasard.

39 Jura : 2006. Rapport sans intérêt, envoyé 2 fois. RAS

40 Landes : ont envoyé le rapport 2007, il n'y a rien dedans. ; forte hausse en 2007

41 Loir et Cher: 2006 pas de rapport

42 Loire : 2005. Rapport 2005 : "la Commission a rappelé aux établissements la jurisprudence ayant restreint la qualité du tiers habilité à signer une demande d'HDT; elle a préconisé, de préférence, le recours à une HO lorsqu'il n'y a pas de tiers ayant un lien antérieur avec le patient.", ce qui laisse penser qu'il y a des abus à ce niveau.

Rapports 2006 et 2007 reçus. Corrects, mais RAS.

43 Haute Loire : 2006. Admissions en urgence ; RAS dans le rapport CDHP. ; Réponse CDHP 18.03.08: Ils expliquent l'absence d'HDT en urgence par une grande rigueur, en particulier du CHS.

Rapport 2007 sans intérêt. RAS

44 Loire Atlantique : 2007.pas de rapport, juste les stats. Données sur l'urgence effacées en 2006 ; lettre envoyée à la CDHP en 01.08, réponse du médecin inspecteur en 02.08 : la CDHP est changée, nous envoyent des stats pas très claires.

45 Loiret : 2006. Rapport 2006 : pour certaines HDT en urgence, la notion de péril imminent est apparemment injustifiée (solution de facilité), mais la CDHP dit que c'est uniquement une question de forme. Les certificats d'HO initiaux sont peu détaillés. Sinon, rapport complet qui mentionne les plaintes déposées et leur résultat. Il y a eu une HDT annulée parce que le signataire n'avait pas de lien de parenté

46 Lot : 2006. Pas de rapports, que les stats ; compte rendu des réunions reçu en 02.08, travail correct. Voir un patient en chambre de contention qui se plaint.

Rapport 2007: RAS, sans grand intérêt mais correct.

47 Lot et Garonne: pas de rapport en 2005, 2006 et 2007. L'activité reprend normalement en 2008.

48 Lozère : 2006. Forte augmentation de l'urgence ; lettre pour en avertir la CDHP ; réponse CDHP : vont étudier ce problème 03.08. En effet les stats 2007 montrent que le problème est réglé.

49 Maine et Loire : 2006. Rapport 2006 : très détaillé par établissement ; la CDHP a évoqué un retard administratif dans l'application de la levée de l'HO prononcée par le Juge des Libertés pour 1 patient de Cholet ayant fait un recours, du fait d'un dysfonctionnement administratif. La CDHP saisit le DDASS sur la bonne application des décisions ; réponse CDHP 03.08: le retard était exceptionnel, les acteurs ont été saisis

50 Manche : 2006. en 2006, la CDHP s'est penchée sur le cas d'un jeune homme de 14 ans en psychiatrie adulte et qui n'a pas de scolarité. Pas de changement mais un souci a été exprimé, mais non solutionné. ; "La commission s'est interrogée sur la fréquence de prises de drogues parfois dures par les jeunes hospitalisés qu'elle rencontrait et sur l'hypothétique préalable de l'intoxication ou de la pathologie. Une question certainement à approfondir". Pas clair, CCDH devrait demander des explications ; La CDHP signale qu'un psychiatre s'opposait à ce qu'un patient hospitalisé reçoive son dossier médical, pour "des raisons cliniques". La CDHP s'est interrogée, pas de décision. Leur demander.

En 2007, juste les stats reçues

51 Marne : Stats reçues pour 2007, mais pas de rapport

52 Haute Marne : 2005. Rapport 2005: la CDHP a de nouveau rappelé que les certificats médicaux de demande d'admission doivent être circonstanciés quelque soit le mode d'admission, sans comporter pour autant de termes qui évoquent un diagnostic. ; Rapport 2005: La Commission a rencontré quelques difficultés quant à la lecture de certains termes employés dans les certificats tels que: "La symptomatologie laisse apparaître une idée d'irréalité innominée, "De symptomatologie mélancolique, mélancoliforme, productive", "Un état d'exception psychique".

Rapports 2006 et 2007: RAS

53 Mayenne : 2005. baisse continue, pas d'urgence. Département modèle.

Rapport 2007 reçu, sans intérêt particulier. RAS malgré la forte augmentation

54 Meurthe et Moselle : 2003. Rapports 2005 et 2006 reçus mais sans les stats ; rapport 2006 : "L'examen des dossiers montre comme par le passé que les libellés de très nombreux certificats sont en inadéquation avec la législation, en dépit des remarques et des rappels réitérés. On constate, malgré les divers rappels, la présence de certificats médicaux imprimés photocopiés que le praticien n'a plus qu'à compléter s'il en est. La vague des procédures d'urgence en matière d'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers semble légèrement stabilisée ; quant aux Hospitalisations d'office, elles sont toujours assez importantes."

55 Meuse : 2006. Pas d'activité CDHP en 2006. RAS en 2005

Rapport 2007 reçu : aucune observation, sans intérêt

56 Morbihan: juste les stats, rapport très succinct. HDT Urgence 69% en 2006.

57 Moselle : 2006. Rapport 2006 plus que succinct (ridicule) ; pas d'informatique, donc pas de chiffres ; demander pourquoi.

58 Nièvre : 2006. Rapport 2006 : ce rapport montre une incohérence : les certificats initiaux sont majoritairement faits par des généralistes, donc un 2e pourrait être fait par un psychiatre de l'hôpital, tandis que la CDHP prétend que la démographie médicale l'empêche.

Rapport 2007 reçu. La CDHP a alerté l'HP et les médecins sur les trop nombreuses HDT en urgence

59 Nord : 2006. HDT en urgence très importantes sauf au CH de Douai où les HDT ordinaires représentent 77% des HDT. Pourquoi ? rapport détaillé mais la CDHP n'a rien vu...

Rapport 2007 reçu: assez complet, constatent l'importance des mesures d'urgence mais n'interviennent pas. CCDH est mentionné par rapport aux demandes des dates de visites. La CDHP est plutôt favorable.

60 Oise : 2006. Rapport 2006 : mauvais état des locaux dans le secteur Fit-James 6, pavillon Bourneville. La feuille de passage de la chambre sécurisée n'est pas tenue à jour ; un cas d'internement abusif à vérifier, Madame P, Clermont 1 secteur de Creil.

Rapport 2007: les rapports de visite sont détaillés, et globalement positifs. Le Pavillon Bourneville est toujours en très mauvais état. La chambre d'isolement n'est pas aux normes. « Ces conditions d'hospitalisation sont limites en ce qui concerne la dignité des personnes, en particulier, le respect de l'intimité de chacun vu l'exigüité des chambres. »

61 Orne : 2006. Pas de réunion de la CDHP depuis janvier 2005, faute de trouver des médecins pour siéger. Idem en 2007

62 Pas de Calais: rapports assez intéressants. La CDHP note que l'urgence représente les 2/3 des HDT mais n'en dit pas plus. Le rapport donne la part d'urgence par hôpital, ce qui est intéressant.

Rapport 2007 reçu en février 2009: travail fait correctement, pas de signalement d'abus sauf constat intéressant sur la prise en charge des détenus : « il existe un très gros souci dans la prise en charge des détenus, hospitalisés dans des hôpitaux psychiatriques ordinaires, où le personnel insuffisant et souvent incomptent

pour encadrer des patients dangereux, se trouve mis en porte-à-faux entre différentes administrations se plaignant de manque de moyens.

63 Puy de Dôme : 2007. Stats reçues mais pas de rapport d'activité rédigé en 2006 ni en 2007

64 Pyrénées Atlantiques : 2006.rapport 2006: "certaines demandes de tiers étaient incomplètes. Ces observations ont fait l'objet de courriers aux directeurs; "les certificats médicaux d'entrée en HDT en urgence ne font pas toujours ressortir le caractère de péril imminent pour la santé du malade, cette notion n'est pas explicitement exprimée."; "les certificats médicaux d'entrée en HO devraient, parfois, être plus circonstanciés."; "Le terme de "sorties d'essai définitive" est utilisé pour désigner une sortie d'essai. Un courrier relatif à cette observation a été adressé au directeur d'un établissement hospitalier."

65 Hautes Pyrénées: 2006. Rapports 2005 et 2006 reçus : la CDHP veut une réflexion sur la notion de tiers, ce qui laisse présager des abus, et aussi sur la notion de contrainte.

Rapport 2007: baisse continue des HSC. La question du tiers en HDT a été évoquée, mais le rapport n'en dit pas plus.

66 Pyrénées Orientales : 2006. RAS dans rapport 2006

Stats reçues et juste les stats pour 2007

67 Bas Rhin : 2005. Rapport succinct: ont demandé aux HP de transmettre les registres autorités

68 haut Rhin : 2006. Rapport sans aucun intérêt

Rapport 2007 reçu. Ils ont un nouveau logiciel qui n'a pas permis de déterminer la part d'urgence. Dans le rapport, ils évoquent des HDT dont le tiers n'avait pas le droit de signer à Mulhouse (personnel hospitalier), des certificats non circonstanciés. Sinon RAS, pas d'abus.

69 Rhône : 2006. On a reçu seulement les chiffres par hôpital; rapport 2006 finalement reçu et sans aucun intérêt. Ils ont eu 16 plaintes et ne disent pas ce que c'est devenu.

Rapport 2007 reçu. RAS, sans intérêt.

70 Haute Saône: Pas de rapport, que les stats

Rapport 2007 reçu en 05/08 : que des stats, pas de commentaires

71 Saône et Loire : 2006. Très préoccupés par le manque de moyens

Rapport 2007 reçu: correct. La CDHP observe un pourcentage élevé de mesures d'urgence en HDT et explique ça par:

- a/ une plus grande facilité d'admission du fait de la production d'un seul certificat médical au lieu de 2
- b/ la montée de la violence,
- c/ le souci de couverture légale, suite à un placement libre et pour les patients en hospitalisation libre (? leur demander ce que cela signifie);
- d/ une mauvaise information du médecin généraliste;
- e/ la pénurie de psychiatres libéraux qui entraîne un allongement du délai de consultations, source d'aggravation des troubles et d'hospitalisation qui auraient pu être évitées;
- f/ l'absence de service « porte » dans de nombreux hôpitaux qui pourraient éviter une hospitalisation en HDT (?demander);
- G/ l'absence de possibilité d'hospitalisation libre par manque de place disponible).

72 Sarthe : 2005. "La Commission s'interroge sur les raisons de prolongation des hospitalisations sous contrainte avec souvent pour les HDT une collision entre les raisons psychiatriques et les raisons sociales, et pour les HO entre les raisons psychiatriques et les raisons sécuritaires. A noter que la commission a saisi le Préfet à deux reprises pour des levées d'hospitalisation d'office. A signaler le rôle positif pour les patients hospitalisés, et non seulement sous contrainte, du passage de la Commission." (demander pourquoi). ; "fonctionnement de la CDHP : La commission regrette également l'absence systématique du Dr Y. Médecin psychiatre et s'interroge sur le non respect de l'article 3223.2 puisque les deux psychiatres membres de la commission exercent au sein de l'établissement; Demander ce que cela veut dire.

Rapport 2006 et 2007 reçus. Ils sont identiques, sauf quelques chiffres qui changent. La CDHP a fait son boulot. Note l'augmentation des HDT en urgence mais ne fait rien de spécial à ce niveau.

73 Savoie : 2006. Rapport 2006 sans intérêt

74 Haute Savoie : 2003. Les Hôpitaux du Léman (Evian, Thonon) ont transmis un compte rendu des visites de la CDHP en 2006: à Thonon en 2005, une « chambre d'apaisement » a « un côté inhumain inacceptable »

d'après la CDHP. A Thonon en 2006, les ados sont mis avec les adultes, ce qui n'est pas bien. Les certificats mensuels sont des copier-coller.

Rapports 2006 et 2007 reçus. Corrects. Le problème de l'urgence est mentionné comme un problème éthique (rapport 2007)

75 Paris : 2006. Rapports très complets et intéressants ; beaucoup de données à exploiter; stats 2006 confuses. Précisions à demander

76 Seine Maritime : 2006. Rapport 2002 intéressant; RAS dans le rapport 2006

Rapport 2007: Au CHS du Rouvray, une HO n'a pas été faite dans les normes. Au Havre, circulation de produits toxiques difficile à gérer, manque d'activité des patients dans les pavillons. Stats par hôpital. Rapport correct

77 Seine et Marne : 2006. Rapport 2006 seulement stats

78 Yvelines : 2006. Rapports 2005 et 2006 reçus : très complets, très longs; à Charcot à Plaisir, remarques sur le livre de la loi qui manque de rigueur (exemples donnés, manques de certificats), mais améliorations suite à la visite ; A Meulan-les Muraux, site Becheville : pavillons vétustes. Registre de la loi qui montre que des HDT sont réalisées par des membres du personnel, contraire à la décision du Conseil d'État du 3,12,2003. Remarques défavorables sur les soignants au Pavillon Dauphine ; A Mignot, les chambres d'isolement ne sont pas finies (pas sûres) et du coup la contention y est utilisée, en dépit des problèmes de dignité des patients.; remarques générales : Prise en charge des personnes autistes ; "Suite à la question soulevée sur ce point dans son rapport d'activité pour l'année 2005, la CDHP des Yvelines, lors de sa réunion du 23 novembre 2006, a considéré qu'il convenait de poser la question de l'adéquation de la prise en charge des patients autistes. En effet, au cours des visites, il est régulièrement constaté la présence de tels patients dans des structures ne disposant pas des équipements et du personnel adaptés. Le respect de la dignité de ces personnes, parfois enfermées dans leur chambre au détriment de la liberté d'aller et de venir, n'apparaît donc pas assurée par l'organisation des hôpitaux psychiatriques visités par la CDHP des Yvelines.; pas de stats sur l'urgence.

Rapport 2007 reçu en 12/08: La CDHP a visité pas mal d'établissements. Les rapports sont écrits, avec beaucoup de précisions sur l'état des lieux. centre psychothérapeutique de Poissy, 2e étage secteur V : « la persistance de locaux dégradés n'est pas admissible. L'état des locaux, qui ne s'est pas amélioré depuis la dernière visite, est totalement contraire à la dignité des patients et à de bonnes conditions de soins ». En conclusion de la visite à Poissy, il est indiqué en conclusion : « on ne peut plus accepter, pour la dignité des patients accueillis et pour l'exercice des soins, ce délabrement persistant des étages, et l'absence de réponses aux demandes de travaux ».

79 Deux Sèvres : 2006.rapport 2006 : La CDHP justifie le fait que l'urgence est majoritaire. Pas correct de sa part.

80 Somme: 2007 rapports corrects mais sans intérêt. HDT en urgence représentent les ¾ des HDT.

81 Tarn: Il n'y a pas eu de commission active en 2006 et 2007. L'activité a repris fin 2007.

82: stats de 2000 à 2007 reçus, rapport 2005 et 2006 aussi. Travail correct.

83 Var : 2006.rapport 2006 : beaucoup de sorties d'essai (justifiées); "les observations suivantes restent d'actualité en 2006 ; "certaines structures de soins restent mal adaptées au respect de l'intimité et de la dignité des patients hospitalisés sous contrainte : manque de sanitaires dans les chambres, locaux parfois vétustes et souvent peu spacieux. Toutes les unités ne garantissent pas un accueil personnalisé des familles. Certaines chambres d'isolement restent sommaires et inconfortables."

"Dans certains établissements, les patients hospitalisés sous contrainte et les patients hospitalisés librement sont accueillis dans les mêmes unités, rendant difficile voire illusoire une gestion individualisée et médicalisée de la liberté d'aller et venir de chaque patient."; pas de chiffres détaillés

Pas de réunion CDHP en 2007 d'après le directeur du CH Dracénie

84 Vaucluse : Rapport 2007 reçu: la CDHP n'a pas fonctionné au 1er semestre 2007 faute de membres. En 2007, la CDHP note l'évolution positive dans la rédaction des certificats

85 Vendée : 2006.rapport succinct, pas de détails et pas de commentaires. Idem en 2007

86 Vienne: rapport 2005 sans intérêt.

87 Haute Vienne : chiffres reçus mais pas de rapport pour 2006 et 2007

88 Vosges: rapports 2004, 2005 et 2006 sans intérêt.

89 Yonne : 2004. Lettre de la CDHP en mai 2007 : reconnaissent que le rapport n'a pas été fait, mais qu'il n'y a avait rien à dire...

Rapport 2007 reçu en nov. 2008 : analyse des HDT en urgence : la CDHP les accepte s'il y a un certificat 24h qui entérine l'admission (cela ne veut rien dire me semble-t-il).

90 Territoire de Belfort : 2006.pas de rapports en 2006; en 2004, la CDHP a adressé une lettre à plusieurs maires en attirant leur attention sur la situation limite de certaines hospitalisations d'office et en leur rappelant la réglementation. Les membres sont attentifs aux prochains arrêtés de placement provisoire de ces maires. ; en 2005, un maire signe une HO pour un couple ivre et c'est une situation limite d'après la CDHP (pas de danger imminent).

91 Essonne: rapport 2005 correct. Demandes d'investigations complémentaires auprès des hôpitaux pour avoir connaissance des causes de décès de malades hospitalisés.

92 Hauts de Seine : ni rapports ni stats récentes.

93 Seine Saint Denis : 2007.rapport 2007 très succinct. RAS sinon baisse sensible HSC; voir HDT urgence: erreur ?; réponse CDHP 03.08: ont étudié le cas de la personne, pas d'abus. Le directeur de l'HP va informer les personnes en HSC de leurs possibilités de recours

Réponse CDHP 03.08: ont étudié le cas de la personne, pas d'abus. Le directeur de l'HP va informer Les personnes en HSC de leurs possibilités de recours

94 Val de Marne : 2006.rapport 2006 très détaillé par établissement; la CDHP note que les sorties d'essai sont très fréquentes, surtout aux Murets. Le nombre de HO est en baisse; la CDHP signale : "des insuffisances sont constatées dans la rédaction des certificats médicaux de placement et de maintien. Nous signalons que les certificats mensuels sont souvent répétitifs (même remarque de 2005). Il semble souhaitable que le certificat d'hospitalisation soit détaillé aussi bien au niveau de la description des troubles de comportement et des faits que de la clinique.; Les certificats de maintien devraient faire état de l'évolution et préciser le projet thérapeutique même si la chronicité de certains malades est connue.; "La Commission a pu constater que les certificats de décès ne mentionnent jamais les circonstances du décès, il serait souhaitable que l'équipe soignante et la commission soient mieux informées à ce sujet."; La CDHP a examiné 4 cas de décès. Pas de commentaires (leur demander).

Les sorties d'essai ne devraient pas durer plus de 3 mois. Les Murets et Esquirol utilisent largement les sorties d'essai. "Une réflexion en profondeur à ce sujet devrait être effectuée."

95 Val d'Oise: les bilans 2006 et 2007 sont en cours de finalisation. HDT en Urgence 63% en 2006.

Rapports envoyés en aout 2008 : « les procédures HO et HDT ont bien respectées »

Absence d'entretien au CH les Oliviers à Beaumont sur Oise. « Ce constat a déjà été signalé par le passé sans que de véritables améliorations aient été apportées depuis. »

971 Guadeloupe : ni rapport ni stats récentes

972 Martinique: Rapport 2007 assez détaillé mais pas d'anomalies signalées, malgré la très forte augmentation.

973 Guyane: stats 2005, 2006 et 2007 reçues, mais pas de rapports

974 Réunion : que les stats reçues mais pas de rapports détaillés.

Annexe 4:**Guide à l'usage des autorités devant visiter les établissements psychiatriques (Procureurs, Présidents de TGI, Préfets)*****Liste des points de contrôle lors d'une visite dans un hôpital psychiatrique*****Indices généraux**

- pourcentage d'hospitalisations sous contrainte par rapport au total des hospitalisations
- évolution d'une année sur l'autre de ce chiffre
- nature du tiers en cas d'HDT et proportion de tiers non familiaux
- pourcentage d'HDT en urgence (moyenne nationale de 40%)
- qualité des certificats d'internements (bien justifiés, signés)
- motifs d'hospitalisations : alcoolisme, violences, délinquance (abusif)

Conditions d'hospitalisation

- pyjama ou propres vêtements ?
- toilettes et douches fermées, isolées, propres, suffisantes ?
- mélange des patients et des pathologies (sécurité des patients les plus faibles ?)
- pavillons fermés ou ouverts pour les personnes en hospitalisation libre ?
- accès à des activités (ergothérapie, art-thérapie, sport, sorties...) ?
- les relations avec les infirmiers sont-elles bonnes ?
- Ces derniers restent-ils isolés ou sont-ils en contact avec les patients ?
- est-ce que les recours des usagers auprès de la direction sont possibles ?

Traitements

- fréquence et durée des visites médicales (1/jour, 20 mn)?
- possibilité de refus d'un traitement
 - pour les patients en hospitalisation libre ?
 - pour les patients en hospitalisation sous contrainte ?
- possibilité de consulter un autre médecin
 - pour les patients en hospitalisation libre ?
 - pour les patients en hospitalisation sous contrainte ?
- électrochocs ? combien ? consentement éclairé du patient ou de ses proches ?
- isolement ? contention ? dans quelles conditions ? protocole écrit respecté ?

- neuroleptiques : respect des posologies conseillées ? différenciation selon les patients ?
- explications des traitements et obtention d'un accord ?

Sorties

- informations sur la possibilité de contester une HSC (hospitalisation sous contrainte) ?
- essai qui ne se prolonge pas indéfiniment ?
- contrainte de soins déguisée en sortie d'essai ?
- libre sortie pour un patient en placement libre ?

Accès à des soins médicaux

- check-up complet et diagnostic médical des différentes pathologies pouvant expliquer un comportement perturbé, telles que
 - thyroïde (TSH, dosage sanguin)
 - ionogramme (Sodium, potassium)
 - déficience en vitamine B (dosages B1, B6, B9, B12)
 - diabète, hypoglycémie
 - foie + reins (transaminases, créatinine, urée)
 - alcool + drogues (cocaïne...)
 - infections (fièvre, numération et formule sanguine (NFS), vitesse de sédimentation VS))
 - signes cliniques de déficit en magnésium
 - cortisolémie basse
 - fer, ferritine
- tumeur (scanner, IRM)
- hydratation et nourriture appropriées
- sommeil de qualité, calme, sentiment de sécurité ?
- accès à des soins dentaires ?

Explications

Indices généraux

Pourcentage d'hospitalisations sous contrainte par rapport au total des hospitalisations la moyenne nationale est de 14%. S'assurer que l'on est dans les normes sinon demander pourquoi.

Évolution d'une année sur l'autre de ce chiffre

Les internements ont doublé depuis 12 ans. Établir un graphique de l'évolution dans l'hôpital et déterminer si l'on est dans la norme, déjà trop élevée. Dans certains départements les HDT ont triplé voire quadruplé. Si c'est le cas, demander des explications.

Nature du tiers en cas d'HDT et proportion de tiers non familiaux

Le Conseil d'État a établi une jurisprudence très claire selon laquelle le tiers demandeur doit être une personne en contact direct avec la personne, un ou une proche. Ce ne peut être un membre du personnel d'un hôpital (administrateur de garde, assistante sociale de l'hôpital). Un hôpital psychiatrique dans l'Yonne qui s'est mis à respecter strictement ce point de la loi a vu ses HDT baisser de 40%.

Pourcentage d'HDT en urgence (moyenne nationale de 40%)

La procédure d'HDT en urgence ne doit être utilisée qu'à "titre exceptionnel". Si dans un HP, l'exceptionnel atteint 50%, c'est un abus

Qualité des certificats d'internements (bien justifiés, signés)

Les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques dénoncent dans beaucoup de départements le fait que les certificats sont répétitifs, trop succincts, ne permettent pas de justifier l'internement. Il faut surveiller si c'est le cas dans l'hôpital. Le bon sens permet de le constater très vite à leur lecture. Il faut être attentif au fait que les certificats ne se répètent pas abusivement dans le temps, avec l'utilisation du copier-coller.

Motifs d'hospitalisations : alcoolisme, violences, délinquance (abusif)

L'alcoolisme, la petite délinquance, la vieillesse et l'abandon ne sont pas des motifs d'internement mais sont pourtant la cause de nombreux internements. C'est donc un point à surveiller de prêt.

Conditions d'hospitalisation

Pyjama ou propres vêtements ?

Être privé de ses vêtements est en soi dégradant. Si c'est le cas, il faut demander des explications. La plus acceptable, à la limite, est le risque de fuite du patient

Toilettes et douches fermées, isolées, propres, suffisantes ?

Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Il faut donc inspecter les sanitaires, ce qui n'est pas une tâche très noble mais pourtant nécessaire. Exiger des travaux en cas de non conformité.

Mélange des patients et des pathologies (sécurité des patients les plus faibles ?)

ou très perturbatrices. C'est évidemment extrêmement préjudiciable au retour à la tranquillité d'esprit, à moins que les psychiatres considèrent que c'est un moyen de dissuader les patients de se faire hospitaliser (raisonnement qui existe). S'assurer que le mélange des patients n'est pas aberrant. Il suffit de demander à quelques patients.

Pavillons fermés ou ouverts pour les personnes en hospitalisation libre ?

Les personnes en hospitalisation libre doivent pouvoir sortir, sinon le mot "libre" n'a aucun sens.

Ce n'est pourtant pas toujours le cas. Il faut l'exiger.

Accès à des activités (ergothérapie, art-thérapie, sport, sorties...) ?

Le plus dur en psychiatrie est parfois un intense sentiment d'ennui. Traîner devant la télé a peu de chance d'être thérapeutique. L'accès au sport ou autre activité est le plus souvent beaucoup plus utile.

Les relations avec les infirmiers sont-elles bonnes ?

Demander à des patients. Ont-ils peurs des infirmiers ? Les violences de la part des soignants existent, cela ne peut être nié.

Restent-ils isolés ou sont-ils en contact avec les patients ?

Sans porter de critique générale sur les infirmiers, il arrive dans certains services qu'ils se tiennent à l'écart des patients. A vérifier.

Est-ce que les recours des usagers auprès de la direction sont possibles ? Plus généralement, les patients ont-ils la possibilité d'exprimer leurs critiques.

Traitements

Il peut sembler difficile pour un non médecin de se pencher sur les traitements, mais cela ne peut être mis de côté sous ce prétexte. Sans entrer en détail dans les traitements, il est possible de s'assurer des conditions dans lesquelles ils sont dispensés et de leur cohérence.

Fréquence et durée des visites médicales (1/jour, 20 mn)

Il existe des services, en général pour les patients chroniques, où l'on ne voit guère le médecin.

Possibilité de refus d'un traitement

- pour les patients en hospitalisation libre ?
- pour les patients en hospitalisation sous contrainte ?

C'est un principe peu respecté dans la réalité. Il suffit d'écouter les plaintes des patients...

Possibilité de consulter un autre médecin ?

- pour les patients en hospitalisation libre ?
- pour les patients en hospitalisation sous contrainte

Électrochocs ? Combien ? Consentement éclairé du patient ou de ses proches ?

Les électrochocs sont également dénommés "sismothérapie ou électro-convulsivo-thérapie (ECT). Ils sont de plus en plus fréquents, surtout dans les cliniques privées. Il faut demander s'il y en a dans l'hôpital. Si c'est le cas, il faut demander s'ils sont faits sous anesthésie, ce qui implique une salle de réveil. Très souvent, les ECT sont effectués hors de l'hôpital psychiatrique, en général à l'hôpital général. Les patients y sont conduits pour leur séance puis sont ramenés. Les patients doivent être correctement informés des effets secondaires des ECT, en particulier du fait qu'ils occasionnent des trous de mémoire. Une étude datant de 2002 montre que 84% des patients rechutent dans les 6 mois suivant la cure.

Isolement ? Contention ? Dans quelles conditions ? Protocole écrit respecté ?

Les chambres d'isolement doivent être des endroits sûrs et aérés. En 2004, un psychiatre de Belfort a été condamné à de la prison avec sursis suite au décès d'un jeune garçon en chambre d'isolement. Le garçon est mort déshydraté. La chambre n'était pas aérée ni climatisée et personne ne s'en est soucié. L'isolement doit répondre à un impératif "thérapeutique" et doit faire l'objet d'un protocole particulier. On pourra vérifier l'état des chambres et demander quels sont les règlements appliqués en matière d'isolement et de contention.

Neuroleptiques : respect des posologies conseillées ? Différenciation selon les patients ? Il n'est pas rare de trouver tout un service de patients placés sous le même neuroleptique. L'haldol est le plus utilisé. La camisole chimique est largement utilisée en psychiatrie, avec parfois des doses exagérées. Il est impossible pour un non médecin de contrôler les posologies, mais pourquoi ne pas poser quelques questions sur le sujet.

Explications des traitements et obtention d'un accord ?

C'est évidemment quelque chose qui devrait être systématique mais ce n'est pas le cas dans la réalité. Il faut également faire attention aux essais de médicaments effectués sur les patients. C'est fréquent en psychiatrie. Il serait intéressant de demander si cela se fait dans l'hôpital.

Sorties

Informations sur la possibilité de contester une HSC ?

Les patients sont-ils informés des moyens de recours dont ils disposent ? Peuvent-ils facilement écrire aux autorités ? Le plus simple est de leur demander.

Essai qui ne se prolonge pas indéfiniment ? Contrainte de soins déguisée ?

Les sorties d'essai ne doivent pas être utilisées comme méthode de contrainte aux soins. Il faut interroger la direction sur le nombre de patients en sortie d'essai et demander la durée moyenne. Si elles durent plus de quelques semaines, c'est un détournement de la loi, fréquent dans les faits.

Libre sortie pour un patient en placement libre ?

Les patients en placement libre qui ne peuvent pas quitter l'hôpital sont en fait internés contre leur volonté. C'était très fréquent avant la loi de 1990 et cela existe encore. Généralement, dans ce cas,

le patient est menacé d'être placé en HO s'il décidait de sortir. C'est illégal.

Accès à des soins médicaux

Le problème général tient au fait que les patients en psychiatrie sont très rarement soumis à des examens médicaux complets. Certaines pathologies ou carences physiologiques induisent des symptômes de troubles mentaux. Les psychiatres classifient ces symptômes et "collent" une étiquette de malade mental au patient. C'est là l'essentiel de leur "science". Récemment, dans un service psychiatrique à Strasbourg, une jeune fille a été étiquetée comme souffrant d'une « hystérie de conversion » car les médecins n'avaient pas détecté qu'elle avait un cancer généralisé. Elle est morte peu de temps après.

Il faut absolument changer ces mauvaises habitudes et exiger de véritables soins médicaux en

*Psychiatrie. Pour cette section, soit vous vous faites accompagner d'un médecin non-psychiatre (nous en connaissons qui sont prêts à vous accompagner), soit vous vous contentez de poser des questions générales aux médecins et directeurs. Cela peut déjà créer un choc salutaire au sein de l'hôpital. Voilà néanmoins une série de points qui devraient être contrôlés. **Check-up complet et diagnostic médical des différentes pathologies pouvant expliquer un comportement perturbé***

Porter son attention en particulier sur les points suivants

- * thyroïde (TSH, dosage sanguin)
- * ionogramme (Sodium, potassium)
- * déficience en vitamine B (dosages 81, B6, B9, B12)
- * diabète, hypoglycémie
- * foie + reins (transaminases, créatinine, urée)
- * alcool + drogues (cocaïne...)
- * infections (fièvre, numération et formule sanguine (NFS), vitesse de sédimentation (VS), C réactive protéine (CRP))
- * signes cliniques de déficit en magnésium
- * cortisolémie basse
- * fer, ferritine

Tumeur (scanner, IRM)

Les tumeurs doivent toujours être recherchées, en particulier en cas de changement brutal de personnalité.

Hydratation et nourriture appropriées

Le manque de nourriture est un facteur important de trouble mental. Les allergies doivent également être recherchées, en particulier sur les enfants. Le sucre est souvent un facteur d'hyperactivité et une étude européenne a montré par exemple que 60% des jeunes hyperactifs changeaient positivement quand on diminuait leur dose de sucre.

Sommeil de qualité, calme, sentiment de sécurité ?

Cela semble évident mais un hôpital psychiatrique doit être un « asile » au sens où l'on devrait s'y sentir protégé. Vérifier que c'est le cas.

Accès à des soins dentaires ?

Les douleurs dentaires sont une source de stress et peuvent être à l'origine de troubles mentaux. Il va également de soi que les patients psychiatriques doivent recevoir des soins, indépendamment de leur pathologie. A noter que les neuroleptiques peuvent parfois contribuer à la fragilité des dents.