

INTRODUCTION

En 2015 en France, les Soins Sans Consentement (SSC) ont concerné 92 000 personnes (5,4 % des patients) : soit 12 000 de plus qu'en 2012 (4,8 % des patients). En 2015, 80 000 patients en SSC étaient hospitalisés à temps plein, 13 % de plus qu'en 2012. Parallèlement, la file active hospitalisée à temps plein en psychiatrie (en Soins Libres SL ou SSC) est restée stable¹.

Les enjeux des SSC sont importants : assurer une prise en charge psychiatrique face à un impératif de soins, garantir le respect des libertés de l'individu et garantir la sécurité des tiers.

Ce type de soins, auparavant encadrés par la loi du 27/06/1990, répond désormais aux lois du **05/07/2011** :

- en plus des hospitalisations complètes, **ouverture des SSC aux hospitalisations partielles et/ou soins ambulatoires** (uniquement en établissements autorisés) après 72 heures de SSC en hospitalisation complète.
- intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention : renforce les droits des personnes en SSC.
- nouveau mode légal : **soins en cas de péril imminent (SPI)**. En l'absence d'un tiers mobilisable (personne isolée ou désocialisée), permet l'admission sur décision du directeur d'établissement, avec certificat médical.
- Les autres modes légaux sont conservés, avec modifications : **soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE, anciennement HO)**, **soins à la demande d'un tiers (SDT dont soins en urgence SDTU, anciennement HDT)**, **ordonnance provisoire de placement (OPP, mineurs uniquement)**, **détenus, personnes jugées pénalement irresponsables (SPJPI)**.

Ces modifications ont été complétées par la loi de septembre 2013 (simplification des procédures administratives et juridictionnelles, notion de sorties de courte durée, statut des UMD, ...).

Les patients en SSC peuvent faire l'objet d'isolement. La loi de janvier 2016 a apporté un cadre légal aux pratiques d'isolement et de contention en rendant obligatoire, pour chaque établissement ayant une autorisation de soins sans consentement, la tenue d'un registre des mesures d'isolement/contention avec la rédaction d'un rapport annuel. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient, sur décision d'un psychiatre, pour une durée limitée, le patient étant informé et sous stricte surveillance. Depuis 2017, les pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie font l'objet de recommandations HAS² et d'une nouvelle instruction DGOS³ (R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017) qui a pour but de les réduire. Une des modifications concerne le contenu du RIM-P à partir de 2018 : ajout de FICHCOMP construit à partir des données du registre des mesures d'isolement/contention.

Objectif : état des lieux des SSC en région Centre-Val de Loire (CVL) depuis la loi de 2011. Cette étude fait suite à celle menée par l'UREH sur les années 2009-2012⁴.

METHODES

1. Consommation :

- **adultes (≥ 18 ans) domiciliés en CVL, hospitalisés en psychiatrie de 2012 à 2017**, quel que soit le lieu de prise en charge (CVL ou non, public ou privé). En ambulatoire, les consultations hospitalières en SSC sont difficilement analysables via le RIM-P, car ne pouvant être chaînées pour un même patient entre plusieurs établissements. De plus, les SSC y sont probablement sous-codés : les proportions en 2017 de SDT (1,7 %), de SPI (0,2 %) et de SDRE (0,6 %) sont vraisemblablement sous estimées.
- **analyse en patients et non en séjours**, complexes à traiter au vu des résumés par séquence (RPS). Les séquences sont chaînées via le numéro anonyme patient (ANO) : 99 % chaînées en 2017, contre 87 % en 2012. En cas d'ANO inexploitable, l'IPP (identifiant patient de l'hôpital) a été utilisé. De fait, il peut persister une légère surestimation du nombre de patients, 1 ANO pouvant correspondre à plusieurs IPP si le patient a fréquenté plusieurs hôpitaux. D'autre part, un même patient est comptabilisé autant de fois qu'il a eu de modes légaux distincts dans l'année.
- **zoom sur les mesures d'isolement** normalement réservées aux SSC à temps plein².

2. Corrections des données :

- mode légal de soins : correction des non renseignés en SL et des « x » en SDT (erreur lors du changement de codage des modes légaux en 2012) (≈ 1 500 patients). Les SSC en cliniques privées (20 patients) ont été corrigés en SL car non autorisés SSC.
- code géographique : en 2016, 18 % de patients en « 99999 » au CH Georges Sand (corrigés en « 18999 »), 99 % à la clinique de La Chesnaie à Chailles (corrigés en « 41999 », mais probablement hors région : accueil patients France entière).
- forme d'activité : en « xx » au CH de Montargis corrigée en hospitalisation temps plein en 2011 puis en atelier thérapeutique pour 2012 et 2013 en fonction des effectifs observés sur les autres années.

SSC : 17 % DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE EN 2017 (STABLE)

Tableau 1 : Nombre de patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé par mode légal, région CVL

	2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	N	% TPa*	% ambu*	N	% TPa*	% ambu*	N	% TPa*	% ambu*	N	% TPa*	% ambu*	N	% TPa*	% ambu*	N	% TPa*	% ambu*
SL exclusifs	11 963	27%	47%	11 216	23%	45%	11 529	24%	51%	11 813	25%	51%	11 503	25%	48%	11 564	26%	50%
Privé	3 907	7%	0%	3 939	12%	0%	4 052	15%	0%	4 076	18%	0%	4 169	18%	0%	4 182	20%	0%
Public	8 690	33%	64%	7 978	26%	63%	8 186	27%	72%	8 471	26%	72%	8 099	27%	68%	8 167	27%	71%
SSC ** dont :	2 294	11%	29%	2 425	11%	25%	2 146	11%	33%	2 185	12%	30%	2 310	12%	28%	2 378	11%	27%
SDT ***	1 698	11%	28%	1 683	10%	22%	1 339	11%	32%	1 454	11%	28%	1 413	11%	26%	1 470	10%	26%
SPI ***	121	7%	25%	310	6%	18%	395	6%	22%	350	10%	22%	493	10%	22%	477	6%	24%
SDRE ***	474	13%	30%	426	14%	33%	377	19%	43%	378	19%	36%	403	19%	31%	389	17%	33%
SPJPI ***	21	29%	33%	20	35%	30%	13	46%	31%	13	31%	38%	15	33%	33%	24	25%	13%
Détenus ***	65	3%	23%	86	1%	24%	109	1%	22%	108	1%	6%	104	1%	10%	144	1%	11%
Total patients	14 257	25%	54%	13 641	21%	51%	13 675	23%	54%	13 998	24%	55%	13 813	24%	52%	13 942	25%	55%

	2017	Evolution 2013-2017
% SL exclusifs	83%	+3%
% SSC dont :	17%	-2%
SDT	11%	-13%
SPI	3%	+54%
SDRE	3%	-9%
SPJPI	0,2%	+20%
Détenus	1,0%	+67%

* au moins un Tpa/ambu dans le même mode légal au cours de l'année
 ** un patient n'est compté qu'une seule fois
 *** un patient est compté autant de fois qu'il a de modes de soins distincts
 TPa : Temps Partiel ambu : soins ambulatoires

Lecture des pourcentages :

1^{er} tableau : parmi les patients hospitalisés en SSC en 2017, 11 % sont à temps partiel.
 2^{ème} tableau : parmi les patients hospitalisés en psychiatrie en 2017, 17 % sont en SSC.

Attention :

Seules sont prises en compte les prises en charge sur le même mode légal.

Exemple : 1 470 patients en SDT en 2017, dont 10 % avec SDT en temps partiel et 26 % avec SDT en ambulatoire.

- File active hospitalisée en psychiatrie stable depuis 2009.

- Part des SL exclusifs stable : 83 % des patients en 2017, 26 % d'entre eux pris en charge en temps partiel. Baisse du temps partiel en 2013 dans les établissements publics liée à la modification du codage de temps partiel à ambulatoire pour les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). En revanche, augmentation continue du temps partiel en établissements privés.

- **Part des SSC stable** : 17 % des patients hospitalisés en psychiatrie en 2017. Parmi les patients hospitalisés en temps plein en psychiatrie en 2015, 18 % étaient en SSC versus 24 % au niveau national¹. On observait une **augmentation des SPI (+54 %)**, compensée par une **diminution des SDT (-13 %)**. En 2017, 11 % des patients hospitalisés en SSC ont été pris en charge en temps partiel et 26 % en ambulatoire (stable depuis la réforme de 2011).

La suite du rapport se focalise sur les SSC en établissements publics car seuls autorisés en CVL.

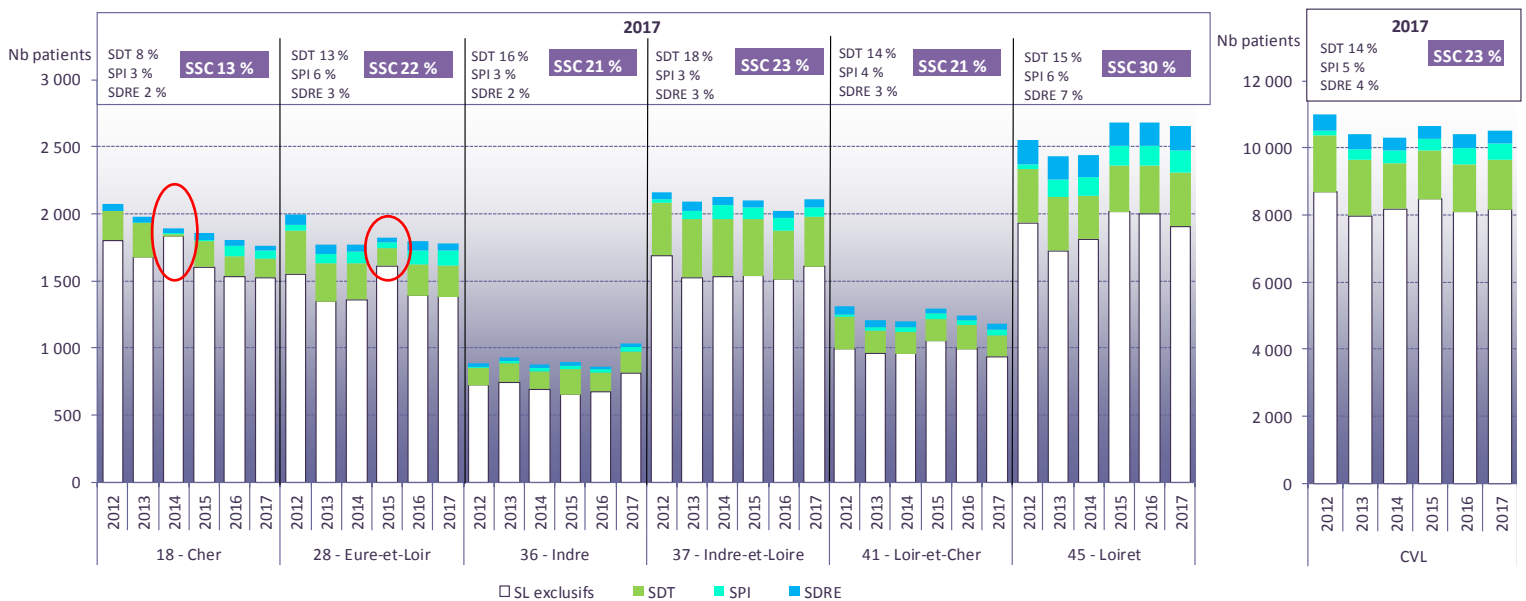


Figure 1 : Nombre annuel et proportion 2012-2017 de patients hospitalisés en psychiatrie selon le département de domicile

Lecture des pourcentages :

Parmi les patients domiciliés dans le Cher et hospitalisés en psychiatrie en établissements publics, 13 % sont en SSC.

Disparité des taux de SSC entre départements : de 13 % (Cher) à 30 % (Loiret)

Plus de SSC dans l'Indre-et-Loire et le Loiret, persistant depuis 2009. Le taux de SSC en Eure-et-Loir, plus élevé sur la période 2009-2012, est redevenu proche de la moyenne régionale sur la période 2012-2017. A noter toutefois une sous-estimation de ce taux due à un problème du système d'information au CHS Bonneval (Henry Ey) en 2015. Le même problème était retrouvé pour le Cher, où n'ont pas été enregistrés de SDT en 2014 ni de SPI avant 2016 au CH George Sand, seul établissement public du département.

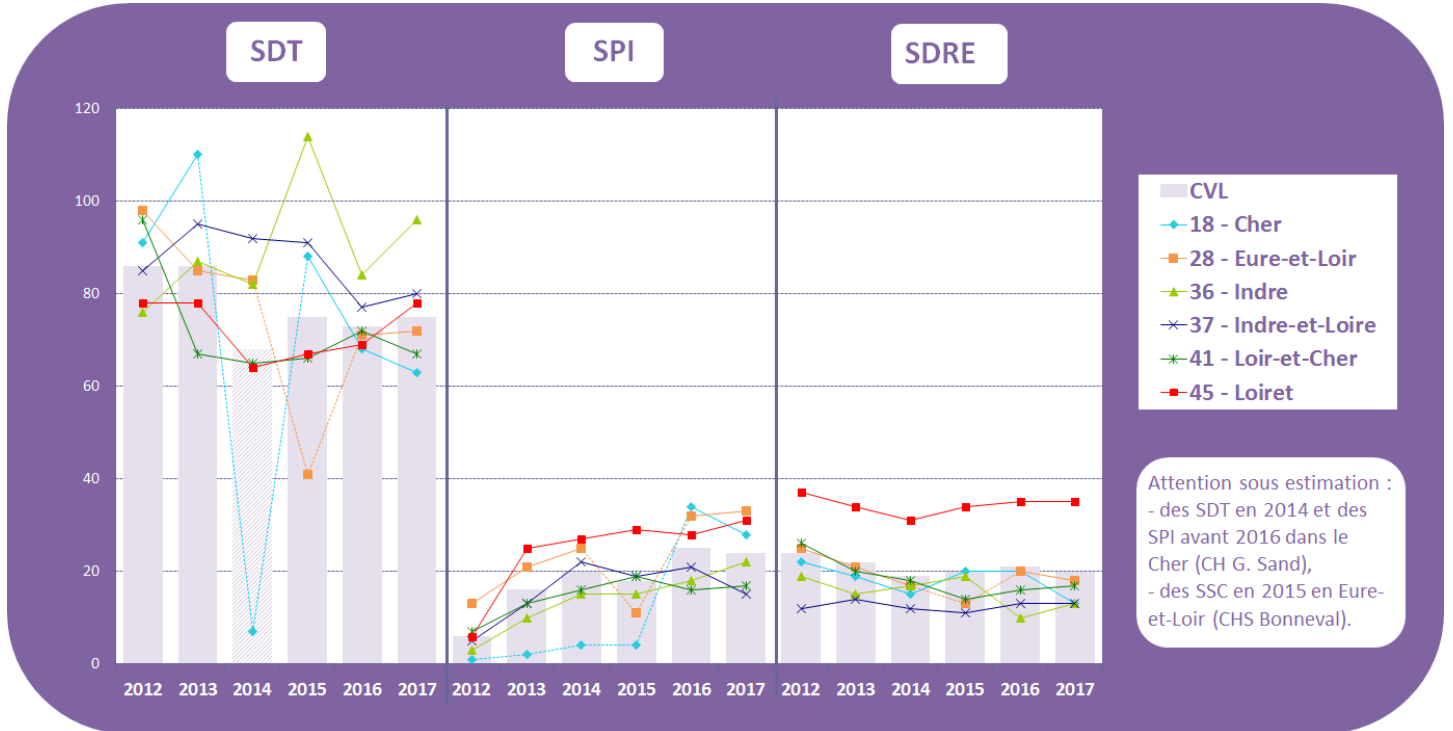


Figure 2 : Taux de recours aux SSC (nb patients/100 000 habitants ≥ 18 ans), standardisés par âge et sexe sur la population INSEE France Métropolitaine 2014

Diminution du recours au SDT, au profit des SPI

Le recours aux SDT a diminué jusqu'en 2016 dans tous les départements, contrebalancé par une augmentation du recours aux SPI. Cette tendance semble toutefois légèrement s'inverser en 2017. On observe de fortes variations inter-départementales, toutefois à nuancer au vu des problèmes de codage (Cher avant 2016, Eure-et-Loir en 2015) et des effectifs faibles dans certains départements (pic des SDT dans l'Indre en 2015). Le recours aux SDRE est globalement stable en région, avec un recours presque deux fois plus élevé que la moyenne régionale dans Le Loiret, déjà observé sur la période 2009-2012⁴.

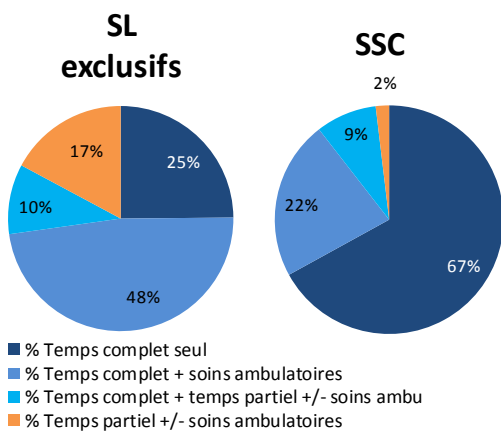


Figure 3 : Formes d'activité des patients hospitalisés en 2017

Lecture des pourcentages :

Parmi les patients en SSC en 2017, 67 % ont été pris en charge seulement à temps complet.

Attention :

- la figure 3 ne prend pas en compte l'ordre chronologique de prise en charge ni les consultations de ville.
- seules les séquences de soins entièrement sur le même mode légal sont représentées. Exemple : si un patient a une hospitalisation complète en SSC et des consultations en SL, il sera comptabilisé temps complet seul en SSC.
- Les SSC sont probablement sous-codés en ambulatoire.

- Un tiers des patients en SSC en 2017 étaient en programme de soins (stable depuis 2012).
- 2 % des patients en SSC étaient hospitalisés seulement à temps partiel (+/- soins ambulatoires), probablement en lien avec une mise sous contrainte en 2016.

Tableau 2 : Profil des patients 2017 selon le mode légal

Patients 2017	N	sexe-ratio	âge moyen	% de 18-25ans	% de 26-45 ans	% de 46-60ans	% de 61-75 ans	% des + de 75 ans
SL exclusifs	8 167	1,2	48	9%	35%	33%	17%	6%
SSC	2 378	1,7	44	13%	43%	27%	13%	3%
SDT	1 470	1,3	44	13%	40%	28%	15%	3%
SPI	477	1,3	46	11%	42%	27%	15%	5%
SDRE	389	4,3	43	10%	53%	25%	10%	3%

Lecture des pourcentages :

Parmi les patients 2017, adultes, domiciliés en CVL et pris en charge en SL exclusifs, 9 % ont entre 18 et 25 ans

On retrouve les mêmes caractéristiques que dans la première étude⁴ et l'étude nationale¹.

- des patients plus âgés en SL qu'en SSC (âge moyen chez l'homme : 46 ans vs. 41 ans | chez la femme : 51 ans vs. 49 ans)
- les patients en SPI ont le même profil que les SDT
- 4 fois plus d'hommes en SDRE et plus jeunes : âge moyen de 42 ans vs. 50 ans pour la femme

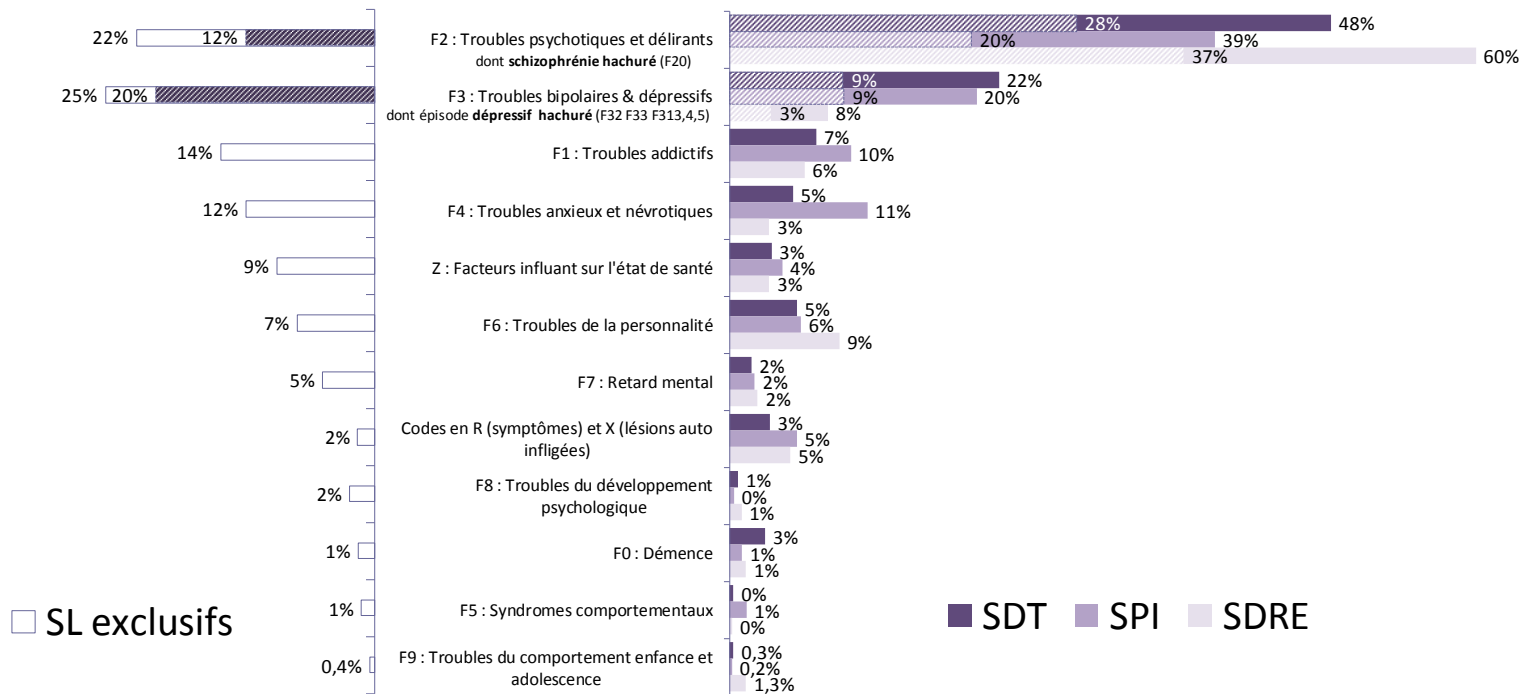


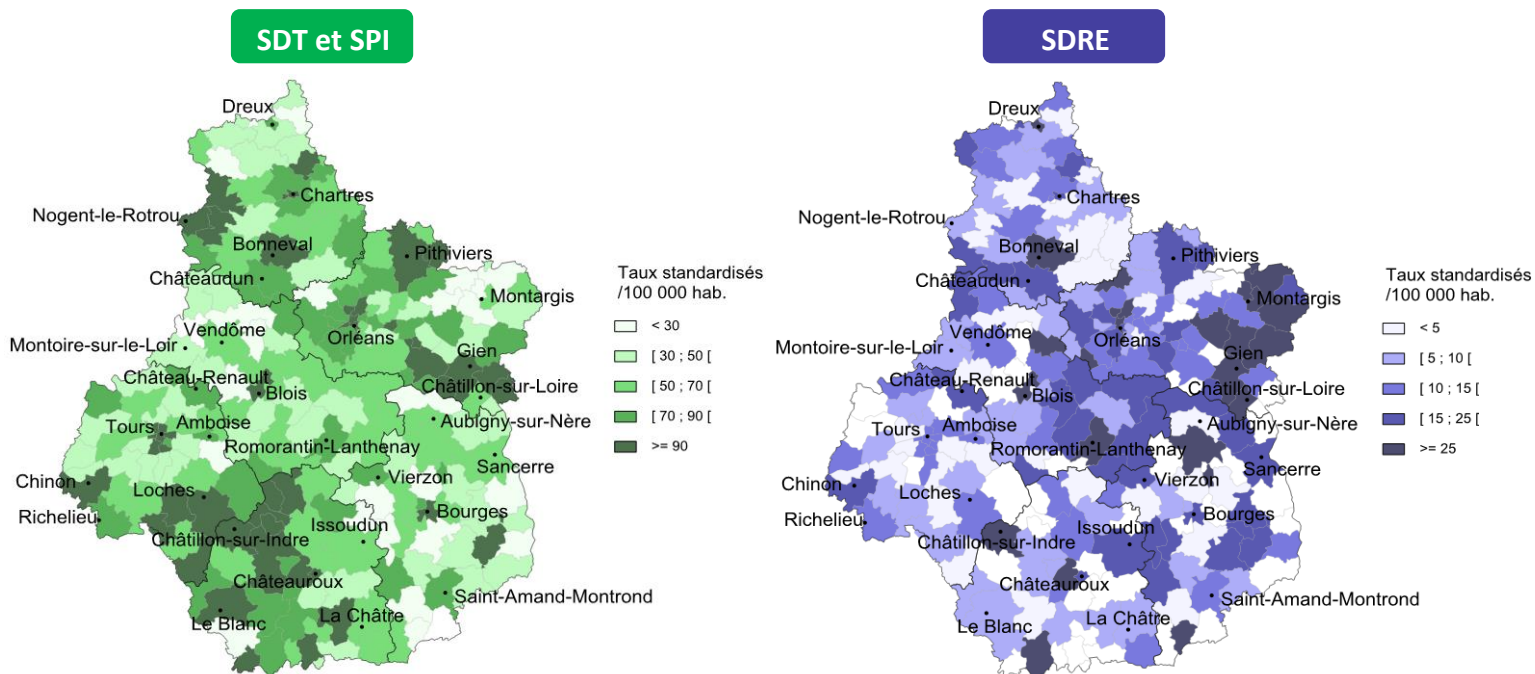
Figure 4 : Répartition des Diagnostic Principaux des hospitalisations à temps plein par mode légal (en priorisant si multi-mode), 2017
Exclusion des séjours sans diagnostic principal renseigné (4,4 % des séjours en 2017)

Lecture des pourcentages (exemple des F2)

48 % des patients en SDT ont un diagnostic de psychose et 28 % une schizophrénie

Le diagnostic retenu est le diagnostic principal de la dernière séquence du séjour (98 % des diagnostics ne changent pas entre 1ère et dernière séquence). On compte le diagnostic sur 1 seul mode légal par séjour en priorisant les SDRE sur les SPI puis les SDT et enfin les SL exclusifs sur l'année. Attention les résultats dépendent de la qualité du codage, non valorisant dans le RIM-P.

Les troubles psychotiques/délirants et les accès maniaques sont responsables respectivement de plus de 50 % et de 10 % des SSC. Les troubles de la personnalité sont moins fréquemment retrouvés qu'attendu car peu placés en DP en psychiatrie.



Attention :

- Petits effectifs et population faible au niveau de certains codes géographiques, donc taux très sensibles !
- Problèmes de codage (CH G. Sand avant 2016 impactant le Cher et la zone d'Issoudun ; CH Bonneval en Eure-et-Loir en 2015).

Figure 5 : Taux de patients hospitalisés en SSC 2013-2017 standardisés par âge et sexe sur la population INSEE France Métropolitaine 2014

ISOLEMENT : 10 % DES PATIENTS, 27 % DES PATIENTS SSC

Tableau 3 : Patients avec au moins une journée d'isolement (≥ 2h) pris en charge à temps plein, 2017

	Nb patients temps plein	Patients avec isolement				
		% patients avec isolement	Nb jours de présence par patient	Nb jours d'isolement *** par patient	% jours d'isolement par patient	Nb jours d'isolement *** par séquence
SL *	7 720	4,4%	35,5	8,9	24,9%	5,8
dont SL exclusifs	6 346	3,1%	48,5	9,6	33,6%	6,1
SSC ** dont :	2 324	26,8%	35,9	12,1	33,6%	7,3
SDT *	1 442	25,0%	32,4	11,6	35,7%	7,5
SPI *	472	24,8%	26,1	10,0	38,4%	7,3
SDRE *	362	31,2%	51,3	14,6	28,4%	7,5
SPJPI *	22	27,3%	88,2	33,2	37,6%	18,1
Détenus *	144	43,1%	21,0	5,3	25,2%	4,0
SSC exclusifs	950	25,9%	43,1	11,8	27,4%	7,6
SL et SSC dans l'année	1 374	30,5%	34,4	13,8	40,1%	6,7
Total **	8 670	9,9%	40,1	12,3	30,6%	6,8

*un patient est compté autant de fois qu'il a de modes de soins distincts

**un patient n'est compté qu'une seule fois

*** qu'ils soient consécutifs ou non

Attention :

Le RIM-P ne permet pas d'identifier les jours d'isolement consécutifs. Il n'est donc pas possible d'identifier les patients ayant eu plus de 48h consécutives d'isolement (hors recommandations HAS 2017).

En SL exclusifs en 2017, 3 % des patients (n=196) ont eu au moins 1 journée d'isolement, stable depuis 2012. Parmi eux, 41 n'ont eu qu'une seule journée d'isolement.

En SSC, 27 % des patients ont eu au moins une journée d'isolement (stable depuis 2012 hormis un pic à 31 % en 2015). Parmi eux, 21% n'ont eu qu'1 ou 2 jours d'isolement, vs 10 % ayant eu plus de 30 jours d'isolement.

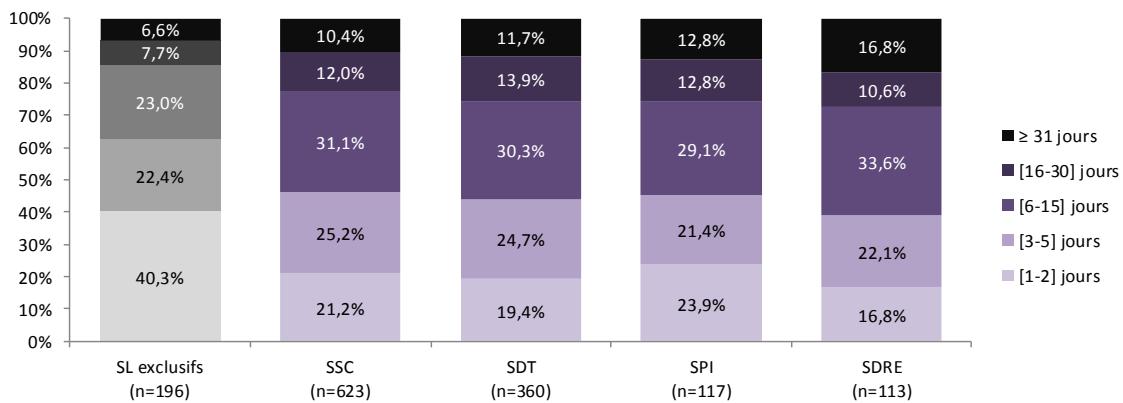


Figure 6 : Distribution des durées d'isolement, parmi les patients isolés pris en charge à temps plein, 2017

Tableau 4 : Profil des patients avec isolement pris en charge à temps plein, 2017

		Hommes	Femmes	Total
Patients sans isolement	N (%)	4308 (55,2 %)	3501 (44,8 %)	7809 (100 %)
	Age moyen	45	50	48
Patients avec au moins un isolement	N (%)	580 (67,4 %)	281 (32,6 %)	861 (100 %)
	Age moyen	39	43	40
	Nb jours d'isolement* /patient	12,5	11,8	12,3
	% jours d'isolement ** /patient	32,1%	27,7%	30,6%

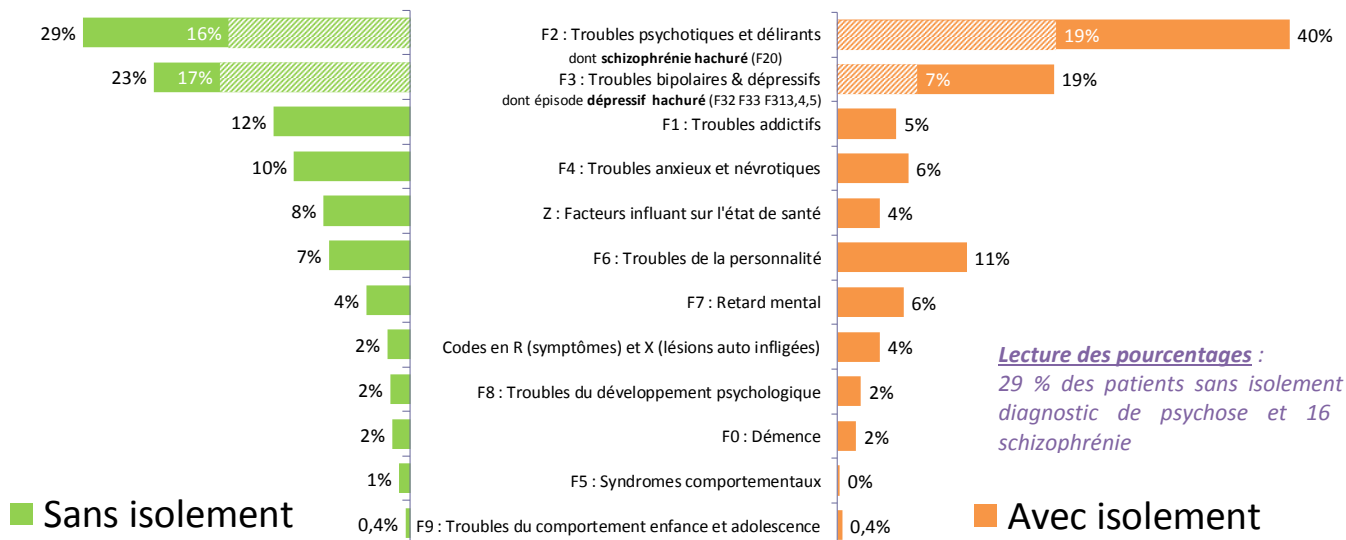
* qu'ils soient ou non consécutifs

** par rapport aux nombre jours de présence dans l'année

En 2017 chez les patients avec au moins une journée d'isolement (≥ 2h) en hospitalisation à temps plein :

- 2 fois plus d'hommes,
- des patients plus jeunes (40 ans) que les patients « non-isolés » (48 ans).

☞ profil proche des patients en SDRE



Lecture des pourcentages :

29 % des patients sans isolement ont un diagnostic de psychose et 16 % une schizophrénie

Figure 7 : Répartition des diagnostics principaux des hospitalisations à temps plein chez les patients avec et sans isolement, 2017

Les soins sans consentement en psychiatrie ont fait l'objet de modifications depuis la loi de juillet 2011 : nouveaux modes légaux (dont SPI), possibilité de prise en charge en dehors de l'hospitalisation complète (programme de soins), contrôle systématique du juge des libertés et de la détention, etc.

- **Le RIM-P**, outil intéressant dans l'étude des populations de patients pris en charge en Psychiatrie, reste difficile à bien renseigner en l'absence d'incitation tarifaire, et à analyser du fait de sa complexité. **Les limites sont multiples** : complexité et fractionnement du recueil d'information (séquences, séjours) qui rendent les parcours difficiles à tracer ; complexité à bien cerner les durées de présence, notamment en cas d'activité combinée, et à temps partiel ; qualité du codage du diagnostic principal (4,4 % des séjours sont sans diagnostic principal) ; manque de données relatives aux mesures d'isolement et de contention (à venir avec FICHCOMP). Les soins ambulatoires présentent des difficultés supplémentaires : le lien entre soins en hospitalisation et ambulatoires ne peut pas être fait en cas de prise en charge dans des établissements différents ; manque d'exhaustivité dans le codage d'actes ambulatoires ; qualité du codage du mode légal. Pour ce dernier point, **nous invitons les établissements de la région à effectuer des contrôles qualité** afin qu'une analyse plus complète de la prise en charge en programme de soins puisse être faite au niveau régional. Celle-ci nécessitera également de disposer des **données du SNDS, seul moyen de tracer la totalité du programme de soins**.
- **La file active et le recours aux SSC en CVL restaient assez stables et moindres qu'au national** : 17 % des patients hospitalisés en psychiatrie (public + privé) en 2017. Parmi les patients en temps plein, 18 % étaient en SSC versus 24 % au niveau national en 2015¹.
- **Les pratiques alternatives à l'hospitalisation complète sont également restées stables depuis la loi de 2011**. Sous réserve de la qualité du codage, 11 % des patients en SSC ont été hospitalisés à temps partiel et 27 % pris en charge en ambulatoire en 2017.
- **En revanche, les modes légaux de SSC se sont modifiés**. Si les SDT restaient les plus fréquents des SSC, le nombre de patients en SPI augmentait (+ 54 % sur la période 2013-2017), tandis que ceux en SDT/SDTU diminuaient (- 13 %). Cette tendance, qui semblait toutefois se stabiliser voire diminuer en 2017, mérite une analyse des pratiques interne à chaque établissement afin d'éviter la progression des SPI, qui doivent rester une mesure d'exception.
- **Les profils des patients en SSC en CVL restaient inchangés** :
 - prédominance masculine et âge plus jeune.
 - pathologies en DP : les troubles psychotiques étaient en cause moins d'1 fois / 2 en SPI, 1 fois / 2 en SDT et plus d'1 fois/2 en SDRE, la schizophrénie étant au 1^{er} plan surtout en SDRE (37 % des SDRE). Suivaient les troubles de l'humeur, presque 3 fois plus fréquents en SDT (22 %) qu'en SDRE (8 %), mais également responsables de 25 % des SL. Enfin les troubles addictifs représentaient 10% des SPI, 7 % des SDT et 6 % des SDRE.
- **Des variations inter-départementales étaient toujours présentes**, notamment pour les SDRE dans le Loiret, avec un taux presque 2 fois plus élevé que la moyenne régionale, comme observé sur la période 2009-2012. Des problèmes de codage liés aux systèmes d'information de deux des plus importants établissements psychiatriques de la région pouvaient expliquer certaines hétérogénéités avant 2017. Rappelons que les caractéristiques territoriales influent fortement sur les prises en charge en SSC : ainsi, au niveau national le recours aux SSC était plus élevé dans les territoires ou secteurs psychiatriques avec fragmentation sociale importante et/ou plus urbains, et le recours était moindre dans les secteurs ayant développé les alternatives à l'hospitalisation et/ou ceux ayant une densité importante de psychiatres libéraux et/ou de places en établissements d'hébergement pour adultes handicapés (indicateurs non disponibles dans le RIM-P)¹.
- **L'analyse du recours à l'isolement** montrait que 10 % des patients hospitalisés en établissement psychiatrique public avaient eu au moins une journée d'isolement en 2017 (idem national 2015⁵) : 27 % des patients en SSC et 3 % des patients en SL exclusifs. Rappelons que selon les recommandations de la HAS² il ne peut y avoir d'isolement >12h en SL et que cette mesure doit rester exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence précisées dans la circulaire Veil⁶ 1993. Le nombre de journées d'isolement par patient (consécutives ou non) était de 1-2 jours pour 21 % des patients en SSC et dépassait 30 jours dans l'année pour 10 % des patients en SSC (17 % en SDRE). Le profil des patients en isolement rejoignait celui des SDRE, avec prédominance masculine, âge plus jeune et pathologies psychotiques plus fréquentes. Les données de FICHCOMP en cours de déploiement depuis janvier 2018 permettront de faire une analyse plus fine des pratiques d'isolement, via la durée des mesures en heures et pas seulement le nombre de journées d'isolement, consécutives ou non. Elles permettront également d'analyser les données relatives aux mesures de contention, non disponibles actuellement via le RIM-P.

Bibliographie:

- 1) [Coldefy M., Fernandes S. "Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011". Irdes, Questions d'économie de la santé n°222 – février 2017](#)
- 2) [Haute Autorité de santé "Isolement et contention en psychiatrie générale" – février 2017](#)
- 3) [Instruction DGOS \(R4/DGS/SP4/2017/109\) – 29 mars 2017](#)
- 4) [Plaquette UREH "Place des Soins Sans Consentement en Psychiatrie en Région Centre, 2009-2012"](#)
- 5) [Coldefy M., Gandré C. "Etat des lieux de la contrainte en France" - mars 2017](#)
- 6) [Circulaire Veil DGS SP 3 n° 48 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux – 19 juillet 1993](#)

Remerciements au Conseil Scientifique :

ARS Dr DELACROIX-MAILLARD, Mme CARREAU
Cliniciens Dr BIOTTEAU (CHRU de TOURS - 37), Dr DUDEK (CH G. SAND – BOURGES - 18), Dr PLACE (Clinique de la Chesnaie – CHAILLES - 41), Dr SOULIE (CH BONNEVAL - 28), Dr VAGAPOFF (CH G. DAUMEZON - FLEURY LES AUBRAIS-45)
DIM Dr BIOTTEAU (CHRU de TOURS - 37), Dr O. LAURENT (CH G. SAND – BOURGES - 18)

Réalisation UREH :

Mme GODILLON, Dr E. LAURENT, Dr BARON, Dr GRAMMATICO-GUILLON ; en collaboration avec Dr O. LAURENT (CH G. SAND – BOURGES - 18)
 Contact : ureh@chu-tours.fr
 Document téléchargeable sur : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>