

Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie

LES PATIENTS HOSPITALISÉS AU CENTRE HOSPITALIER DU VINATIER (69)

Céline Piégay*, Pierre-François Godet**, Cécile Zaragoza***

La loi du 27 juin 1990, modifiée par celle du 4 mars 2002, définit les principes de l'hospitalisation sans consentement, dérogation au principe général selon lequel tout soin nécessite le consentement du patient (voir l'encadré p. 206). Les hospitalisations sous contrainte (par opposition aux hospitalisations libres) sont de plus en plus fréquentes et des disparités régionales existent. Mais les données épidémiologiques disponibles ne permettent pas d'analyser finement cette évolution.

ENCADRÉ 1

Méthode, champ et sources

Cette étude inclut tous les patients hospitalisés au CHV au moins un jour dans l'année 2005 dans un service de psychiatrie et résidant sur le secteur du CHV. Sont exclus de l'étude les patients exclusivement pris en charge par le service pénitentiaire ou le service de médecine interne.

L'originalité de l'étude est d'être centrée sur le patient et non sur le séjour. Pour ce faire, chaque patient est pris en compte une fois et une seule au cours de l'année. Lorsque le patient fait plusieurs séjours au cours de l'année, sous plusieurs modes d'hospitalisation, c'est le mode d'hospitalisation le plus contraignant qui est pris en compte. Ainsi, un patient hospitalisé au moins une fois en hospitalisation d'office (HO) au cours de l'année est considéré comme « patient en HO ». Un patient hospitalisé au moins une fois à la demande d'un tiers (HDT) et jamais en HO est considéré comme « patient en HDT ». Enfin, un patient hospitalisé exclusivement en hospitalisation libre (HL) est considéré comme « patient en HL ». Les données relatives à ces patients et à leur prise en charge sont issues du recueil réalisé par tous les services du CHV dans le cadre de l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie, mise en place au 1^{er} janvier 2002 (voir l'article p. 267). Certaines informations concernant leurs hospitalisations proviennent du dossier administratif.

Pour étudier l'évolution de la décennie 1995-2005, la file active est calculée annuellement. Ainsi, un patient hospitalisé au cours de plusieurs années est pris en compte chaque année. Son mode d'hospitalisation est défini comme précédemment pour l'année considérée : un patient pourra par exemple être considéré une année en HDT et l'année suivante en HL.

* Praticien hospitalier.

** Praticien hospitalier, psychiatre coordinateur du DIM, Centre hospitalier du Vinatier.

*** Statisticienne, DIM, Centre hospitalier du Vinatier.

En effet, elles concernent essentiellement le nombre d'admissions et non le nombre de patients. Cela ne permet donc pas d'affirmer que la hausse de la fréquence de ce mode d'hospitalisation est liée à l'augmentation du nombre de patients concernés.

L'originalité de cette étude est d'être centrée sur le patient et non sur le séjour (encadré 1). Il s'agit d'analyser des disparités d'hospitalisation à une échelle locale très fine (niveau communal et infra-communal) au sein d'un même établissement, le centre hospitalier du Vinatier (encadré 2).

Après une description détaillée des patients et de leur prise en charge au cours de l'année 2005 au centre hospitalier du Vinatier (CHV), une analyse de l'évolution des hospitalisations au cours des dix dernières années sera présentée.

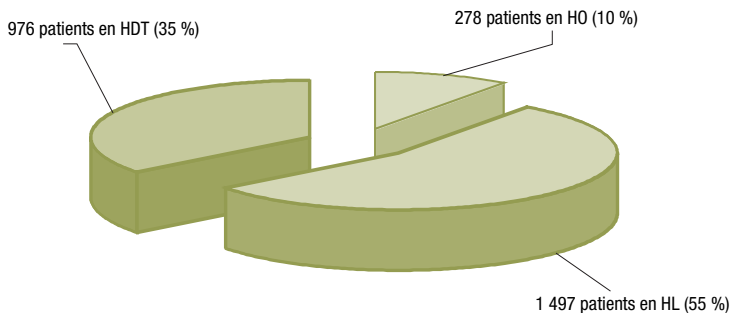
Caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés sous contrainte

En 2005, 3 211 patients ont été hospitalisés au CHV. Parmi eux, 2 753 résidaient dans le secteur du CHV, soit 85,7% des patients accueillis. Les patients hors secteur sont essentiellement hospitalisés en mode libre (74%). L'analyse ici présentée ne porte que sur les patients résidant dans le secteur.

Parmi les 2 753 patients sectorisés, près d'un sur deux (45 %) est hospitalisé au moins une fois dans l'année sans son consentement, dont 35 % en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et 10 % en hospitalisation d'office (HO) [graphique 1].

GRAPHIQUE 1

Répartition des patients sectorisés par mode d'hospitalisation



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

ENCADRÉ 2

Le centre hospitalier du Vinatier (CHV)

Le CHV est un établissement public spécialisé sectorisé, situé dans le département du Rhône (69) sur la commune de Bron, une commune limitrophe à celle de Lyon. Les 11 secteurs rattachés au CHV couvrent une population de 735 158 habitants, dont 591 253 de plus de 16 ans. Ils comprennent sept arrondissements de Lyon, la zone Est et Nord-Est du département du Rhône. Ces secteurs urbains et périurbains sont peu étendus en superficie mais leur densité démographique est importante. Deux autres établissements spécialisés couvrent le reste du département du Rhône (voir carte).

L'offre départementale

Ce département se caractérise par une offre de soins en psychiatrie propre aux départements urbains, qui disposent d'un centre hospitalier universitaire (CHU) : l'offre ambulatoire y est très importante et supérieure à la moyenne nationale (1 psychiatre pour 3 070 habitants contre une moyenne nationale de 1 pour 4 502). Les deux tiers des psychiatres exercent en libéral. L'offre hospitalière est légèrement supérieure à la moyenne nationale, avec 150 lits et places pour 100 000 habitants (contre 132), répartie pour moitié entre le secteur public et le secteur privé.

La sectorisation dans le Rhône

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Les caractéristiques des patients hospitalisés sans leur consentement diffèrent de celles des patients hospitalisés exclusivement en mode libre. En d'autres termes, le profil sociodémographique des patients n'est pas le même selon le type de contrainte.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes en HO, contrairement aux HDT

Tout d'abord, la répartition par sexe varie selon le type de contrainte (graphique 2). Le sexe ratio est proche de 1 pour les patients en HL. En HO, les trois quarts des patients sont des hommes. Inversement, en HDT, les hommes sont moins nombreux que les femmes : le ratio hommes/femmes est de 0,85 tous âges confondus et diminue parmi les patients plus âgés (0,46 pour les patients en HDT de plus de 60 ans).

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont en moyenne plus jeunes que ceux qui sont hospitalisés en HL : la moyenne d'âge est de 41,5 ans pour les HO, 46,5 ans pour les HDT et 50,1 ans pour les HL.

L'effet de l'âge diffère selon le sexe. Chez les hommes, l'hospitalisation sans consentement diminue avec l'âge (graphique 3) : six patients de moins de 30 ans sur dix sont hospitalisés au moins une fois dans l'année sous contrainte et 46 % de 30 à 60 ans. On observe une même tendance chez les femmes en HO, mais le pourcentage de femmes hospitalisées en HDT reste important quelle que soit la classe d'âge considérée.

Au total, les patients en HO sont majoritairement des hommes jeunes. Deux profils de patients peuvent être distingués parmi les patients en HDT : les hommes jeunes et les femmes plus âgées.

Un patient hospitalisé d'office sur deux vit seul

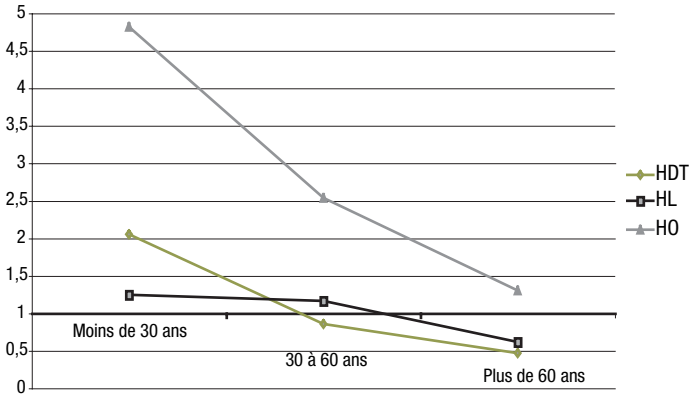
Les patients en HO sont beaucoup plus souvent isolés (graphique 4) : un sur deux vit seul. Les patients en HDT vivent quant à eux plus souvent en famille. Un quart des patients sans domicile fixe qui sont hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier sont hospitalisés au moins une fois en HO au cours de l'année (graphique 5), contre 10 % des patients ayant un domicile.

Les patients sans activité professionnelle sont moins souvent hospitalisés sous contrainte que les autres (40 % contre 50 %). Cela peut s'expliquer par le fait que la moyenne d'âge de ces patients est plus élevée, donc le risque d'hospitalisation sans consentement est de fait plus bas. Si l'on se limite aux patients âgés de 25 à 55 ans, ceux qui sont en HO ont moins souvent une activité professionnelle que les patients en HL. La proportion de patients exerçant une activité est en revanche plus élevée pour les patients en HDT âgés de 25 à 55 ans (graphique 6).

Il semble donc que les patients en HO soient plus fréquemment dans des situations d'exclusion sociale (seul, sans logement et sans travail). Les patients en HDT sont mieux insérés au niveau familial et professionnel.

GRAPHIQUE 2

Évolution du sexe ratio selon l'âge

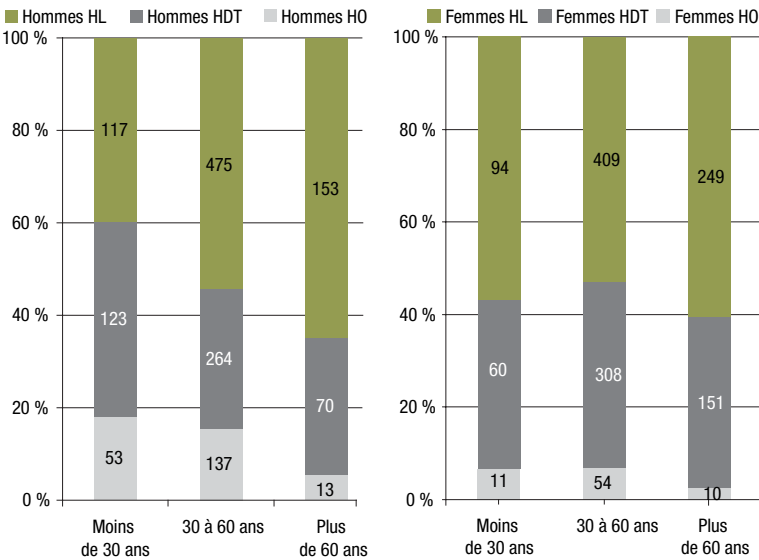


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental; fiche par patient pour les données antérieures à 2002.

GRAPHIQUE 3

Répartition des patients par classe d'âge

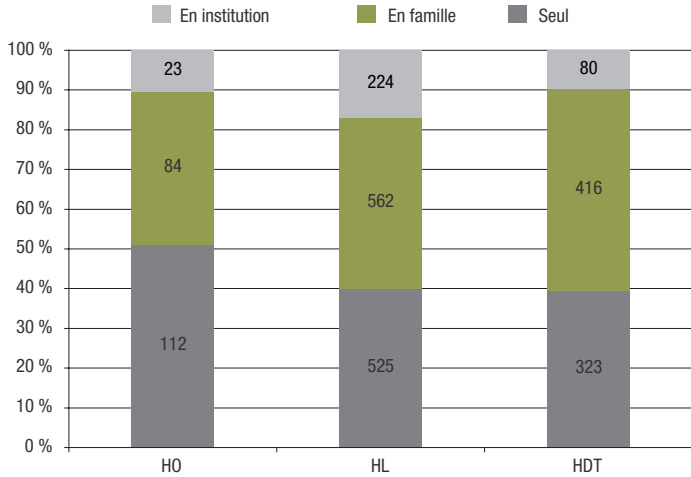


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 4

Mode de vie selon le mode d'hospitalisation

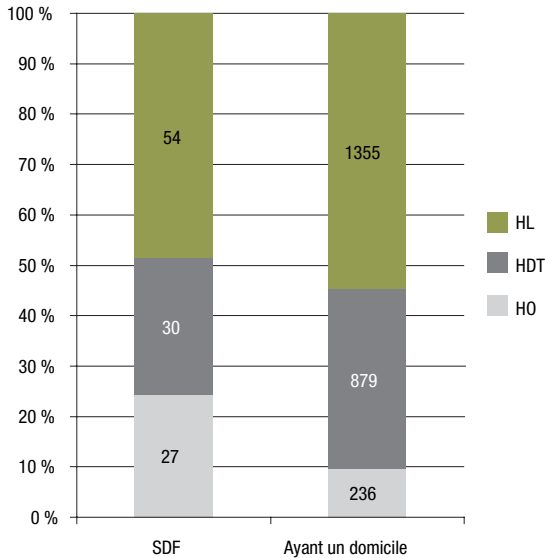


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 5

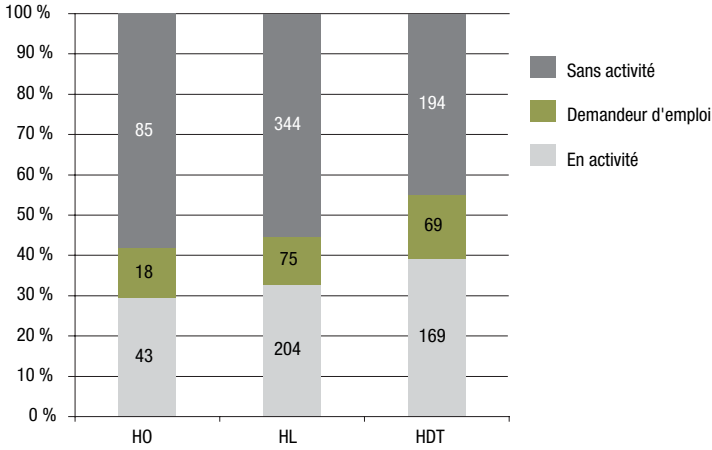
Mode d'hospitalisation selon la disposition ou d'un domicile



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 6

Activité des patients de 25 à 55 ans selon le mode d'hospitalisation

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Disparités des taux d'hospitalisation selon les communes

Le taux d'hospitalisation est inégal selon les communes (carte 1). La représentation cartographique met en évidence trois zones :

- les communes les plus éloignées de Lyon (Genas, Pusignan, Cailloux-sur-Fontaines, etc.) présentent un faible taux de patients hospitalisés (2 patients pour 1 000 hab.) ;
- la partie Est de Lyon et la proche banlieue (8^e arrondissement de Lyon, Bron, Vaulx-en-Velin, etc.) présentent un taux très élevé de patients hospitalisés (6 patients pour 1 000 hab.) ;
- la partie Sud-Ouest, correspondant au centre de Lyon présente un taux d'hospitalisation intermédiaire (3,5 patients pour 1 000 hab.).

Il existe également une corrélation positive entre le taux d'hospitalisation et la densité d'habitants de la commune¹. Les communes à habitat dispersé ont un faible taux d'hospitalisation au CHV. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces taux d'hospitalisation disparates : état de santé différencié des populations des zones de recours, recours différencié, possibilité de recours à d'autres acteurs du champ de la santé mentale (psychiatres libéraux, offre privée, etc.), existence d'une offre médico-sociale, proximité d'un centre hospitalier, etc.

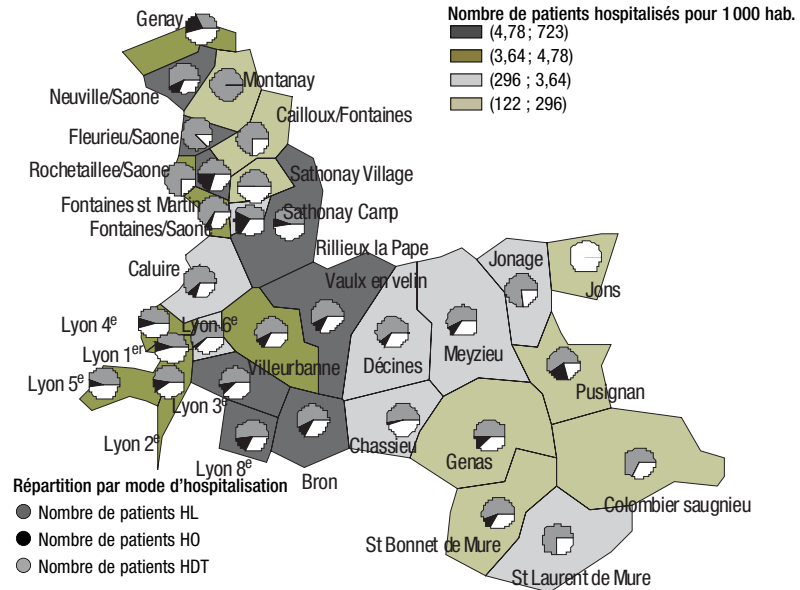
Les patients hospitalisés sans leur consentement, notamment en HO, sont proportionnellement plus nombreux dans les zones où les taux

1. Test de Spearman, $R = 0,44$ et $p < 0,05$.

d'hospitalisation sont importants. Toutefois, dans les petites communes, le taux d'hospitalisation sous contrainte peut varier d'une année sur l'autre du fait du faible effectif de patients.

CARTE 1

Hospitalisation sous contrainte en 2005 - Patients secteur Vinateier



Morbidité des patients hospitalisés sous contrainte

Les patients hospitalisés en HO souffrent majoritairement de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique (graphique 7). La proportion de troubles de la personnalité et du comportement est également plus élevée parmi les patients en HO.

Parmi les patients en HDT, on retrouve une forte proportion de troubles psychotiques, mais cette tendance est moins marquée que parmi les patients en HO. Le recours à l'HDT est également fréquent pour les patients présentant des troubles de l'humeur ou des démences. Au total, 60% des patients psychotiques sont hospitalisés au moins une fois sous contrainte au cours de l'année, dont un quart en HO.

Prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte

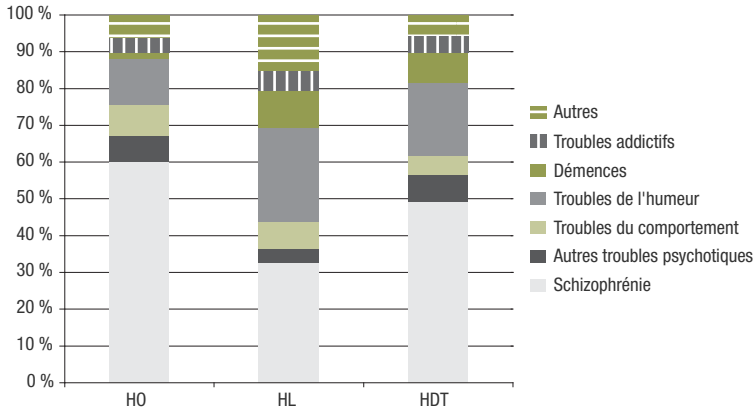
Les patients hospitalisés se trouvent majoritairement dans leurs premières années de suivi psychiatrique, le suivi antérieur ayant pu être de

nature libérale ou hospitalière. Ainsi, le risque d'hospitalisation diminue avec la durée de la prise en charge psychiatrique.

La répartition des types d'hospitalisation en fonction de l'ancienneté de prise en charge est globalement homogène, hormis pour la première année de suivi (graphique 8) : les patients en HDT sont plus souvent dans leur première année de prise en charge en psychiatrie (mode d'entrée dans le soin plus fréquent). Les patients en HO sont au contraire moins souvent dans leur première année de prise en charge.

GRAPHIQUE 7

Répartition selon le diagnostic

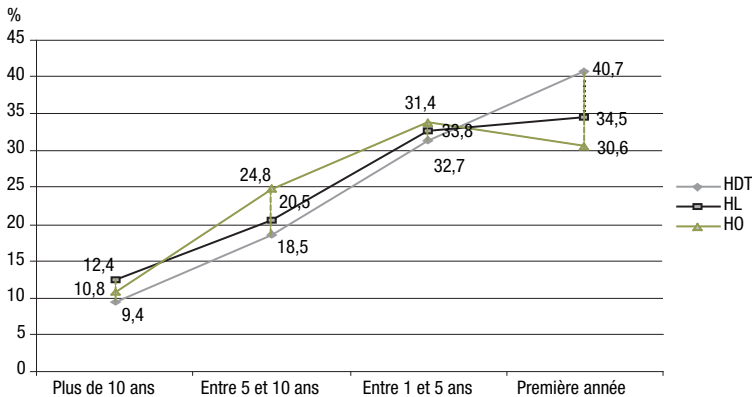


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 8

Ancienneté du suivi psychiatrique selon le mode d'hospitalisation



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Les patients en HDT sont moins nombreux à avoir été hospitalisés l'année précédente (2004)

L'étude ne considère maintenant que la prise en charge antérieure réalisée au CHV. La majorité des patients hospitalisés en HO (52,5 %) ont plus souvent déjà fait un séjour hospitalier l'année précédente (graphique 9). Ils sont moins nombreux à avoir bénéficié d'un suivi ambulatoire ou d'une prise en charge en hôpital de jour.

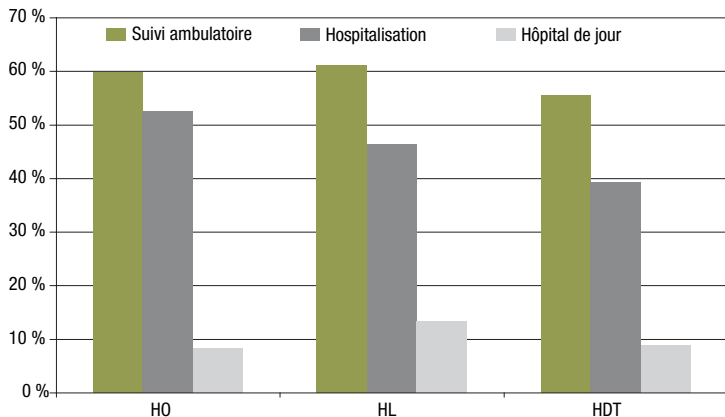
Les patients en HDT sont significativement moins nombreux à avoir été pris en charge l'année précédente, quel que soit le mode d'hospitalisation (39,3 % des patients hospitalisés l'année précédente). Cela confirme que l'hospitalisation en HDT est un mode d'entrée fréquent dans le soin psychiatrique. Au total, 36,7 % des patients en HO n'ont eu aucune prise en charge l'année précédente, 32,8 % des patients en HL contre 42,8 % des patients en HDT.

La durée moyenne de séjour d'un patient hospitalisé sous contrainte est plus longue

Les 2 753 patients étudiés ont été hospitalisés en moyenne une fois et demi au cours de l'année 2005. Les séjours sont plus longs mais moins fréquents pour les patients hospitalisés sous contrainte, ce qui se traduit par une différence proportionnellement moindre entre la durée moyenne de séjour (DMS) et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH²). Ainsi la DMS d'un patient en HL est de 40,6 jours alors qu'elle passe à 52,9 jours (soit 30 % de plus) pour les patients en HDT et 57,7 jours (soit 42 % de plus) pour les patients en HO (graphique 10).

GRAPHIQUE 9

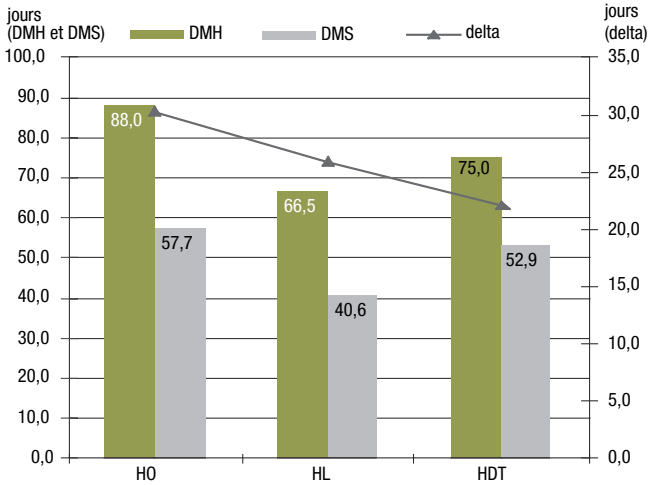
Prises en charge en 2004 des patients hospitalisés en 2005



2. La durée moyenne d'hospitalisation correspond au nombre de jours d'hospitalisation sur l'année, quel que soit le nombre de séjours.

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV. Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 10

DMH et DMS (en jours)

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.
Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Enfin, après l'hospitalisation, le suivi ambulatoire l'année de leur prise en charge hospitalière est plus fréquent pour les patients hospitalisés sous contrainte. 97,1 % d'entre eux bénéficient d'un suivi ambulatoire, contre 93 % pour les patients en HL.

Diminution du nombre de patients hospitalisés à partir de 2002

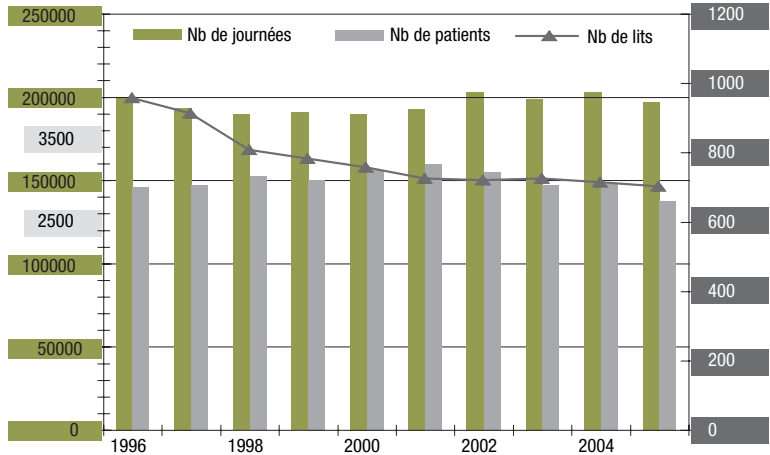
Le nombre de patients hospitalisés a augmenté jusqu'en 2001, avant de diminuer sensiblement à partir de 2002 (graphique 11). En 2005, le nombre de patients hospitalisés est inférieur de 13 % par rapport à 1996. Durant cette période, une politique de réduction très importante du nombre de lits d'hospitalisation a été menée : de 956 lits en 1996 à 701 lits en 2005, soit une baisse de 25 % des capacités d'hospitalisation. Le nombre de journées réalisées est malgré tout resté relativement stable et le taux d'occupation a connu une hausse importante. La durée annuelle d'hospitalisation a donc augmenté depuis 2001.

Si l'on examine l'évolution par mode d'hospitalisation, on observe une augmentation des patients en hospitalisation sous contrainte en proportion mais aussi en valeur absolue. Le nombre de patients en HO a doublé en 10 ans, passant de 170 à 316 patients par an (graphique 12). L'augmentation a été progressive et constante. Concernant les patients

en HDT, on observe une forte augmentation jusqu'en 2002, puis une tendance à la baisse les années suivantes; le nombre d'HDT reste cependant plus élevé entre 2000 et 2005 que les 5 années antérieures.

GRAPHIQUE 11

Évolution de l'hospitalisation temps plein au cours de la dernière décennie

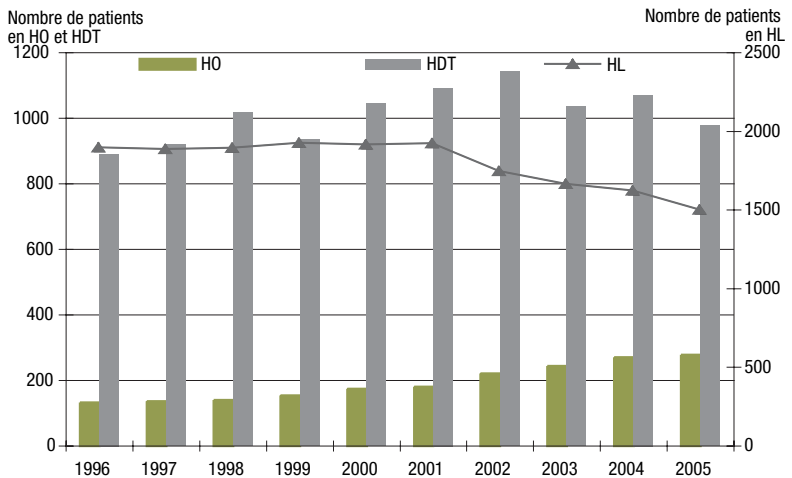


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 12

Évolution du nombre de patients hospitalisés



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Discussion

L'étude confirme une augmentation du nombre d'hospitalisations sous contrainte au cours des dernières années, notamment pour les HO. Le profil clinique et sociodémographique des patients hospitalisés diffère selon la modalité de leur hospitalisation.

L'hospitalisation sous contrainte, indice de la clinique

La proportion importante (60%) de patients psychotiques hospitalisés sous contrainte dans l'année renvoie directement à la nature même de la psychose, en tant que perturbation fondamentale (actuelle ou définitive) du rapport à la réalité.

L'HO relevant de l'atteinte à la sûreté des personnes ou du trouble grave à l'ordre public, les résultats observés reflètent en somme la gravité de la pathologie et de son expression. La sur-représentation de l'HO chez les hommes jeunes renvoie aux formes de la psychose chez l'homme, et notamment de la schizophrénie : les formes paranoïdes sont en effet moins fréquentes chez les hommes que les formes désorganisées. De plus, l'appréciation ou l'expression de la dangerosité pourront différer entre homme et femme : une patiente associera peut-être plus facilement la contrainte en HDT à un argument d'autorité du soin, alors qu'un homme jeune pourra déplacer la problématique morale de la contrainte sur le terrain du rapport de force explicite.

La plus grande fréquence des critères d'isolement social, voire d'exclusion parmi les patients hospitalisés d'office (plus de patients vivant seuls, moins d'insertion professionnelle, proportion élevée d'HO parmi les SDF hospitalisés) semble liée à des pathologies plus sévères. La DMS plus élevée des HO confirme que la stabilisation serait plus difficile à obtenir. Le recours à l'HO viendrait donc signifier la gravité de la pathologie.

Le mode d'hospitalisation est bien entendu révélateur de la difficulté d'obtenir une alliance thérapeutique. Ainsi, les patients admis en HO sur l'année en cours ont plus souvent été hospitalisés l'année précédente : l'hospitalisation en HO serait donc un indice de la difficulté à obtenir un soin autrement qu'à temps plein. Par ailleurs, on constate que les patients actuellement en HDT ont moins souvent bénéficié d'une prise en charge sectorielle pendant l'année précédente. L'HDT serait donc une modalité d'entrée dans le soin plus fréquente, mais aussi une modalité plus propice à l'obtention d'une alliance thérapeutique, au moins sur l'année en cours : on observe ainsi une DMH et une DMS plus courtes en HDT qu'en HO, et un écart plus faible entre DMH et DMS en HDT (22,1 jours) qu'en HO (30,3 jours).

L'hospitalisation sous contrainte, indice du risque juridique

Le recours à l'un ou l'autre mode d'hospitalisation sous contrainte (HO ou HDT) pourrait également être lié aux conditions de sa mise en place. L'HDT implique le recours à un tiers signataire de la demande d'hospitalisation³. Or on observe, d'une part, que l'HO est plus fréquente parmi les patients vivant seuls ou SDF et, d'autre part, que les patients vivant en famille sont plus nombreux parmi les HDT. Les établissements de la région lyonnaise sont, comme ailleurs, sensibilisés à l'invalidation des HDT en justice du fait de la qualité du signataire. Ces considérations légitimes autant que légales pourraient expliquer que l'on recourt davantage à l'HO par défaut de tiers conforme pour une HDT.

Cette hypothèse soulève des questions de nature éthique et sociétale.

Au plan éthique, la nécessité clinique de soins immédiats, confrontée au risque juridique, suffit-elle à justifier le recours à une mesure administrative plus lourde pour le patient? Ni la bonne foi des médecins ni leur appréciation clinique d'une nécessité d'hospitalisation sous contrainte ne sont évidemment en cause. Mais le risque juridique se trouve simplement déplacé, de la non-conformité du tiers pour une HDT, vers l'éventualité d'une invalidation ultérieure de l'HO pour absence de trouble mental compromettant réellement la sûreté des personnes ou portant effectivement atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Au plan sociétal, se pose la question de la définition d'un « tiers social⁴ » lorsque le patient se retrouve totalement isolé: le strict respect des textes et l'évolution de la jurisprudence en matière d'HDT placent un certain nombre de ces patients dans un dénuement certain et les privent en quelque sorte de leur droit à bénéficier d'une HDT. Ces situations confrontent les médecins à un conflit entre la déontologie et le droit – conflit qui pourrait trouver son issue dans la consécration, dans certaines situations, du procureur de la République en tant que tiers.

3. Qu'il s'agisse de la question du lien de subordination de l'assistance sociale de secteur, ou de la notion de relations antérieures avec le patient pour le soignant d'établissement général.

4. Un tiers social doit pouvoir justifier de l'existence de relations antérieures à la demande d'hospitalisation lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

L'hospitalisation sous contrainte, indice d'une évolution de l'offre de soin

Au-delà de ces considérations relatives aux patients eux-mêmes, l'étude permet d'observer certaines évolutions de l'offre de soins.

Il apparaît tout d'abord que la fréquence de l'hospitalisation diminue significativement avec l'ancienneté de la prise en charge: cela suggère que la prise en charge extra-hospitalière antérieure, qu'elle soit sectorielle ou libérale, permet de diminuer efficacement le risque d'hospitalisation.

Après le séjour hospitalier, la prise en charge sectorielle est la règle, puisqu'elle concerne près de 95 % des patients pendant l'année de l'hospitalisation. L'orientation en cabinet libéral, en tout cas directement après l'hospitalisation, fait ainsi figure d'exception. De plus,

l'orientation sur le secteur est plus fréquente au décours d'une hospitalisation sous contrainte (97,1 %) que d'une hospitalisation libre (93 %). Cette différence peut s'expliquer par les sorties d'essai (voir l'encadré p. 207), mais aussi par la sévérité des pathologies.

Le profil de l'hospitalisation au CHV se modifie également sur la dernière décennie. Le nombre de lits diminue de 25 % et le nombre de patients hospitalisés de 13 %. Avec un nombre de journées d'hospitalisation globalement stable, la DMH augmente. Ainsi, la diminution du nombre de lits ne modifie pas le nombre de journées d'hospitalisation : si le nombre de patients hospitalisés librement diminue, la proportion comme la valeur absolue des hospitalisations sous contrainte continue d'augmenter. L'augmentation est linéaire pour les HO. Elle est moins régulière pour les HDT, mais celles-ci sont plus nombreuses sur la seconde moitié de la décennie.

On assiste donc à une modification du profil de la prise en charge hospitalière au CHV et sans doute de la nature des prises en charge : les patients hospitalisés sous contrainte sont plus nombreux, les taux d'occupation plus élevés et les séjours plus longs. Compte tenu de l'orientation très fréquente vers les secteurs, cette tendance à l'alourdissement des prises en charge s'étend probablement à l'ensemble des suivis de secteur de psychiatrie générale.

Ces constatations d'ensemble interrogent tout d'abord l'évolution de la demande et des besoins d'hospitalisation, mais aussi leur rapport avec l'évolution de l'offre hospitalière publique.

La diminution du nombre de lits pourrait ainsi diminuer le recours à l'hospitalisation par les secteurs eux-mêmes. L'augmentation de la part relative de l'hospitalisation sous contrainte s'expliquerait en partie par la diminution des lits. Cette hypothèse mériterait d'être confrontée avec l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique privée, qui représente la moitié des lits du département. La diminution régulière de la part de patients hospitalisés pour troubles de la lignée dépressive vient corroborer cette éventualité.

L'augmentation de la valeur absolue des hospitalisations sous contrainte traduit quant à elle une augmentation des besoins, quelles qu'en soient les causes : augmentation effective des troubles mentaux relevant de l'hospitalisation sous contrainte, psychiatrisation de la réponse sociale, saturation des lits en service de post-urgence, etc. Seule une analyse qualitative des hospitalisations sous contrainte permettrait d'en affiner les causes. On peut enfin se demander dans quelle mesure le recours à l'HDT ne constitue pas, dans certaines situations, le moyen d'assurer l'admission du patient dans un établissement où le nombre de lits diminue. Là encore, une analyse qualitative éclairerait cette problématique.

Conclusion

L'analyse des 3 211 patients hospitalisés au CHV en 2005, sous l'angle de leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques et des particularités de leur prise en charge, souligne l'importance du suivi des hospitalisations sous contrainte comme indicateur de l'état de santé des populations desservies. Malgré son caractère purement épidémiologique, l'étude présentée soulève également quelques interrogations sur les évolutions actuelles des missions et pratiques de la psychiatrie publique de secteur, soulignant leur resserrement sur la prise en charge des patients les moins coopérants.

Cette étude amène évidemment d'autres interrogations, auxquelles elle n'est pas en mesure de répondre. Tout d'abord, une bonne connaissance de l'évolution parallèle de l'hospitalisation privée éclairerait la perspective épidémiologique, et partant, la planification de l'offre de soins. Ensuite, le recentrement apparent de l'offre sur les patients réputés plus difficiles ne doit pas faire négliger le devenir et l'analyse épidémiologique du devenir des patients moins « bruyants », moins demandeurs, ou suscitant moins la demande des tiers, tels que les patients psychotiques dont la symptomatologie est dominée par le repli social. Enfin, les disparités importantes des besoins de l'hospitalisation de secteur en fonction de la commune d'origine justifieraient à elles seules une étude plus détaillée et la prise en compte de critères géographiques et démographiques supplémentaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Coldefy M.**, 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », DREES, *Études et Résultats*, n° 443, novembre.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2005, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Service des recommandations professionnelles, avril.
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272435
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX8900129L>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
<http://www.admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>