

**En réponse à l'appel d'offre
de la Délégation Interministérielle à la Ville**



Recherche - Action

**« Rôle et responsabilité des Maires en Santé Mentale,
à partir des troubles du voisinage pouvant conduire
à une hospitalisation d'office »**

**RAPPORT
ONSMP - ORSPERE**

Mai 2008

**Jean Furtos
Fernando Bertolotto
Pauline Rhenter**

*Les participants au groupe de réflexion souhaitent
exprimer leur reconnaissance et leur amitié au
Docteur Daniel PREVOST, Maire Adjoint à la Santé
de la ville de Roubaix, membre du groupe de travail,
disparu le 4 mai 2006 ; sa contribution a été
précieuse.*

AVERTISSEMENT

Ce rapport doit d'abord être lu comme un recueil de témoignages, celui des divers acteurs institutionnels, en premier lieu les maires et les élus municipaux, qui interviennent dans la trajectoire susceptible de mener à une hospitalisation d'office pour « troubles du voisinage ». En tant que tel, il y a eu de la confiance pour livrer une vision des mécanismes vivants qui prennent place entre des situations compliquées, un cadre réglementaire, et des personnes responsables qui ont aussi une subjectivité. Certains processus intimes sont ainsi posés, permettant d'intégrer des chiffres, une analyse juridique, de monter en généralité avec un point de vue réflexif et éthique, des conclusions, des recommandations.

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur accueil et leur participation active, les institutions suivantes :

Le Bureau de la Protection du Public, Pôle Signalement du Bureau de la Protection du Public (Préfecture de Police de Paris) ainsi que l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris,

Les CCAS des villes de Bron, Dardilly, Montagny, Nanterre et Sceaux,

Les DDASS du Nord, du Rhône,

Le DIM du CH le Vinatier,

La Direction Générale des Affaires Juridiques et des Relations Administratives de la ville de Roubaix,

La Mission Santé et Handicap ainsi que le service enquête (Direction Sécurité et Prévention) de la ville de Lyon,

La Mission Santé Publique de la ville de Nantes,

Le Service Promotion de la Santé, Direction Santé Publique et Environnementale de la ville de Grenoble.

Composition du séminaire de réflexion

Animateurs-Chercheurs

Jean Furtos, psychiatre, directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE
Fernando Bertolotto, sociologue spécialisé en santé publique, consultant indépendant
Pauline Rhenter, politologue, chargée de mission à l'ONSMP-ORSPERE

Elus ayant participé au séminaire

Choquet Catherine, adjointe à la Santé et aux Personnes Handicapées, Nantes
El Ghozi Laurent, adjoint à la santé et aux personnes handicapées, Nanterre
Girod de l'Ain Marina, adjointe à la santé, Grenoble.
Guillaume Sylvie, adjointe à la santé, Lyon
Lépine Dominique, adjointe aux affaires sociales, Tassin la Demi-Lune
Perellon Monique, adjointe aux affaires sociales et la solidarité, Bron.
Philippe Bruno, adjoint à l'action sociale, Sceaux
Prévost Daniel, adjoint à la santé, aux personnes âgées, à la famille et à l'état civil, Roubaix
Sapin Pascale, adjointe aux affaires sociales, Dardilly

Et également,

Bernardet Philippe, sociologue et juriste, chargé de recherche au CNRS, mandataire devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme
Golembiowski Angélika, conseillère municipale, Montagny
Liger Martin, étudiant en master, stagiaire à la Direction Sécurité Prévention de la ville de Lyon
Loux Michèle, adjointe à la santé, Paris 14^{ième}
Passi Martial, maire de Givors

Ainsi que,

Richard Catherine, chargée de la santé à la Délégation Interministérielle à la Ville

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

A.I.S.L. : association d'insertion sociale par le logement

B.P.P. : bureau de protection du public.

C.C.A.S. : centre communal d'action sociale

C.D.H. P. : commission départementale des hospitalisations psychiatriques

C.H.U. : centre hospitalier universitaire

C.L.S.M. : conseil local de santé mentale

C.M.P. : centre médico-psychologique

C.P.O.A. : centre d'urgence de l'hôpital Ste Anne (Paris)

D.D.A.S.S. : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

D.G.A.S : direction générale des affaires sociales

H.A.S. : Haute Autorité Sanitaire

H.D.T. : hospitalisation à la demande d'un tiers

H.O. : hospitalisation d'office

H.S.C. : hospitalisation sans consentement

I.G.A. : inspection générale de l'administration

I.G.A.S. inspection générale des affaires sociales

I.G.N. : inspection de la gendarmerie nationale

I.G.P.N. : inspection générale de la police nationale

I.G.S.J. : inspection générale des services judiciaires

I.P.P.P. : Infirmerie de la préfecture de police de Paris

O.C.H.S. : office central d'hygiène sociale

ORSPERE-ONSMP : observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion- observation national des pratiques en santé mentale et précarité.

P.U.P. : police urbaine de proximité

T.G.I. : tribunal de grande instance

U.P.Q. : unité de police de quartier

V.A.D. : visite à domicile

Sommaire

Introduction	9
Le trouble du voisinage : entre clinique et contexte social.....	9
- Chapitre 1	21
I - Des troubles de voisinage aux mesures d'hospitalisation sans consentement : données quantitatives dans l'espace municipal	21
1.1. Les données nationales en matière d'HSC	22
1.2. Les Maires au cœur du dispositif départemental d'HSC : analyse des données recueillies dans les départements du Nord, des Hauts de Seine, de l'Isère et du Rhône	27
1.2.1 Les données du Département du Nord	27
1.2.2 Les données du Département des Hauts de Seine	28
1.2.3 Les données du Département de l'Isère	29
1.2.4 Les données du Département du Rhône	30
1.3 La mosaïque départementale	33
1.4 La question des réhospitalisations en HO et la durée de séjour	36
- Chapitre 2	38
2 - L'espace municipal de la santé mentale : le Maire et ses élu(e)s au cœur des régulations locales de la souffrance psychosociale et de la maladie mentale	38
2.1. Les motifs de signalement : des situations rarement en rapport formel avec celles prévues par l'article L3213-1 du CSP. Une approche à partir des situations dites « troubles du voisinage »	38
2.1.1. Etude sur les troubles de voisinage et HO à Paris.....	39
2.1.2. Troubles de voisinage et HO à Grenoble : les données du Service Promotion de la Santé (SPS).....	44
2.1.3. Troubles de voisinage et HO à Nantes : les données de la Mission Santé Publique (MSP).....	45
2.2. L'origine des signalements.....	46
2.2.1. Le service social du Bureau de la Protection du Public de Paris	46
2.2.2. Le service Promotion de la Santé de la ville de Grenoble	47
2.2.3. La Mission Santé Publique de la ville de Nantes	49
2.3. Le profil de la population concernée	50
2.3.1. Retour sur la population de l'IPPP de Paris	50
2.3.2. La répartition par sexe des HO dans les municipalités	51
2.3.3. L'âge des personnes faisant l'objet d'une HO d'initiative municipale	51
2.3.4. La diversité des pratiques municipales	51
2.4. La pertinence de l'HSC d'initiative municipale : une mesure généralement confirmée.....	55
2.5. Conclusions des deux premiers chapitres	57
- Chapitre 3	59
3. Troubles de voisinage, souffrance psychosociale et maladie mentale : un défi et un enjeu démocratique pour les élu(e)s locaux	59
3.1. La qualification politique de la plainte : ses variantes	61
3.2. Les variantes, ses paramètres	63
3.3. Les déterminants éthiques de la position de l'élu(e) : effets de marquage et poids des représentations dans la gestion des demandes de mesures d'HO	66
3.3.1. Stigmates, marquage	66
3.3.2. Fichiers	67

3.4. Un décideur sous pression : entre expertise technique et responsabilité politique, l'él(u)e face à la décision d'initier une HO	70
3.4.1. Faire face : saturation psychique et exposition personnelle, les risques d'une approche exigeante	71
3.4.2. La police : entre dangerosité et non assistance à personne en danger	73
3.4.3. L'expertise médicale : un support légitimant bien que non obligatoire pour les maires.	78
3.4.4. La « pression médicale » sur le dispositif d'HSC	80
3.4.5. L'influence des services municipaux	84
3.4.6. La pression des tiers	86
3.4.7. Le transfert de charges des Préfets et des DDASS sur les Maires : le poids d'un dispositif insuffisamment régulé et aléatoire d'un département à l'autre.	87
3.5. Entre souci d'efficacité et souci démocratique : la notion de non-assistance à personne en danger.....	89
3.6. Le travail en réseau	92
3.6.1. Une réelle expérience locale de travail en réseau	93
3.6.2. Le rôle décisif de la psychiatrie de secteur	96
3.6.3. Le cas particulier d'une psychologue dans les structures municipales.....	98
3.7. L'institutionnalisation des réseaux de santé : une réponse aux problèmes posés aux élu(e)s locaux par les mesures d'HO à la demande du Maire ?	99
Conclusions du troisième chapitre	101
- Chapitre 4 -	104
4. Le Maire et le dispositif d'Hospitalisation Sans Consentement : le cadre de référence légal	104
4.1. L'encadrement réglementaire de l'intervention des Maires.....	105
4.1.1. Le cadre légal de l'intervention en urgence : les articles L3213-1 et L3213-2 du Code de la Santé Publique relatifs à l'hospitalisation d'office.....	105
4.1.2. Les responsabilités des maires en matière d'hospitalisation sans consentement.....	107
4.2. Entre le sanitaire et le sécuritaire, le système d'HSC : un dispositif séculaire en recherche de cohérence	110
4.2.1. L'évaluation du dispositif légal : des lois aux rapports	110
4.2.2. Les apports de la jurisprudence	116
Conclusions du chapitre 4.....	124
- Chapitre 5 –	125
5. Santé mentale et troubles de voisinage : de la gestion politique de la plainte sociale à l'initiation d'une mesure d'HO	125
5.1 Les situations idéal-typiques : L'incurie et la persécution	125
5.2. L'usage du recours à l'HO pour (r)établir l'accès et la continuité des soins psychiatriques.....	128
Année	128
5.3. Les HO pour troubles du voisinage : l'étude de l'IPPP	129
5.4. La « prévention des HO » : la part des élu(e)s	130
5.5. La « prévention des HO » : la part des psychiatres de service public et des équipes de psychiatrie de secteurs.	132
Conclusion du chapitre 5	135
Conclusions générales	136
1. Chiffres et situations	136
2. L'entrée « troubles du voisinage » pour une mesure éventuelle d'HO.....	137
3. Le type d'intervention des municipalités est hétérogène	138
4. Du côté de la psychiatrie publique	138
5. Peut-on parler d'une clinique psychosociale ?	139
Recommandations	141

Bibliographie	143
Annexes	146
Annexe 1 - Protocole de recherche-action	146
Annexe 2 - Liste des personnes consultées.....	146
Annexe 3 - Le cadre légal des HO	146
Annexe 4 - Statistiques nationales des HSC.....	146
Annexe 5 - La mallette de l'élú d'astreinte- Exemples	146
Annexe 6 - Extrait du rapport de l'IGA/IGPN/IGN de mai 2004	146
Annexe 7 - Extraits des recommandations de la Haute Autorité de Santé, avril 2005 .	146
Annexe 8 – Des faits datés... ..	146
Annexe 9 – Schéma présentant le circuit parisien	146

Introduction

Le trouble du voisinage : entre clinique et contexte social

Le trouble de voisinage n'est pas le symptôme d'une entité psychopathologique, mais une manière de parler d'une situation qui peut-être définie comme « une expansion dérangeante de l'intime, laquelle s'exprime de manière proximale à partir des lieux de vie »¹.

Cette situation est devenue « juridico-opérationnelle » depuis la loi de prévention de la délinquance adoptée le 5 mars 2007, dans son chapitre 3 intitulé « des dispositions tendant à limiter les atteintes aux biens et à prévenir les troubles de voisinage ». Elle tend à donner plus de responsabilité et de pouvoir au bailleur, au regard de son obligation de garantir la jouissance paisible de la chose louée. Avec ce texte, le « trouble de voisinage » apparaît pour la première fois nommément comme un phénomène sur lequel doit agir l'action publique, sans que la distinction entre trouble ordinaire et trouble excessif ne soit opérée². Or, si de nombreux modes d'intervention sont possibles en pratique, l'article 18 de la loi fait explicitement du trouble de voisinage une clause résolutoire de rupture de bail: « après mise en demeure motivée, les propriétaires doivent, sauf motif légitime, utiliser les droits dont ils disposent en propre afin de faire cesser les troubles de voisinage... »³.

La notion de « jouissance paisible de la chose louée » existait avant mars 2007, mais elle est ici réaffirmée avec force. Comme nous l'avons indiqué dans la vignette de la vieille dame incurie, p. 15-18, la difficulté est de savoir comment concilier sécurité, salubrité et... préoccupation de santé mentale. Le trouble du voisinage est d'abord défini comme un manquement à cette obligation de jouissance paisible. Ce manquement consiste en un dépassement des inconvénients « normaux » de voisinage, qui a pour conséquence la détérioration du cadre de vie. Le manquement n'a pas à être intentionnel : le trouble du voisinage existe en l'absence de faute.

Le niveau acceptable de ces inconvénients est laissé à l'appréciation souveraine du juge, qui doit prendre en compte les éléments de durée, de localisation et de sensibilité de la victime.

Un autre aspect du contexte vient directement des bailleurs, surtout des Offices d'HLM : voilà des années qu'ils interpellent les secteurs de psychiatrie publique : *depuis la diminution considérable du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques*, les malades mentaux sont devenus pour eux un nouveau public, parfois difficile, avec le risque de comportements susceptibles de troubler la tranquillité ou l'ordre public.

Enfin, il convient de rappeler un sens plus général que l'on peut attribuer aujourd'hui aux troubles de voisinage : **la tendance sociétale lourde à l'individuation et à l'atomisation des individus. Dans ce contexte, les troubles du voisinage nous renseigneraient sur les modifications en cours du lien social et de ses régulations. Pour qu'il y ait « troubles du voisinage », encore faut-il qu'il y ait des « voisins »...**

¹ Définition proposée par l'un d'entre nous dans la recherche ORSPERE-CESAMES sur les « *Les troubles de voisinage, la part de la santé mentale* », commanditée par la Fondation Nationale des Caisses d'Épargne.

² Les évolutions lexicales issues de la loi du 5 mars 2007 sont à cet égard symptomatiques. Par exemple, l'article 18 de la loi précise que l'obligation du maire d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique dans sa commune lui donne pouvoir non plus de sanctionner « les bruits », mais les « troubles » de voisinage.

³ Article 18 de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Ainsi, sommes-nous, dans cette étude, à la croisée d'une approche sociétale, d'un souci sécuritaire qui va croissant, et d'une préoccupation de santé mentale pour les personnes afin qu'elles puissent continuer, si elles sont vulnérables, à vivre avec autrui. Les « pathologies mentales » font partie des vulnérabilités, ce sont elles qui, en principe, posent la question d'une HO en cas de « troubles graves à l'ordre public ». Le conflit légitime entre l'accès au soin et une vision sécuritaire devrait être tempéré par un souci de santé mentale, c'est-à-dire de « prendre soin ».

Ce rapport rend compte des résultats de la recherche-action DIV/ONSMP-ORSPERE « Des troubles de l'ordre public aux Hospitalisations d'Office : une forme de gestion des plaintes de voisinage », réalisée dans la continuité des travaux engagés en 2003/2004⁴ afin, d'une part, de mieux comprendre le rôle joué par les élu(e)s locaux dans la prise en compte des problèmes de santé mentale de leur ville ainsi que les conditions qui déterminent leur engagement, et d'autre part, d'apprécier l'articulation de l'action municipale aux dispositifs publics de santé mentale opérant au niveau local. Il s'agit, à notre connaissance, des premiers travaux en la matière.

Les résultats initiaux avaient clairement montré l'importance du rôle des élu(e)s municipaux dans la gestion des problèmes de santé mentale, ainsi que les transformations qu'impriment à leur fonction les processus de vulnérabilisation psychosociale à l'œuvre dans la société contemporaine : malgré une faible préparation initiale, nous avons en effet pu observer comment ces acteurs sont amenés à jouer un rôle majeur dans la « gestion » publique de la souffrance psychosociale et de la maladie mentale, tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

Positionnés à l'interface des publics en souffrance et des dispositifs publics de proximité correspondants (sanitaires, sociaux et sécuritaires notamment), les élu(e)s locaux sont souvent ceux qui, dans une situation de crise psychosociale, par leur engagement et leurs décisions, peuvent ouvrir la voie à des solutions en réalisant la difficile synthèse entre les options qui découlent d'une approche clinique de « première ligne » et celles qui relèvent des options politiques et des responsabilités légales propres à leur fonction.

Ces travaux avaient également signalé l'intérêt d'explorer de manière plus approfondie les conditions d'engagement des élu(e)s locaux dans la gestion des problèmes de santé mentale de leur ville, en analysant une problématique particulièrement sensible du point de vue politique, à l'incidence croissante dans leurs villes, soit celle relative aux « plaintes de voisinage ».

Particulièrement paradigmatiques des situations concrètes auxquelles sont confronté(e)s les élu(e)s, les plaintes de voisinage définissent en quelque sorte les « troubles du voisinage »⁵ et illustrent bien la complexité et l'hétérogénéité des situations auxquelles sont confronté(e)s les élu(e)s locaux sur le registre de la santé mentale :

4 Cf. Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004 : « Les élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale » - Rapport final, Septembre 2005, ainsi que sa publication : « Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005

5 Notion conjointement mise à l'étude dans une autre recherche-action de l'Orspere-Onsmp sur : « Troubles du voisinage, la part de la santé mentale ».

- lorsqu'il s'agit de gérer les « troubles » générés par les comportements inquiétants ou dérangeants qu'indique l'expression de la maladie mentale,
- lorsqu'il s'agit de résoudre les problèmes (d'hygiène, de sécurité, ou de prise en charge bio-psycho-sociale) posés par des personnes âgées et/ou isolées en grande précarité, souvent dépendantes, développant des troubles socio-psychiques liés à leur condition (errance, enfermements chez soi, incurie, insalubrité, négligences, etc.),
- lorsqu'ils sont amenés à intervenir, notamment dans les petites villes, dans des situations de crise afin de gérer des affaires de violences, de dépressions, d'abandons...,
- lorsqu'ils sont confrontés aux problèmes posés par les comportements déviants de certaines catégories de publics se situant clairement en dehors du cadre défini par les règles du vivre-ensemble, notamment à ceux qui se révèlent au travers des incivilités, de la « petite » délinquance, de la consommation de produits psycho actifs ou encore d'autres conduites « à risques »). Notons que ce point particulier n'a de fait pas été abordé dans cette étude.
- ou lorsqu'ils sont confrontés à la gestion politique des paradoxes et parfois aux dysfonctionnements du propre système de protection sanitaire et social.

L'analyse des conditions d'engagement des élu(e)s locaux dans la gestion des problématiques de santé mentale a permis de mettre à jour certains mécanismes de leur agir, ainsi que certains des leviers spécifiques pour l'action publique, qui déterminent la qualité des réponses locales à ces types de problèmes. La gestion des situations est apparue liée à la sensibilité des élu(e)s (cf. la notion de « débrouille compassionnelle » que nous avons pu évoquer dans le rapport précédent, ainsi que les différences liées au genre, et à leur capacité à mobiliser et utiliser l'expertise appropriée à chaque situation, ou encore, du fait de l'autorité morale et institutionnelle qui est reconnue aux Maires, en jouant sur cinq registres principaux, soit :

1. Le pouvoir **d'interpellation** qui peut l'amener à questionner légitimement les logiques institutionnelles qui déterminent, sur le territoire communal, l'état de santé mentale de ses administrés.
2. Le pouvoir de **médiation**, qui permet l'ouverture d'espaces de négociation et de prise en charge difficilement accessibles aux acteurs sociaux en situation de crise.
3. Le pouvoir **d'élaboration** : en assurant une fonction d'écoute, de conseil et d'orientation personnalisée de leurs administrés, les élu(e)s aménagent des espaces d'élaboration psychosociale utiles au maintien de la dite cohésion sociale locale.
4. Le pouvoir de « **convocation** », qui permet au Maire de réunir les parties concernées en vue de la résolution de situations qui perturbent la dite cohésion sociale locale.
5. Enfin, le pouvoir de **régulation**, qui renvoie aux responsabilités de l'élu(e) municipal dans le fonctionnement du système de santé local, notamment lorsqu'il participe aux instances de planification ou de gestion des services publics, ou lorsqu'on considère ses responsabilités dans le processus d'hospitalisation sans consentement à l'initiative du Maire.

Sur ce dernier point, malgré les conclusions plutôt « rassurantes » du dernier avis Parlementaire sur la question⁶, dans un contexte politique et social particulièrement

⁶ Cf. Rapport de la Députée Mme Maryvonne BRIOT, fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur la proposition de résolution (n°1459) de Mr Georges HAGE, tendant à la création

marqué par le souci sécuritaire, l'individualisme et l'intolérance sociale, considérant par ailleurs l'évolution des nouvelles politiques publiques qui tentent de mieux prendre en compte les spécificités des territoires en intégrant davantage le regard micro-local, il a paru important de vérifier la réalité de cette question depuis la perspective des élu(e)s locaux.

Nous verrons dans ce rapport à quel point la prise en compte de cette attente des élu(e)s s'avère nécessaire, s'agissant d'une mesure située « *au cœur des valeurs républicaines, telles que la liberté, le respect de la personne humaine ainsi que les droits de l'homme* »⁷. Si l'appréciation macroscopique du dispositif d'hospitalisation sous contrainte a pu conduire à une vision acceptable pour le Parlement, **l'approche microscopique que nous effectuons ici**, montre une réalité plutôt préoccupante, dans laquelle à l'augmentation du nombre de mesures constatées dans le rapport de Mme BRIOT cité précédemment (+102% pour les Hospitalisation à la Demande d'un Tiers – HDT– et +45% pour les HO entre 1992 et 2001), correspond un dispositif au fonctionnement insatisfaisant pour certains des acteurs qui s'y trouvent engagés, au premier rang desquels les élu(e)s locaux.

Des vignettes extraites des discussions développées par les élu(e)s participant au séminaire de recherche (cf. pages 13 à 19), donneront un premier aperçu de la réalité rencontrée, illustrant la complexité des situations ainsi que les issues possibles qui peuvent aussi bien conduire à une mesure d'HO, ou non.

Comme le montrent les situations présentées, les élu(e)s participent à la mise en place d'un cadre spécifique. Au risque de devenir le « mauvais objet » (des personnes en détresse, de ceux qui les entourent, voir parfois même de ceux qui exercent un droit/devoir thérapeutique sur les personnes en détresse ou sur la situation de par leur position institutionnelle ou sociale), leur intervention est essentielle parce qu'elle rétablit les mécanismes qui permettent la reconnaissance sociale de la souffrance. En (re)créant les conditions du prendre soin (« caring »), il participe à la définition des conditions de possibilité du soin (« cure ») lorsque celui-ci s'avère nécessaire, mais aussi de son évitement quand cela est possible.

Les récits montrent aussi les limites de l'intervention des élu(e)s, qui se heurtent également aux déterminants sociaux de la santé : l'absence de logements, la précarité, la fragmentation des liens sociaux, les difficultés d'accès aux services spécialisés et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux. La psychiatrie et la police apparaissent ici comme les principaux acteurs vis-à-vis des élu(e)s.

Le travail dont on rend compte ici n'a pas pour objectif de définir une position politique *a priori* sur les HO, ni même de prescrire un mode particulier de gestion des troubles du voisinage, mais plutôt de problématiser une question d'intérêt public dans une perspective de santé publique, qui considère la gouvernance locale comme un facteur majeur déterminant la santé mentale de la communauté.

d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 mai 2004

⁷ Cf. intervention du député Georges HAGE lors de la discussion du rapport de Mme BRIOT cité plus haut.

Partant de ces bases, un dispositif de travail plus complexe que celui utilisé pour la première étude a été défini⁸, et deux objectifs principaux assignés à la recherche-action :

- **Elaborer une typologie de situations** décrivant les principales caractéristiques de la problématique dans un échantillon de villes suffisamment représentatives de la réalité française, de manière à pouvoir spécifier plus précisément la nature et l'ampleur du phénomène, son incidence dans la vie des municipalités, les conditions d'approche par les élu(e)s, les modes de gestion locale, ainsi que les questions posées en termes d'efficacité, d'efficience et de cohérence des dispositifs publics de santé mentale.
- **Elaborer les bases d'un cahier des charges** d'un appel d'offre public de recherche et/ou d'évaluation des dispositifs de gestion de ces problèmes, sous réserve de l'évolution réglementaire et législative.

Partant de ces éléments, un dispositif de recherche-action associant un séminaire de recherche et des investigations de terrain a été mis en place et a conduit à la production du présent rapport.

Ce document s'efforce d'apporter des réponses aux objectifs initiaux au travers d'une synthèse des résultats organisée en quatre parties :

- La première partie vise à apprécier **l'ampleur** de la problématique et à situer **le niveau d'intervention** des Maires, en décrivant **la réalité de la question** au niveau national, départemental et municipal (chapitres 1 et 2) ;
- la deuxième partie décrit **les conditions d'interpellation et d'engagement** des élu(e)s locaux ainsi que les modes de gestion locale de la problématique (chapitre 3) ;
- la troisième partie rend compte du travail de description et d'analyse du cadre **juridique** dans lequel se situe l'intervention des élu(e)s amenés à prononcer une hospitalisation d'office (chapitre 4).
- la quatrième partie envisage la question des troubles de voisinage rapportés aux missions et actions du service de psychiatrie publique (chapitre 5).
- enfin, nous présenterons les conclusions du travail ainsi que les recommandations visant à répondre aux objectifs de la recherche-action.

Les données quantitatives présentées n'ont d'autre prétention que d'illustrer l'ampleur et la forme de la question traitée localement.

⁸ La méthodologie utilisée, ainsi qu'une brève présentation des principales informations permettant d'apprécier les activités réalisées sont proposées en annexe.

Nous donnerons en préalable deux vignettes susceptibles de « planter le décor ». La clinique est envisagée du point de vue de l'intervention des élu(e)s⁹.

Vignette 1 : Quand un logement d'urgence n'aurait pas été suffisant.

Elu 1/ Je venais juste d'être élue, en mars 2001, et ça s'est passé en avril 2001, un vendredi soir !... les gendarmes m'ont demandé de les retrouver devant la maison d'une dame qui ne voulait pas quitter sa maison, alors que la maison était vendue depuis un peu plus d'un an et que les nouveaux propriétaires voulaient venir s'y installer... ils avaient donc mis en place une procédure d'expulsion et il fallait qu'elle quitte cette maison. Les gendarmes sont venus. C'est une dame d'une cinquantaine d'années qui avait construit cette maison avec son mari. Elle divorce. Deux enfants. Divorce qui s'est très mal passé. Vente de la maison. Les enfants sont partis avec le père. Elle était sans relation avec les enfants et son ex mari. Elle est restée dans la maison. La maison s'est vendue et les nouveaux propriétaires ont voulu s'installer. Une procédure s'est mise en marche : gendarmes et huissier pour mettre la dame dehors. Donc, les gendarmes et l'huissier sont venus le matin et ils ont mis la dame dehors. Elle est sortie relativement tranquillement. Puis, quand les gendarmes et l'huissier sont partis, dans l'après-midi, elle est re-rentrée dans la maison par un petit fenestron du sous sol qui était ouvert. Les nouveaux propriétaires sont venus. Ils l'ont de nouveau retrouvée dedans. Rebelote, ils ont rappelé les gendarmes. A ce moment là, la gendarmerie m'a téléphoné me disant : « il faudrait que vous veniez, il faut faire quelque chose pour cette dame. Nous, on ne sait pas quoi faire ». Nouvellement élue (15 jours), je vais là-bas, en me demandant ce que j'allais faire. C'était une vraie question aussi pour moi ! J'ai cherché s'il n'y avait pas de foyers. J'ai passé un certain nombre de coups de fils, incroyables, pour trouver une place en hébergement en CHRS, foyer pour femme, tout était complet partout ; et dans cette urgence immédiate, il n'y avait rien. L'hôtel ne semblait pas possible parce que cette dame était dans un état d'hystérie. Elle hurlait en disant qu'elle allait se suicider. Elle menaçait d'aller sous un train, ou de se jeter dans le Rhône. Je sais bien que tant que les gens disent ça, ils ne passent pas à l'acte en même temps qu'ils le disent, mais j'étais inquiète. Les gendarmes m'ont soufflé l'idée : une HO pour cette dame. Je me suis dit que ça serait l'occasion qu'elle soit repérée, qu'un soin se mette en place, qu'elle puisse avoir un lieu où elle puisse discuter. Voilà ce qui s'est fait. J'ai fait venir SOS Médecins parce que j'ai demandé au médecin de la commune de nous recevoir mais aucun médecin de la commune n'a voulu nous recevoir en disant « non, non, on ne se mêle pas de ça. Appelez donc SOS médecins », lesquels sont venus, ont signé les documents. Les pompiers sont venus la chercher parce que les gendarmes ne voulaient pas l'emmener (ce n'est pas leur boulot) et les pompiers n'étaient pas contents du tout en me disant que ce n'est pas leur boulot non plus.

Elle est arrivée à l'hôpital un vendredi soir. Le samedi soir elle en est repartie et est revenue sur la commune. Quand elle est partie de chez elle, elle était sortie vraiment comme on voit dans les films : deux gendarmes qui lui tenaient les pieds, deux autres qui lui tenaient chacun une main... Elle avait au bout de chaque bras, un sac poubelle de 100 litres avec dedans pleins de choses qu'elle voulait garder. En fin de compte, ces deux sacs poubelles sont restés au CCAS. C'était des poubelles ! Il y avait une casserole sale au milieu de ces deux sacs, mais c'était des poubelles !

Elle est donc sortie de l'hôpital et est revenue sur la commune. Elle a trouvé mon téléphone. J'ai passé plusieurs nuits à me faire insulter au téléphone, puis elle est allée chez des gens à qui elle a raconté des histoires incroyables, ils l'ont hébergée pendant une journée. Puis, les gens se sont très vite rendu compte qu'ils ne pouvaient plus s'en débarrasser. Ils me téléphonaient pour me dire « qu'est-ce qu'on fait ? ». Dans le même temps, on a entrepris une démarche pour essayer de trouver un logement. Ça a mis deux mois pour que l'on arrive à trouver un logement. Maintenant, elle a un logement sur la commune. Elle est suivie au CMP. Il y a un suivi régulier depuis 2001 au CMP. Aujourd'hui, c'est une dame que je vois, qui vient à chaque conseil municipal, qui dit bonjour à tout le monde, sauf à moi, toujours !

A la suite de cette histoire, qui m'avait beaucoup interpellée, je suis rentrée en contact avec ses parents que j'ai appelés. Si par hasard, par l'intermédiaire de ses parents, il pouvait se renouer une solidarité familiale ou quelque chose. Les parents étaient au courant que leur fille allait mal. Ce sont des gens âgés qui n'étaient pas en mesure de la recevoir chez eux mais qui ont téléphoné aux enfants. Il y a eu quelque chose qui a essayé de se retrecoter un peu. Les enfants m'ont téléphoné pour avoir des nouvelles de leur mère. Je ne suis pas sûre qu'il y ait du lien encore entre les enfants et la mère. Mais voilà. C'est une dame qui est toujours sur la commune. Qui a un logement tout près du CCAS. Elle est en train de reprendre une vie sociale.

⁹ Vignettes prises à partir des discussions dans le séminaire avec les élu(e)s qui s'est tenu dans le cadre de cette recherche-action.

Du coup, depuis cette histoire, on a deux logements d'urgence sur la commune, pour lesquels je me suis bagarrée. Mais même, pour cette dame, si on avait eu un logement d'urgence, ça n'aurait pas été la solution. L'intérêt de cette HO est qu'il y ait un soin derrière qui a pu se mettre en place. C'était cela que je visais avec l'HO.

[...]

Je venais d'être élue, ça m'a beaucoup brassée. En plus, elle m'insultait au téléphone, et l'association des familles auprès de qui cette dame était allée, me faisait passer pour une sorcière ; et l'association des familles me téléphonait en me disant « il y a abus de pouvoirs ». J'explique, sans trop en dire non plus, pourquoi j'avais agi comme ça... Ca m'a beaucoup brassé quand même. Elle a remué ciel et terre contre la mairie, contre moi, pendant quelque temps. Maintenant, elle est dans un appartement chez elle.

[...]

Elu 2/ Pour faire l'HO, tu as appelé SOS Médecin, tu n'as pas fait appel à un psychiatre ?

Elu 1/ Non. En fait, je me suis reposée sur le médecin, sur la notion de mise en danger pour elle. C'était ça qui m'inquiétait. J'ai eu peur qu'elle fasse une connerie la première nuit, je me disais : « Si demain je la retrouve morte dans un coin de la commune, je me sentirais mal ». Quand le médecin de SOS médecins est venu, on a discuté 5 minutes, et je lui ai demandé ce qu'il en pensait et il m'a répondu « oui, il faut absolument qu'elle ait un soin, qu'elle voit quelqu'un ». Ca m'a rassuré. Puis, l'hôpital fera son boulot.

[...]

Je ne sais pas si elle était malade avant son divorce ?

[...]

Elle demandait un entretien avec quelqu'un, mais elle ne voulait jamais que ça soit à la mairie parce qu'à la mairie, « il y avait des micros dans les murs »... Il y avait déjà un terrain psy... La question que je me pose, quand j'essaie de réfléchir au pourquoi on en arrive là : pourquoi ce relogement n'a pas été travaillé en amont ? Pourquoi en est-on arrivé à cette butée, pourquoi a-t-il fallu faire venir huissier et gendarmes pour que cette dame s'en aille ?

[...]

Elu 1/ C'est sûr que ce n'est pas quelque chose que l'on fait de gaieté de cœur. Quand elle est partie dans le camion de pompiers, il fallait l'entendre crier. La nuit qui a suivie, je me suis posée des questions...

Animateur 1/ Lesquelles ?

Elu 1/ Pourquoi j'avais fait ça ? Est-ce qu'il n'y avait pas autre chose à faire ? Ce qui me rassurait chaque fois, c'était qu'au moins un soin pourra se mettre en place. C'était ça que je visais.

[...]

Elu 1/ Je trouve que les gendarmes n'ont pas été mal dans cette histoire là.

Animateur 1/ Ils ont été de bon conseil.

Elu 1/ Je n'aurais pas pensé à l'HO. Je ne savais que c'était dans le pouvoir de... On ne m'avait pas parlé de ça. Après les autres élu(e)s m'ont mis en boîte en disant que, pour un baptême d'élu, ce n'est pas mal. Il n'y avait pas eu d'HO de tout le mandat précédent. Là, 15 jours que je suis élue... on a intérêt à filer droit avec moi !

Animateur 1/ Il y avait une absence de formation de la nouvelle élue qui n'était pas au courant de la loi sur les H.O..

Animateur 1/ C'est comme si un médecin arrivait dans un hôpital et qui ne savait pas que l'on devait se servir de certains produits... Il y a vraiment quelque chose à faire.

Elu 2/ Il faut un mandat pour comprendre comment ça marche.

Elu 1/ Je dis un demi.

Animateur 1/ C'est le deuxième cas où l'on voit un bon effet d'HO. La dernière fois, c'était cette femme qui était dans l'errance et on disait que s'il n'y avait pas l'HO, elle serait à la rue. L'aspect asile au bon sens du terme et soin.

Commentaires : Une élue d'une petite ville est amenée à demander une HO pour une femme d'une cinquantaine d'années, divorcée, dont les enfants sont partis avec le père, dont la maison a été vendue, il y a un an, qui s'arqueboute dans la maison ; elle est en incurie, en déni de la situation, très persécutée, semble t-il, et très seule. Le fait, d'être coupée de sa famille, d'être à la rue si personne ne prend soin d'elle, le fait qu'un logement d'urgence aurait été insuffisant, et les menaces suicidaires, tout cela indique que l'accès au soin semble avoir eu des effets favorables qui se continuent par un suivi ambulatoire. On note la difficulté subjective tout à fait compréhensible, pour l'élue d'assumer une position contraignante, puis d'assumer l'agressivité de la personne « internée », et les remarques des collègues, même si ces dernières sont sur le registre de l'humour. L'absence de « formation » et d'information en début de mandat est également notable.

Vignette 2 : D'une saine conflictualité entre « légalité réglementaire » et « santé publique ».

Elu 5/ La situation que je vais vous présenter, est intéressante dans son déroulement. Ça s'est passé dans les deux semaines qui viennent de s'écouler.

Il s'agit d'une dame de 60 ans qui habite seule. Déjà connue pour avoir des difficultés de santé, elle est sous curatelle. C'est sa tante de 93 ans qui exerce la curatelle. C'est la dame de 93 ans qui aide celle de 60 ans ! La dame de 93 ans a un sacré caractère, on ne la lui fait pas !... si on lui dit quelque chose qui ne lui plaît pas, elle appelle le Maire !... Enfin, pas commode ! La dame de 60 ans habite un appartement, seule, et il y a des plaintes du voisinage à cause de saletés, d'odeurs, de nuisances... Ça déclenche une intervention au bout d'un moment, après plusieurs mois de plaintes : on a essayé d'en parler avec la tante, en disant que si les voisins se plaignent d'odeurs, etc., il faut faire quelque chose. Cela n'a pas plu à la tante qui a répondu « de quoi vous vous mêlez ?! ».

Donc, visite des services sanitaires, d'hygiène de la ville... mais impossible d'entrer dans la maison, c'était difficile !... il a fallu passer par la police, ça a duré un moment... Finalement, on rentre dans l'appartement : les pièces étaient envahies de sacs, de poubelles... c'est vraiment un état d'abandon. Et la dame de 60 ans complètement obsessionnelle, avec un rituel organisé dans ses déplacements dans l'appartement (elle sort très peu) ; toute sa journée est orientée autour de ces déchets (c'est très important pour la suite de l'histoire). Cette histoire a duré longtemps. Le service d'hygiène a demandé qu'elle évacue les déchets, qu'elle nettoie un minimum l'appartement. Le système électrique est dégradé, ancien, donc risque d'incendie avec en plus tous ses cartons, ses déchets, il y avait un risque d'incendie de l'immeuble. Elle n'a pas voulu le faire ; une fois, deux fois, trois fois... C'est passé en décision de justice. C'est là où j'arrive.

Elu 2/ Sur plainte de qui ?

Elu 5/ Toujours parce qu'elle refusait... Ce sont les services d'hygiène qui ont tout déclenché... Elle était « mise en demeure de faire les travaux ». Elle ne les fait pas. Le tribunal lui dit qu'elle doit les faire avant telle date, c'est un référé. A ce moment là, la tante a compris que c'était grave et c'est là qu'elle a appelé le cabinet du Maire. Et c'est parti dans tous les sens parce que, —comme la dame a 60 ans et la tutrice 93- c'est parti au Conseil Général pour les personnes âgées, au CCAS pour l'aide sociale, c'est parti dans tous les sens, et on s'est retrouvé — pour résumer- sur deux blocs :

- un bloc sécuritaire, réglementaire, avec les services d'hygiène de la ville, qui disaient « ça fait deux ans que cette histoire traîne, qu'on lui dit de nettoyer, on a dû aller jusqu'à la justice, elle ne veut pas le faire. Le risque d'incendie est terrible. Si ça prend feu, on va se retourner vers la ville s'il y a des victimes. La Justice dit qu'elle doit faire ses travaux à telle date, et si ce n'est pas fait, « on évacue ».

« Ah ? Vous évacuez comment ? ». « La déchetterie pour les ordures. L'hôpital psychiatrique pour elle » (sic !).

« Ah bon ? Pourquoi l'hôpital psychiatrique ? ». C'est là que tout se bloque...

- un autre bloc qui était la santé publique, avec le CCAS, disant : vu l'organisation obsessionnelle de la dame, si on lui enlève ses déchets, elle va s'effondrer. Après, est-ce qu'il faut l'hospitaliser pour autant ? Est-ce que c'est justifié ? Si on l'hospitalise le temps que l'on vide l'appartement : elle retourne ensuite dans un appartement où elle n'a plus aucun repères, et là elle va péter les plombs. Que faut-il faire ?

Ca a été très tendu : le bloc réglementaire disait « on a la décision de justice : le X octobre, tout doit être nettoyé ». Et nous, disant « doucement, doucement... ». On avait la tutrice tous les jours au téléphone et on l'a rencontré physiquement. On a compris qu'elle avait compris qu'il fallait faire quelque chose. Et elle disait : « l'électricien va venir et on s'engage à ouvrir. J'ai compris que ma nièce avait besoin d'être accompagnée d'une auxiliaire de vie, pour le ménage, le rituel... ». Il y a eu encore un affrontement sur ces dates là : elle disant « je peux le faire mais pas avant le XX », et les services réglementaires disant « ça fait deux mois qu'elle sait que c'est le X, elle nous mène en bateau. Elle ne va jamais le faire. S'il y a le feu, je dirais que c'est vous qui nous avez empêchés de rentrer dans l'appartement ». Il y avait —je ne sais pas- au moins dix personnes qui intervenaient là-dessus... Finalement, le X octobre dernier, il n'y a pas eu de visite, comme il n'y a pas eu d'expulsion non plus, et le XX par contre, on est allés pour un dernier barouf d'honneur —puisque la réglementation voulait être présente- et la dame de 60 ans avec ses TOC ne voulait pas voir quelqu'un de la réglementation. Elle ne voulait voir que telle personne, de la santé publique. Finalement, l'HO a été évitée, mais après un rapport de force terrible. Maintenant, je ne sais pas comment cela va se passer entre la réglementation et nous...

Elu 4/ C'est quoi « la réglementation ? »

Elu 5/ Ce sont les inspecteurs sanitaires.

Elu 4/ Ils sont dans le service santé ?

Elu 5/ Non. Ils sont au service « réglementation tranquillité publique ». Ce sont deux services différents ; normalement, il y a un travail en commun. Mais là, il y avait là deux logiques différentes. Il y a une partie des cartons qui est partie (ceux qui étaient moisissés, pourris) et un suivi social a été mis en place.

Elu 2/ Pas psy ?

Elu 5/ Pas encore.

Question/ Pourquoi le deuxième groupe « santé publique » ne s'est pas mis dans le même temps que l'hygiène ? Ce dernier a dit « ça fait deux mois qu'on lui dit, elle savait très bien la date du X octobre »..., etc... Le service de santé publique dans ce calendrier là aurait bien pu peut-être éviter cette opposition de dates ? C'est une question d'articulation entre services, non ?

Elu 5/ C'est une question d'articulation parce que le service de réglementation, et la personne en particulier qui était concernée, ne travaillait qu'avec son adjoint, qui est l'adjoint à la réglementation, qui n'est pas moi. Là, elle est restée dans un système pyramidal. Nous avons été alertés à partir du moment où la tutelle a mis le barouf partout. Mais elle avait aussi une forte responsabilité dans l'histoire parce qu'elle s'est toujours opposée en disant « pas de ça chez moi ».

Question/ Vous avez apparemment réussi à savoir la prendre ?

Elu 5/ La tutelle, oui, Mais justement, c'est une personne qui a réussi à l'écouter. Dans ces cas là, il fallait aussi en lâcher un petit peu. Mais peut-être aussi parce qu'elle est arrivée à la fin alors que la réglementation n'en pouvait plus.

Elu 2/ Ce que tu disais aussi : passer du X au XX permettait aussi à la curatelle de sauver la face, de garder la main sur cette affaire...

Elu 5/ Je l'ai pris comme ça : « elle sauve la face ». Mais je pense que le service de réglementation l'a pris aussi comme ça : « on perd la face ». Alors ce qu'il faut que l'on fasse comprendre, c'est qu'ils n'ont pas perdu la face. On a toujours dit « c'est parce que vous avez maintenu la pression forte et l'exigence, que la tutelle a fini par comprendre qu'elle ne pourrait pas s'en sortir comme ça, cette fois-ci ». Alors, je dis « merci pour ce travail de pression, d'insistance, réglementaire. J'ai vraiment encouragé là-dessus. C'est grâce à vous que l'on peut arriver à l'objectif que l'on a tous, qui est que la personne soit suivie par les services sociaux, par une aide à domicile régulière, parce qu'elle a enfin accepté. Mais pour l'instant, la réglementation dit « on a perdu la face ; la date a été repoussée d'une semaine alors qu'elle pouvait très bien... », en plus, c'était une décision du tribunal, vous êtes allés à l'encontre... Si ça prend feu, c'est vous qui serez responsables ». Ce à quoi, on a répondu « si elle se suicide parce qu'elle ne supporte pas, c'est vous qui serez responsable ». Je savais que cette position en miroir était en fait complémentaire.

Elu 2/ Et le soin ?

Elu 5/ Nous voulions éviter l'HO. La priorité, c'était l'arrivée d'un travailleur social à domicile, un suivi de personnes âgées. Par ce biais là, maintenant, on espère arriver au soin.

Animateur 1/ Le suivi social, c'est le suivi de personnes âgées ?

Elu 5/ Parce qu'elle a 60 ans. C'est le service d'aide à domicile.

[...]

Elu 5/ Si je raconte cette histoire là, c'est parce que je crois que c'est la seule qui n'a pas été hospitalisée (grâce à la tante de 93 ans, curatrice). En général, quand on est dans des logements très dégradés... : c'est arrivé une fois, des photos ont été prises : des poupées clouées au mur, des poupées déchirées... de la violence malsaine, dans un appartement d'une noirceur... et là, on avait hospitalisé.

Elu 2/ Comment vous décidez l'HO, en général ?

Elu 5/ Souvent, quand il y a incurie, il y a troubles du voisinage aussi avec bruits la nuit, espionnage des voisins... Quand on y va, l'inspecteur de salubrité y va toujours avec quelqu'un de la santé publique qui évalue aussi la situation, voir si ce n'est que de l'insalubrité ou s'il y a un problème psy derrière. Et la plupart du temps, il y a un problème psy derrière.

Animateur 1/ Là, il y a un problème psy derrière. Ce qu'il y a d'intéressant dans la manière dont vous avez présenté cette situation, c'est qu'il y a une dissociation entre d'un côté l'HO comme une mesure répressive, punitive (si vous n'êtes pas sage, si vous ne mettez pas votre logement aux normes, on vous met à l'HP(Hôpital Psychiatrique) qui est le lieu des déchets humains en quelque sorte), et d'un autre côté, le fait de penser à elle, à sa possibilité de ne pas décompenser, de tenir, etc. En l'occurrence, il y a eu un bon compromis grâce à la conflictualité entre les deux services de la mairie, celui de la « réglementation », le service d'hygiène d'une part, et le service santé et le CCAS d'autre part. Dans ce cas, l'HO était une mauvaise indication parce qu'elle n'avait, comme seul but, que l'ordre public et pas le bien de la personne, comme si les deux étaient étrangers l'un à l'autre. Chaque service a pris un bout du problème. Dieu merci, la conflictualité s'est bien réglée. C'est la curatrice qui était le tiers qui a vu qu'il fallait lâcher sur l'aspect réglementaire pour pouvoir tenir cet aspect que vous teniez vous-même : qu'elle ne se décompense pas en perdant ses points de repères. Elle a fait preuve d'un principe réalité encore actif, cette dame de 93 ans. Elle a lâché du lest...

Elu 5/ J'ai trouvé cette situation extrêmement dure. Même si ça n'a pas abouti sur une HO, ça nous a pris pendant 15 jours : des échanges de messages, de téléphone, y aller trois fois par jour... Ca a envahit le quotidien.

Elu 2/ Tu n'as pas eu la possibilité de faire une table ronde autour de cette question, avec le bailleur, les psy, la réglementation, ton collègue sécurité ?

*Elu 5/ Il y a eu plusieurs rencontres avant. Là, c'était dans un tel moment conflictuel qu'il ne fallait pas rajouter...
[...]*

*Animateur 1/ Il y a eu culpabilisation réciproque : « si ça prend feu, vous serez responsable », et : « si elle se suicide, vous serez responsable ». Les deux aspects étaient nécessaires, parce que s'il n'y avait pas eu cette mesure de justice et ce bloc réglementaire, elle y serait encore ; mais s'il n'y avait pas eu la bienveillance pour l'avenir de cette femme, de ces deux femmes, il y en a une qui aurait décompensé certainement et l'autre aussi peut-être. En fait, chaque aspect était porteur de quelque chose de justifié.
[...]*

Animateur 2/ Tu n'as jamais rencontré la personne ?

Elu 5/ Non, je vais la rencontrer peut-être après. Je disais à la dame de la réglementation « merci d'avoir été aussi tenace parce que c'est grâce à vous que l'on a pu faire bouger la situation » et je disais à la santé publique « surtout, il faut continuer..., je ne signerai pas l'HO ». On était prêt à faire passer le message à tous les élu(e)s en disant de ne pas signer cette HO pour cette dame là.

Elu 4/ Cette situation nous montre une difficulté institutionnelle d'organisation des services municipaux. Ca pourrait être une préconisation sur l'organisation municipale. Sur ces questions de santé mentale, on peut tirer un certain nombre de conclusions sur l'organisation en matière de santé dans les villes.

Question/ Sur la question de la plainte : est-ce que votre service a accès à ces plaintes là et peut justement essayer d'avoir des moyens d'alerte, de comprendre ce qui est susceptible d'être une question de santé mentale ?

*Elu 5/ A Nantes, il y a le réseau de santé mentale qui fonctionne beaucoup à partir des bailleurs ; ça fait dix ans qu'il fonctionne et maintenant on se connaît, on sait comment ça marche pour que ça déclenche. C'est le bailleur ou le syndic qui écrit en disant : je vous alerte sur la situation de Madame Un telle qui habite à tel endroit, voilà ce qui se passe. Pour nous, c'est l'entrée officielle. Dans les réseaux, on est déjà au courant.
[...]*

Elu 2/ Dans le réseau de santé mentale, il y a la psychiatrie ?

Elu 5/ Oui.

Elu 2/ Pourquoi elle n'a pas été sollicitée ?

Elu 5/ La préoccupation d'urgence était de nettoyer l'appartement. La deuxième, c'est qu'elle entre dans le soin. Pour nous, c'est important la façon dont elle entrait dans le soin, pour la réglementation, le fait de vider l'appartement a forcément priorité : on la mettait en HO, donc, elle entrait dans le soin. On était sur deux visions différentes.

Animateur 2/ C'est intéressant ce qui vient d'être dit parce que même quand il y a une problématique de santé mentale, qui pourrait être résolue par un recours à une HO, on peut faire autrement, à condition qu'il y ait un cadre minimum (ici la tutelle et les services engagés) pour gérer la situation et éviter une HO.

Elu 5/ Mais il faut être sensibilisée, le temps que ça m'a pris là, les services et moi ;, c'était plus simple de signer une HO !

Animateur 1/ Ne pas tenir le conflit, cela aurait été l'HO.

Animateur 2/ Vous avez régulé le conflit.

On note que ces deux vignettes ne font pas référence à des situations de violence et de dangerosité telles qu'on serait amené à imaginer une hospitalisation d'office pour « la sûreté des personnes », « un danger à l'ordre public », ou un « péril imminent ». En ce sens, ces vignettes sont représentatives du plus grand nombre d'HO.

- Chapitre 1 -

I - Des troubles de voisinage aux mesures d'hospitalisation sans consentement : données quantitatives dans l'espace municipal

D'une manière générale, l'appréhension de l'ampleur et la nature des questions abordées dans le cadre des hospitalisations sans consentement n'est pas un exercice facile, car ces mesures recouvrent des problématiques complexes et variées, aux contours souvent flous, qui ne mobilisent pas de manière égale les acteurs et circuits théoriquement chargés de leur prise en charge.

Cet exercice s'avère aussi difficile parce qu'en dépit de l'importance politique et juridique des mesures d'HSC, malgré les dispositions en matière d'évaluation et de suivi des effets de la loi du 27 juin 1990, malgré l'évolution croissante des recours à celle-ci observés sur le terrain et malgré les recommandations des nombreux rapports réalisés sur le sujet, au moment de ce travail, **il n'existait toujours pas un dispositif d'enregistrement cohérent et régulier au niveau départemental et unifié au niveau national**, susceptible de produire une image claire et fiable de l'ampleur de la question ni de ses évolutions.

C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de situer l'expérience des élu(e)s qui prononcent les mesures d'HO à l'initiative du Maire dans ce champ, et a fortiori lorsqu'on cherche à le faire à partir de la question des « troubles de voisinage », on se heurte d'abord à la rareté et à l'hétérogénéité des données qui servent à décrire les phénomènes, qui lorsqu'elles existent, peuvent recouvrir des notions très différentes d'une ville à l'autre, d'un service à l'autre.

Nous avons tenté de surmonter ces difficultés et essayé de cerner la question à partir d'une **analyse secondaire des quelques travaux et données nationales existantes, ainsi qu'en analysant directement des données mises à notre disposition à l'occasion de cette recherche**. Mais les données quantitatives et qualitatives sont pauvres et disparates en France. Quatre départements ont pu être étudiés après reclassement des données : le Rhône, le Nord, les Hauts de Seine et l'Isère. L'étude repose également sur les données municipales de Roubaix, Nantes, Grenoble et Paris, qu'il est difficile de recouper avec les données départementales. Il a donc été nécessaire d'opérer un tri important de l'ensemble de ces données pour en produire une analyse. **Les chiffres des HSC (Hospitalisation Sous Contrainte) ne renseignent pas sur l'épidémiologie des pathologies concernées par ces mesures, mais seulement sur les disparités dans les manières de traiter les demandes, elles-mêmes très variables.**

Un cadrage quantitatif sera présenté dans la première partie de ce chapitre, afin de situer l'importance relative des mesures d'HO initiées par les Maires au regard de l'ensemble des mesures d'HSC prononcées au niveau national et départemental.

Puis nous présenterons une lecture centrée sur les données proprement municipales, qui permet de compléter l'exercice d'appréciation de l'importance de l'engagement des élu(e)s municipaux en la matière.

1.1. Les données nationales en matière d'HSC

L'appréciation de l'investissement réel des Maires dans la gestion des situations qui amènent à une HO n'est pas facile, parce que les tableaux de recensement des HSC en France n'enregistrent pas systématiquement l'origine de cette mesure, mais seulement celles qui sont confirmées par le Préfet.

Cependant, une première approche de la question est possible, en considérant notamment le rapport de la Députée Mme Maryvonne BRIOT, fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur la proposition de résolution (n°1459) de Mr Georges HAGE, tendant à la création d'une **commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France**, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 mai 2004³. Cette commission a dû examiner la situation suite à la demande du Député du Nord qui, dans un contexte où il déplorait le faible contrôle du dispositif mis en place par la 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, s'inquiétait de la progression apparente des « hospitalisations sous contrainte », et plus encore des « internements psychiatriques ». Ces termes sont récusés par la Présidente qui rappelle dans son rapport que, même si ces mesures gardent un caractère liberticide, le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, avait rappelé que « l'hospitalisation sans consentement est totalement différente de l'internement et du placement. C'est toujours d'abord une mesure sanitaire, ordonnée par un médecin ».

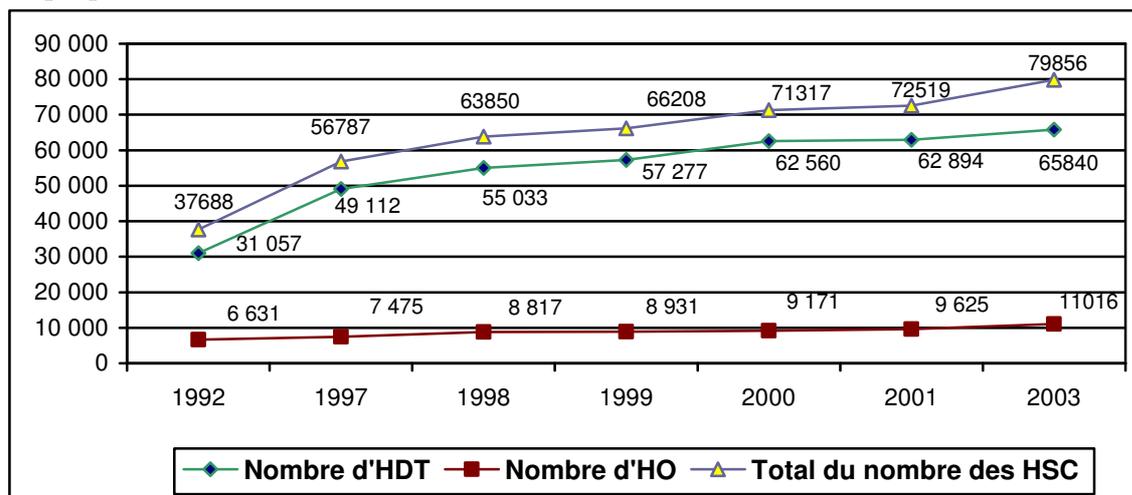
Nous nous sommes appuyés sur les données présentées à cette occasion (soit une étude de la Direction générale de la santé –DGS– réalisée en 2001 et en 2003, à partir des Rapports d'activité des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP), afin d'élaborer un premier tableau de la situation.

Le tableau n°1 et les graphiques suivants permettent ainsi d'apprécier l'évolution des HSC en France entre 1992 et 2003, et de constater, dans un premier temps, avec Mme BRIOT, que l'évolution des hospitalisations sans consentement (HSC) se caractérise par une progression globale continue (+ 90 %), avec cependant une croissance plus importante pour les HDT (qui progressent de + 108 % dans la période, et représentent toujours plus de 80% des mesures), que pour les HO qui progressent de + 65 % dans la même période.

Tableau n°1 - Évolution du nombre de décisions d'HSC entre 1992 et 2003 – Source : DGS 2001 et 2003

Année	1992	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	2003	%
Nombre d'HDT	31 057	82	49 112	86	55 033	86	57 277	87	62 560	87	62 894	87	65840	85
Nombre d'HO	6 631	18	7 475	13	8 817	14	8 931	13	9 171	13	9 625	13	11016	15
Total du nombre des HSC	37688	100	56787	100	63850	100	66208	100	71317	100	72519	100	79856	100

Graphique n°2 - Evolution du nombre d'HSC en France - Période 1992/2001 - Source : DGS/2001



Cependant, Mme Maryvone BRIOT remarquait que des « nuances » importantes sont à apporter aux chiffres, pour bien apprécier l'évolution nationale des HSC :

« - Les statistiques ne comptent pas le nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement, mais le nombre de mesures d'hospitalisation. Or l'état de certains patients nécessite parfois plusieurs hospitalisations au cours de l'année, un même malade pouvant ainsi être comptabilisé plusieurs fois.

- La proportion des mesures d'hospitalisation sans consentement dans l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie reste limitée : elle représentait 14 % en 2001, contre 13 % en 1997 et environ 11 % en 1992 (mais 13% en 2001 et 12,7% en 2003).

- Les chiffres de 1992 étaient vraisemblablement sous-estimés, du fait de la parution tardive des textes d'application de la loi du 27 juin 1990, s'agissant en particulier des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

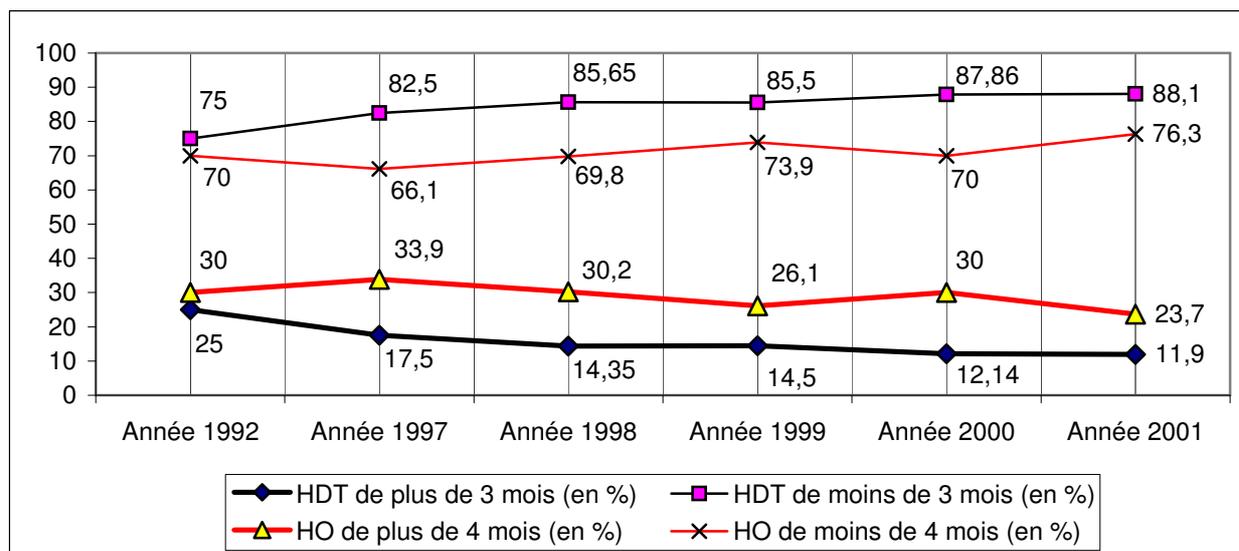
- La durée moyenne du séjour en psychiatrie a diminué dans le même temps à 37,5 jours en 2001, contre 40 jours en 1995 et 5 mois et demi en 1975, ce qui pourrait être lié, selon le rapport du groupe national d'évaluation précité, à l'examen régulier de la situation de personnes hospitalisées institué par la loi du 27 juin 1990.

- Un certain nombre de patients relevant du régime juridique de l'HDT et de l'HO ne sont pas hospitalisés lorsqu'ils font l'objet de sorties d'essai, qui ont lieu dans la plupart des cas à leur domicile.

-Il manque encore des études épidémiologiques permettant d'analyser plus finement l'augmentation des HSC, en suivant notamment des parcours individuels. Toutefois, la rapporteure constate que ces travaux d'investigation, qui requièrent une expertise spécifique, relèvent davantage de la compétence d'organismes tels que l'Institut national de veille sanitaire (INVS) ou la, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé ».

Le graphique n°3, élaboré à partir des mêmes sources, permet de mieux comprendre les nuances à apporter à la lecture d'ensemble des données considérées, et d'identifier un nouvel élément caractérisant le champ des mesures d'HO initiées par les Maires, soit notamment le fait que la durée moyenne des HO semble suivre la même tendance des autres hospitalisations psychiatriques, puisque **les HO de moins de quatre mois sont chaque année plus nombreuses**, (le même phénomène étant observable pour les HDT).

**Graphique n°3 - Evolution du type d'HDT et d'HO en France - Période 1992/2001 - En % des totaux -
Source : DGS/2001**



Les études réalisées en 2001 et 2006 (sur les chiffres de 2003) par la DGS relatif aux Hospitalisations Sans Consentement au niveau national montrent que le dispositif d'enregistrement et d'observation des données relatives à ce type de mesures ne fonctionne pas de manière satisfaisante, et que les bases d'information permettant de saisir l'ampleur des HSC ne sont pas toujours fiables et exhaustives.

Les principaux éléments de l'étude réalisée par la DGS permettent de réaliser une première appréciation de l'importance quantitative des Hospitalisations Sans Consentement (HSC) en France. Les 75519 mesures enregistrées dans la période 2000/2001 dans 100 départements¹⁰, représentaient 13,1% du total des hospitalisations en psychiatrie, avec une prédominance nette des Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT), qui représentent 86,7% des HSC. Mais l'hétérogénéité des répartitions est énorme : les HSC constituent environ 13 % des hospitalisations totales en psychiatrie, mais avec des variations de 1 à 11 (2003) selon les départements. L'écart était de 9,25 en 2000.

L'examen des 62894 HDT réalisées en 2001 montre que ces mesures présentent certaines caractéristiques.

- Alors que 40% de l'ensemble des HDT ont été faites selon la procédure d'urgence (données de 90 départements), ce qui est déjà énorme, 30% des départements ont un taux d'HDT en urgence supérieur ou égal à 50%, et un autre tiers un taux inférieur à 20%.
- L'écart à la moyenne des taux d'HDT pour 100 000 habitants de 20 ans et plus varie, selon les départements de 1 à 4,6 en 2000 et de 1 à 7,2 en 2003 : l'hétérogénéité semble s'accroître.

¹⁰ Notons cependant ici que, d'après la DGS, la situation des HSC en Ile-de-France est difficile à apprécier en raison de la spécificité de la compétence du Préfet et des commissaires de police, de l'hospitalisation de la plupart des patients domiciliés à Paris dans d'autres départements et de la compétence territoriale des Commission Départementale de l'Hospitalisation Psychiatrique (CDHP).

- Une corrélation entre les taux d'HO et d'HDT d'urgence serait utile, mais n'a pas été effectuée, et pas d'avantage dans cette étude.

L'examen des 9.625 mesures d'Hospitalisation d'Office (sur 99 départements renseignés en 2000) confirment les tendances antérieures : l'écart à la moyenne des taux d'HO pour 100000 habitants de 20 ans et plus connaît une variabilité particulièrement forte, 1 à 14 d'un département à l'autre (avec un chiffre record dans le Val de Marne), et de 1 à 12 en 2003.

Enfin, on constate que la majorité des HO sont prises après des mesures provisoires engagées par les municipalités, ce qui confirme l'importance croissante de ces acteurs dans le dispositif : en effet, en 2001, sur 94 départements renseignés, **les HO initiées par des mesures provisoires** (y compris celles prises à Paris par les commissaires de police) ont représenté 5904 décisions, soit **68,8% du total des mesures d'HO, c'est-à-dire plus qu'en 2000 (56,8 % et moins qu'en 2003 (62 %))**.

Le degré d'implication des Maires varie néanmoins aussi d'un département à l'autre, même si en général ils sont très impliqués dans ce type de mesure : **en 2003 dans 69 % des départements, plus de 70% de l'ensemble des HO sont initiées par les Maires (dans 21 départements, ce sont 90% des HO qui sont prises après mesure provisoire du Maire)**.

Au total, en 2003, 6830 HO ont été signés après une mesure provisoire de maire ou, à Paris, des commissaires de Police.

D'après la DGS (2001), plusieurs hypothèses expliquent les évolutions à la hausse des HSC :

- l'augmentation des réadmissions des personnes présentant des troubles psychologiques,
- la désocialisation croissante des patients en général et des patients psychiatriques en particulier,
- le rôle croissant des Services d'Accueil et d'Urgence des hôpitaux généraux qui accueillent ce type de situations de plus en plus souvent,
- la croissance du recours à des hospitalisations lors de situations de crise, parallèlement à la pratique croissante des soins ambulatoires, sous le registre de la sortie d'essai,
- des facteurs spécifiquement locaux, liés notamment à l'organisation et au mode de fonctionnement des dispositifs de santé et de sécurité publique.

Nous avons néanmoins tenté d'approcher la réalité de la problématique d'un département particulier à partir des bases de données existantes, et, avec l'accord de la DDASS du Rhône, nous avons réalisé une étude de ses dossiers archivés. Sur la base d'un matériau riche et complexe, une exploitation partielle a pu être réalisée¹¹. Cependant, l'analyse de ces données nous a permis d'obtenir une image plus précise de la réalité de la question dans un département, et de préciser les limites et la nécessité de réviser les instruments actuels dans l'hypothèse d'une optimisation du dispositif.

L'amélioration du dispositif actuel supposera en l'occurrence une remise en forme globale de la base nationale par une saisie des données actuelles selon les standards de l'application

¹¹ Le problème principal concernant la pertinence des données disponibles dans les archives municipales ou départementales (DDASS) réside dans le fait que certaines municipalités retiennent le nombre de mesures et non de personnes pour lesquelles un arrêté provisoire a été pris par le Maire ou ses adjoints (ceci est à l'origine d'un effet d'inflation du phénomène des HO). Enfin, les dossiers sont soit classés par personne soit par année. Il a donc fallu rétablir dans chaque ville le nombre de personnes par année en examinant tous les dossiers. Compte tenu de ces obstacles, nous avons choisi de présenter uniquement les résultats dont la fiabilité a été vérifiée.

HOPSY ; par exemple, nous avons observé que les outils actuels n'évitent ni n'identifient les doubles comptes¹², et que l'agrégation des données produites par les DDASS ne permet pas de saisir de manière claire et instructive les disparités infra-départementales.

Dans cette perspective, certaines villes ont cherché à réduire les incertitudes constatées sur ce registre, et sont à l'origine de quelques initiatives intéressantes en matière de recueil d'indicateurs : à Grenoble notamment, face à l'impression des élu(e)s que la situation se dégrade au vu des plaintes qui leur sont adressées, la volonté de quantifier une évolution dans le cadre du réseau Ville-Santé-OMS (en association avec un réseau de villes incluant Lyon, Villeurbanne, Bourgoin et le canton de Genève) a débouché sur la production d'indicateurs locaux en santé mentale, susceptibles d'être transposés au niveau national. Ces indicateurs, qui portent sur l'existant, ont été élaborés en collaboration avec la psychiatrie publique et privée, les CPAM et la DDASS, et les premiers recueils ont pu être réalisés à partir de l'année 2003.

Trois observations complémentaires peuvent être faites à partir de cette première image de la problématique, en rapport direct avec notre étude. Il semble intéressant de remarquer :

- Que la perception des élu(e)s participants au séminaire se trouve ici doublement confortée, tant pour ce qui est de la complexité de la question, que pour ce qui réfère à l'évolution croissante du nombre d'HSC, et notamment des HO,
- Il semble intéressant de pointer les divergences entre la perception des élu(e)s participant au séminaire et les informations apportées par la DGS en matière d'évolution des HDT. En effet, l'augmentation enregistrée de ce type de mesures apparaît en relative opposition avec la perception locale des conditions de recours croissant aux HO à l'initiative du Maire, expliqué par certains élu(e)s justement par **la disparition progressive des « tiers »**, dans certaines situations, qui induirait l'inflation des sollicitations dont ils sont l'objet. Ce point pourrait conduire à sa prise en considération pour l'élaboration des pistes de recherche.
- On peut noter que Mme BRIOT signale dans son rapport l'existence de « *multiples sources de données exploitables* » ce qui semble très optimiste.
- Tous les chiffres de comparaison entre les départements indiquent que le nombre d'HO n'est pas corrélé à une épidémiologie des maladies mentales et/ou de la dangerosité, mais repose essentiellement sur des différences de dispositifs et de pratiques.

¹² En effet, en général ils totalisent le nombre d'actes et non de personnes hospitalisées sans leur consentement, ce qui empêche d'évaluer les réadmissions d'une même personne chaque année. Le contrôle des listings des HSC prononcées par les élu(e)s de la mairie centrale de la ville de Lyon en 2004, a mis en évidence que les 74 mesures provisoires d'hospitalisation d'office signées concernaient 72 personnes ; dans ce cas, la différence est mince, il n'en est pas nécessairement de même partout.

1.2. Les Maires au cœur du dispositif départemental d'HSC : analyse des données recueillies dans les départements du Nord, des Hauts de Seine, de l'Isère et du Rhône

L'hétérogénéité des données obtenues auprès des DDASS du Rhône, du Nord, des Hauts de Seine et de l'Isère, ne permet pas des comparaisons simples entre départements, susceptibles de fournir des enseignements à propos de la réalité de la problématique à ce niveau territorial, confirmant du même coup que les principaux facteurs de fragilité des données nationales, signalé par différentes missions d'évaluation du dispositif, sont notamment, d'une part, l'inégal degré d'implication des services déconcentrés censés assurer le suivi des mesures d'HSC, et d'autre part, l'absence d'un système d'information cohérent et de qualité opérant sur l'ensemble du territoire national.

Cependant, nous avons voulu surmonter cette situation, et après un travail de mise en forme¹³, nous avons réussi à établir quelques points de comparaison qui permettent d'obtenir une vision d'ensemble de la situation dans ces départements, en distinguant notamment la part relative de chaque mode d'HSC ayant conduit à des HO, soit d'une part, les mesures prises directement par les préfets (en référence à l'article L3213-1 du CSP), et d'autre part, celles prises à l'initiative des Maires (en référence à l'article L3213-2 du CSP, « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes »).

Ainsi, si les tableaux et graphiques suivants confirment la forte diversité de situations, ils permettent aussi de confirmer une progression assez nette des HO à l'initiative des Maires.

1.2.1 Les données du Département du Nord

Le premier enseignement à retenir des données recueillies sur ce département, présentées dans un premier temps par le tableau n°4 ci-dessous, est celui d'une situation singulière difficile à expliquer avec les informations à notre disposition (notamment lorsqu'on considère le profil épidémiologique et social de ce département particulièrement marqué par les processus de vulnérabilisation et souffrance psychosociale), qui montre l'existence d'une tendance inverse à la tendance nationale, puisque le nombre global d'HO a diminué de 34% dans la période étudiée, passant de 223 en 1992 à 147 en 2004.

Le deuxième enseignement intéressant à considérer dans le tableau ci-dessous, réfère à la confirmation de l'importance centrale des Maires en matière d'HO dans le département. En effet, ce constat apparaît clairement lorsqu'on observe qu'à l'exception de la période 1998 à 2001, ce sont les Maires qui ont initié la grande majorité (parfois la presque totalité) des mesures d'HO prononcées chaque année, et cela de manière croissante, prenant progressivement le pas sur les mesures prononcées par le Préfet : comme on peut l'observer, le nombre de mesures prises directement par le Préfet diminuent chaque année et passent de 114 en 1992 à 15 en 2004 (soit une diminution dans la période de -86,9%), alors que les HO à l'initiative du Maire ont presque doublé, passant de 49 en 1992 à 90 en 2004 (soit une augmentation de 83,7%). Notons cependant que le nombre de mesures totales initiées par les

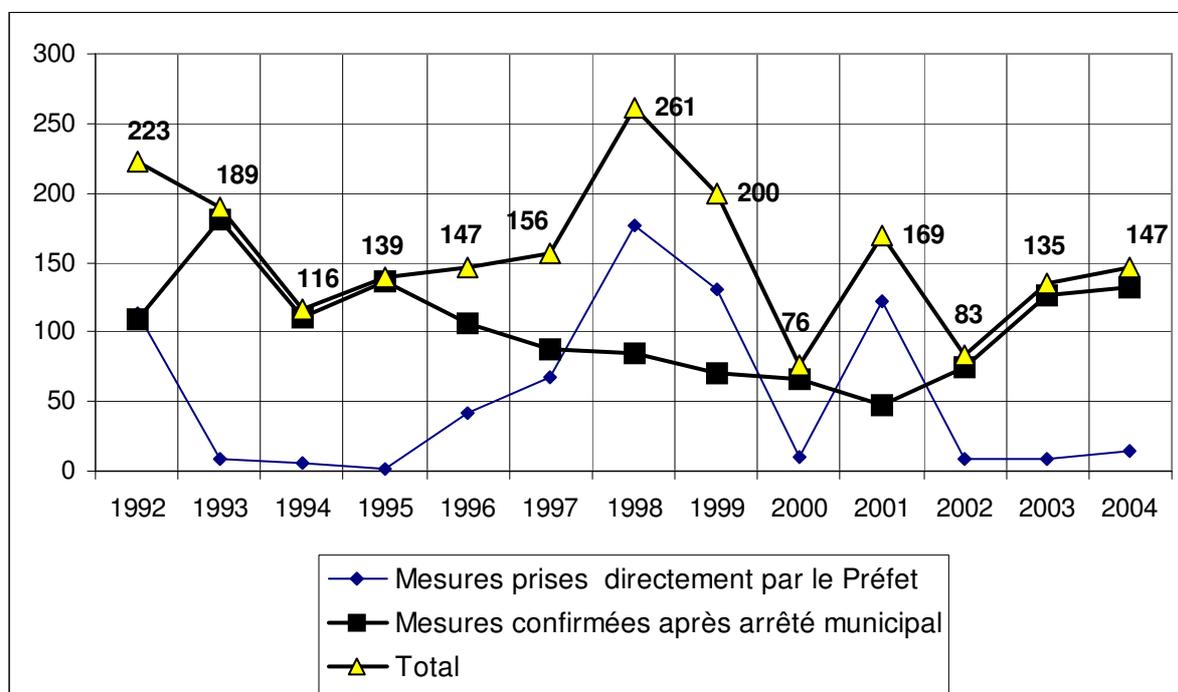
¹³ Signalons que les informations traitées ont demandé un travail de mise en forme considérable, car les systèmes d'enregistrement des DDASS sont très hétérogènes, les données sont rarement compilées, et le système de classement des données ne permet pas toujours de différencier les HO par municipalité, ni selon qu'ils soient prononcés en référence à l'article L 3213-1 ou à l'article L 3213-2 du CSP.

Maires sont ici inconnues et probablement un peu supérieures à celles considérées, puisque ne sont comptabilisées dans ce tableau que celles confirmées par le Préfet¹⁴.

Tableau n° 4- Les HO dans le département du Nord (données DDASS)

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mesures prises directement par le Préfet	114	8	6	2	41	68	176	130	10	122	9	8	15
Mesures initiées par arrêté municipal et confirmées par le Préfet	109	181	110	137	106	88	85	70	66	47	74	127	132
Total	223	189	116	139	147	156	261	200	76	169	83	135	147
Part (%) des mesures provisoires (d'origine municipale) sur le total des HO préfectorales L3213-1	49	96	95	99	72	56	33	35	87	28	89	94	90

Graphique n° 5 – Les HO dans le Nord



1.2.2 Les données du Département des Hauts de Seine

Les données recueillies dans les Hauts de Seine sont bien moins étendues que celles des autres départements et, comme le montre le tableau n° 6 et son graphique correspondant ci-dessous, elles correspondent à l'activité sur 36 communes pendant une période allant de 2002 à 2004.

On peut néanmoins retirer quelques enseignements intéressants pour notre étude de ces informations :

- Il est intéressant de constater que les chiffres recueillis confirment la tendance nationale relative à l'augmentation régulière des mesures d'HO (+5,4% en trois

¹⁴ A titre indicatif, dans le département du Rhône, 7,6 et 8,7% des mesures d'HO initiées par les maires n'ont pas été validées par le préfet en 1999 et 2003 ; pour les chiffres du Rhône, de Nantes et de Grenoble, cf. p. 55-56.

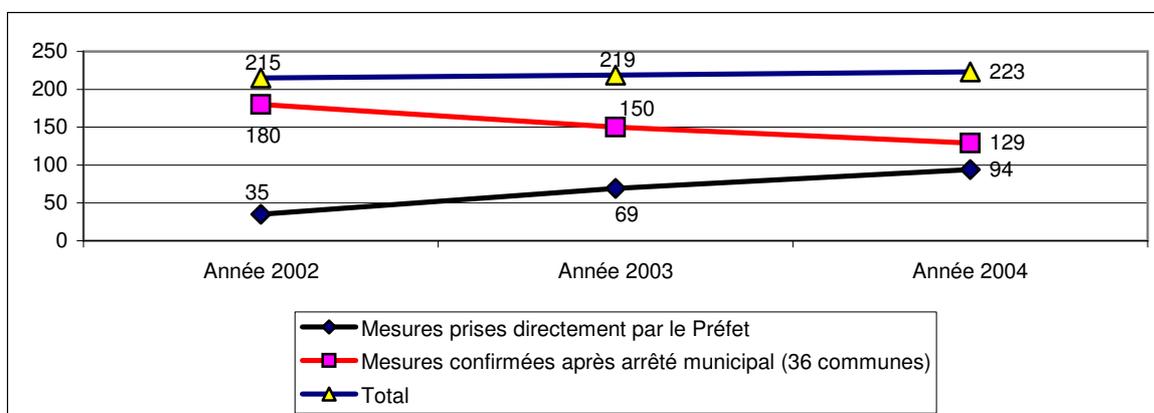
ans), qui croissent aussi ici à un rythme lent de 1,8% par an, passant de 215 mesures prononcées en 2002, à 219 en 2003 et à 223 en 2004,

- Ces données montrent également un phénomène intéressant à considérer, relatif au rôle des principaux acteurs engagés dans le dispositif d’HSC. En effet, comme on peut le voir ici, il semble avoir dans ce département un processus contraire à celui qu’on observe ailleurs, puisque l’on constate une baisse relative et progressive des mesures prononcées par les Maires, contre une augmentation de celles prononcées par les services Préfectoraux. La tendance observée sur trois années indique une montée en charge du nombre de mesures d’HO prononcées par le Préfet (elles représentaient 16,3% des mesures en 2002, 31,5% en 2003 et 42,1% en 2004), et une baisse régulière de celles prononcées par les Maires, qui même si elles restent importantes passent de 84% des HO en 2002, à 68% en 2003 et à 58% en 2004. Ce mouvement est intéressant à noter, car il révèle d’abord l’engagement de l’autorité préfectorale et confirme à quel point la réalité du dispositif dépend du degré d’engagement des acteurs concernés.

Tableau n° 6 - Les HO dans le département des Hauts de Seine (données DDASS)

Année	2002	2003	2004
Mesures prises directement par le Préfet	35	69	94
Mesures confirmées après arrêté municipal (36 communes)	180	150	129
Total	215	219	223
Part (%) des mesures provisoires sur le total des HO préfectorales L3213-1	84	68	58

Graphique n° 7 - Evolution des HO dans le Département des Hauts de Seine



1.2.3 Les données du Département de l’Isère

Le tableau n° 8 et le graphique n° 9 relatifs à la situation dans l’Isère, montrent encore une figure différente des réalités départementales.

En effet, on observe ici une situation caractérisée par une augmentation générale :

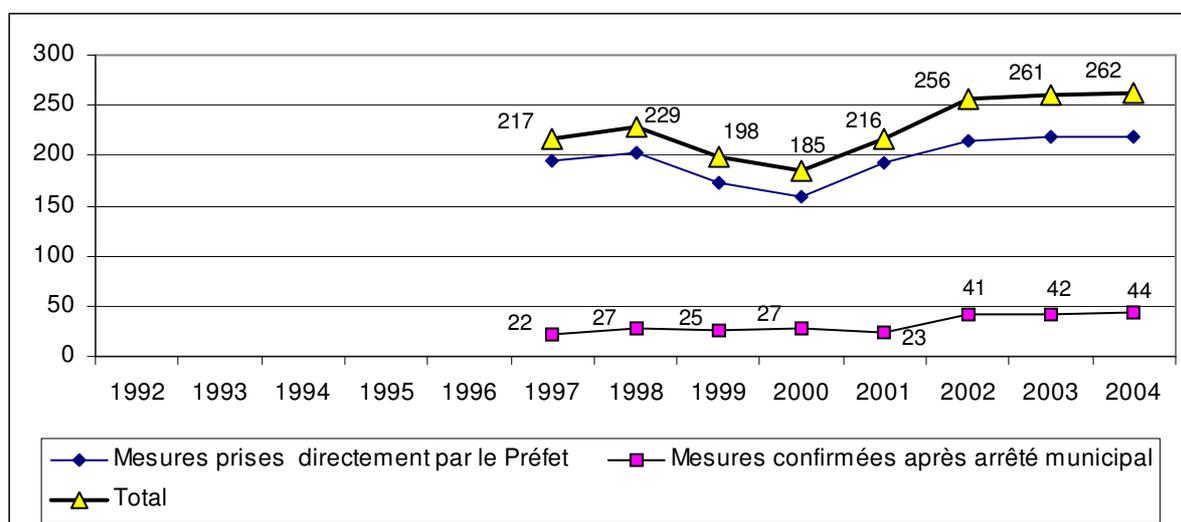
- du nombre de mesures d’HO prononcées chaque année, qui passent de 217 en 1997 à 262 en 2004, soit une augmentation de +20,7% dans la période et à une progression de +2,6% annuelle,
- du nombre de mesures prises annuellement par le Préfet, qui passent de 195 en 1997 à 218 en 2004, soit une augmentation de +11,8% dans la période et à une progression de +1,5% annuelle,

- et une augmentation significative des mesures prises par les Maires (surtout à Grenoble) et confirmées ensuite par les services préfectoraux (soit un nombre de mesure plus important à celui enregistré ici), qui ont doublé dans la période, passant 22 en 1997 à 44 en 2004, soit une augmentation de +100% dans la période et à une progression de +12,5% annuelle.

Tableau n° 8- Les HO dans le département de l'Isère (données DDASS)

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mesures prises directement par le Préfet	195	202	173	158	193	215	219	218
Mesures confirmées après arrêté municipal	22	27	25	27	23	41	42	44
Total	217	229	198	185	216	256	261	262
Part (%) des mesures provisoires sur le total des HO préfectorales L3213-1	10,1	13,4	14,5	17,1	11,9	19,1	19,2	20,2

Graphique n° 9 – Les HO dans l'Isère



1.2.4 Les données du Département du Rhône

En accord avec la DDASS du Rhône, nous avons pu apprécier la situation dans le département par la mise en forme de leur base de données, constituée par des fiches de signalement des mesures enregistrées par la Préfecture.

Comme on peut l'observer dans le tableau et le graphique suivant, on constate une progression importante du nombre de mesures d'HO, puisque sur 13 ans (nous n'avons pas le total d'HO pour l'année 1992), leur nombre croît de manière régulière (+10% chaque année) et significative, passant de 206 en 1993 à 490 en 2003, soit une progression de +124,7% sur l'ensemble de la période.

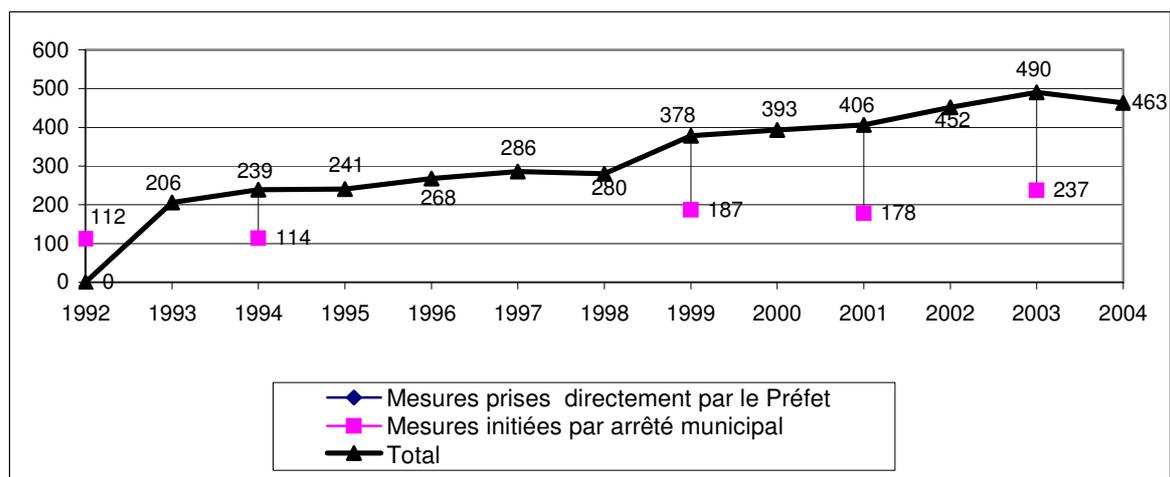
Par ailleurs, lorsqu'on considère l'origine de la mesure (nous avons pu rechercher cette information, difficile à extraire parce nécessitant souvent une lecture minutieuse des fiches, pour les années 1992, 1994, 1999, 2001 et 2004), on peut observer que la part des mesures d'origine municipale est importante (entre 43% et 49% des mesures prises dans les années étudiées), mais en regard du nombre total de mesures prises, elle reste relativement stable.

Tableau n° 10- Les HO dans le département du Rhône (données DDASS)

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mesures prises directement par le Préfet	NR*	NR	125	241	NR	NR	NR	191	NR	228	NR	253	NR
Mesures initiées par arrêté municipal	112	NR	114	NR	NR	NR	NR	187	NR	178	NR	237	NR
Total	NR	206	239	241	268	286	280	378	393	406	452	490	463
Part (%) des mesures initiées par arrêté municipal sur le total des HO préfectorales L3213-1			48					49		43		48	

* NR = Non Renseigné

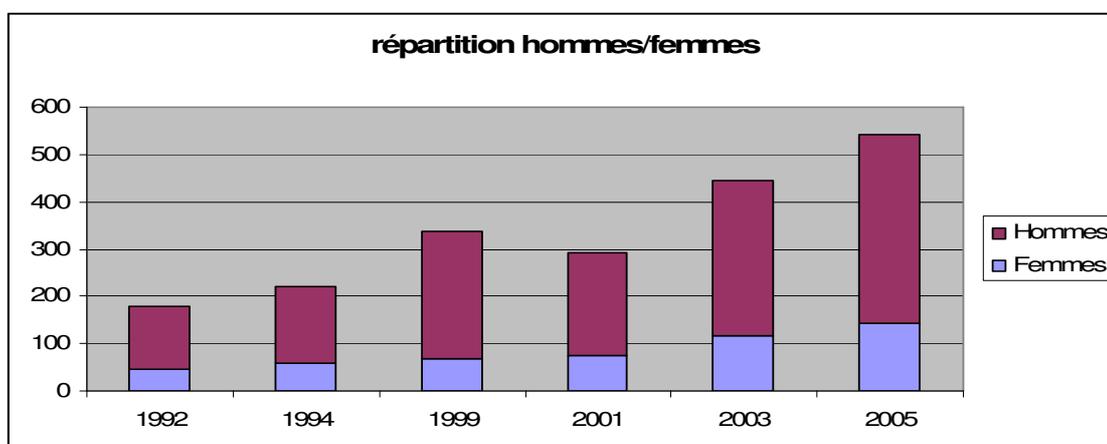
Graphique n° 11 – Les HO dans le Rhône



Le graphique suivant complète la caractérisation des mesures d'HO prises dans le Rhône pendant la période 1992/2005, considérant la répartition selon le sexe et l'âge des personnes ayant fait l'objet de ce type de mesures.

Ainsi, on peut observer que si le nombre de personnes augmente, la proportion d'hommes et de femmes se maintient toujours depuis 13 ans, soit environ 70% de mesures concernent toujours des hommes et 30% des femmes.

Graphique n° 12 - Répartition des HO selon le sexe des personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'HO dans le département du Rhône



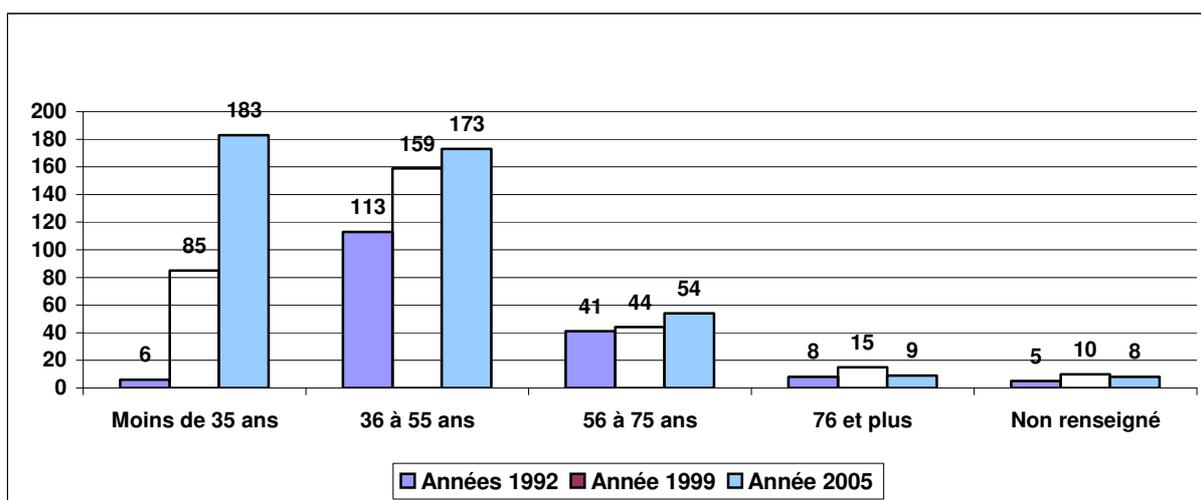
L'analyse de l'âge des personnes hospitalisées d'office dans le département du Rhône apporte une information intéressante : **dans la majorité des cas, les personnes concernées par ces mesures sont des jeunes adultes, est des moins de 55 ans.**

Le tableau n° 13 et le graphique n° 14 ci-dessous montrent clairement cette tendance au rajeunissement de cette population : depuis 13 ans, **la part des 35 ans et moins a été multipliée par 12,5, passant de 3,5% à 42,9% de cette population.**

Tableau n° 13- Répartition par âge des personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'HO dans le Rhône

Age	1992	%	1999	%	2005	%
76 à 96 ans	8	4,6	15	4,8	9	2,1
56 à 75 ans	41	23,7	44	14,1	54	12,6
36 à 55 ans	113	65,3	159	50,8	173	40,5
35 ans et moins	6	3,5	85	27,2	183	42,9
Non renseignés	5	2,9	10	3,2	8	1,9
Total de personnes	173	100,0	313	100,0	427	100,0

Graphique n° 14 – Age des personnes en HO dans le Rhône (DDASS)



Notons encore, que l'analyse des suites données aux mesures initiées par les Maires dans le Rhône montre aussi l'intérêt d'apporter un soutien à la décision de l'élu(e) confronté à la prise éventuelle de la mesure : en effet, en 1999 et 2003, **7,6% et 8,7% respectivement de ces mesures n'ont pas été validées par les services spécialisés (cf. p. 54), mais nous n'avons pas d'éléments sur les causes de non validation.**

Ainsi, l'analyse des données relatives aux HO dans le département du Rhône, montrent une situation d'ensemble relativement conforme à celles rencontrées dans les autres départements étudiés, confirmant l'importance de la participation des Maires dans la mise en œuvre de cette mesure d'HSC : près de la moitié des mesures enregistrées.

Ces données signalent aussi que l'importance du phénomène est liée au fait qu'il renvoie à **une véritable problématique de santé publique, qui se développe quantitativement et qualitativement depuis plus de dix ans de manière régulière et significative, touchant notamment des populations de plus en plus jeunes.**

L'expérience singulière sur la base de données de la DDASS, nous conduit encore ici à noter la nécessité de mise en place d'un système d'information et d'observation à la hauteur des enjeux liés à la maîtrise d'un dispositif de santé publique contraignant concernant la liberté des personnes.

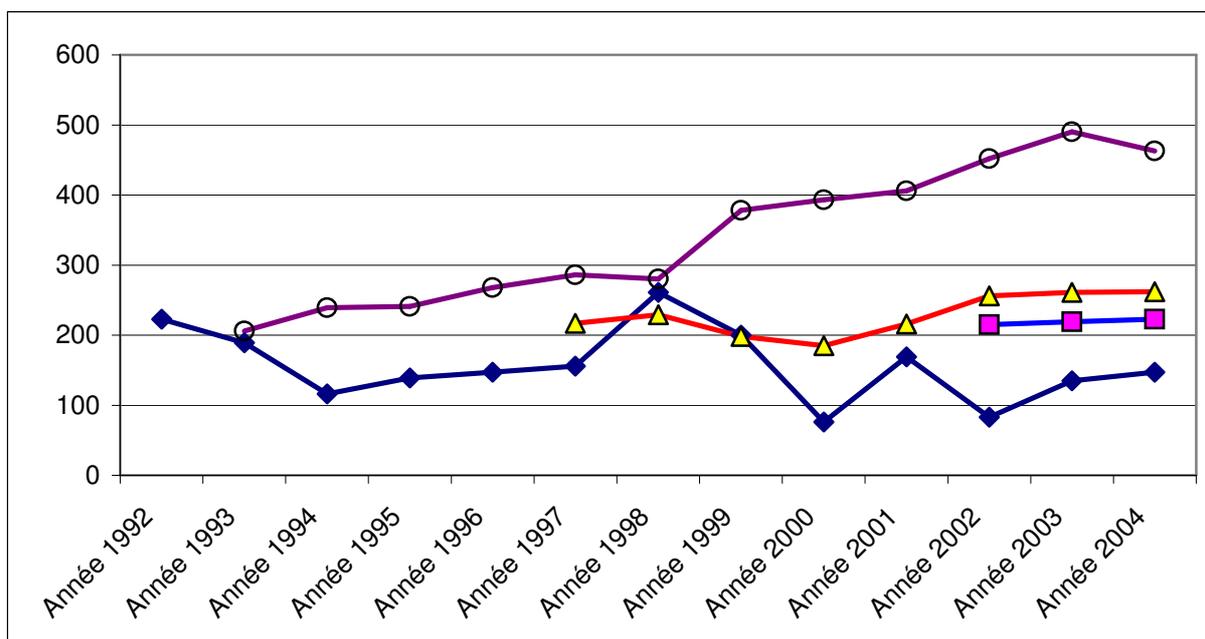
1.3 La mosaïque départementale

Au terme de l'étude des situations départementales, il est possible d'avoir une idée plus précise de la part de la participation des Maires dans la production de mesures d'HO, et d'extraire une image plus précise de la réalité du dispositif à ce niveau territorial.

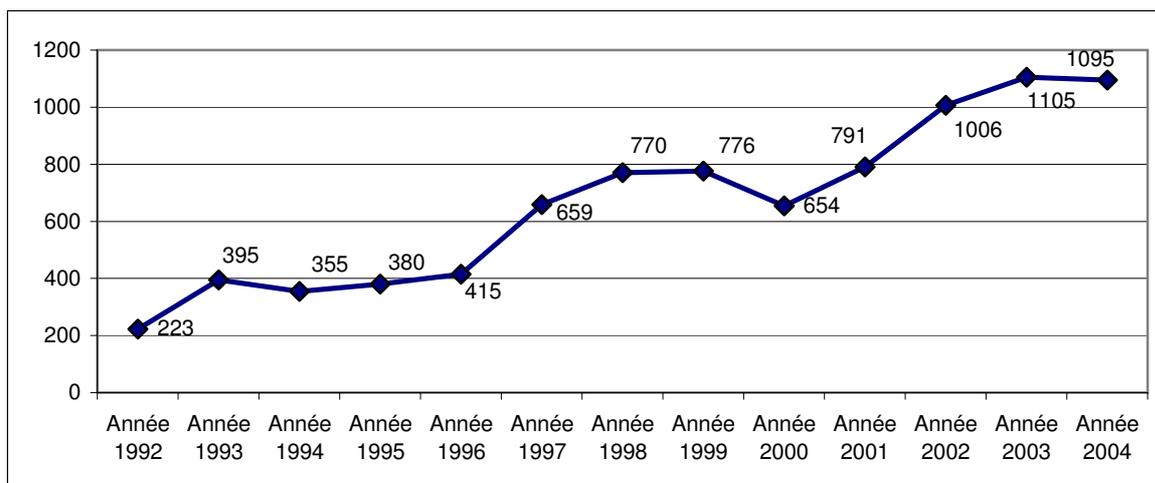
Les graphiques suivants regroupent les données considérées jusqu'ici en un même tableau, afin d'apprécier ce que nous avons appelé « la mosaïque départementale », soit des situations assez différentes qui confirment l'hétérogénéité du dispositif. **Encore une fois, aucune spécificité épidémiologique ne semble expliquer ces situations, sinon le degré d'organisation locale des dispositifs chargés de la gestion et du suivi des HSC.**

Les deux graphiques ci-dessous, permettent de confirmer la tendance nationale relative à l'augmentation du nombre d'HO en France même si, comme nous le voyons ici, cette évolution peut s'exprimer de manière très contrastée d'un département à l'autre.

Graphique n° 15 - Evolution HO dans 4 départements de France - Sources : DDASS

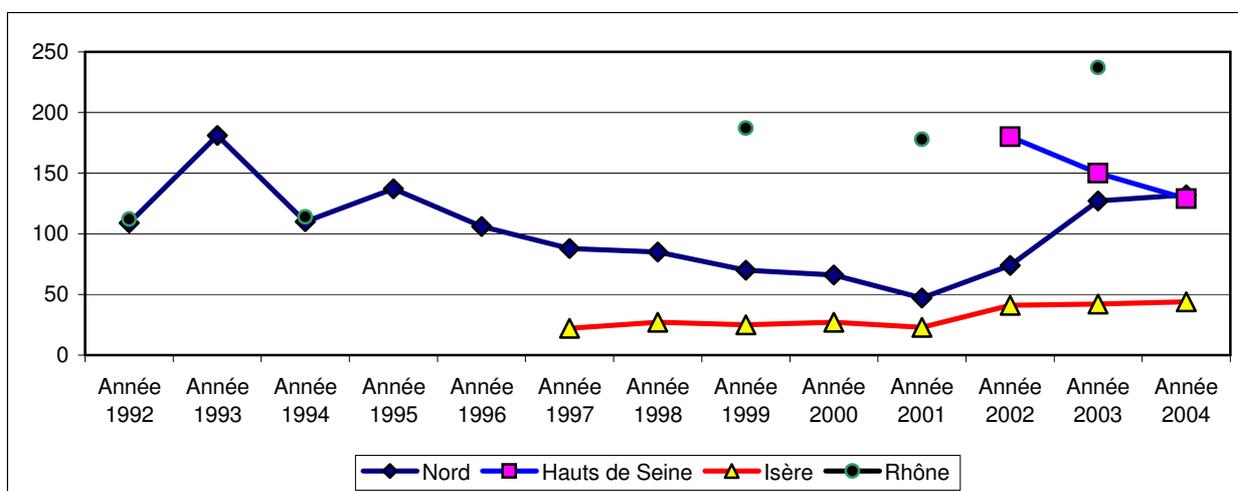


Graphique n° 16 - Total HO dans les 4 Départements étudiés - Sources DDASS



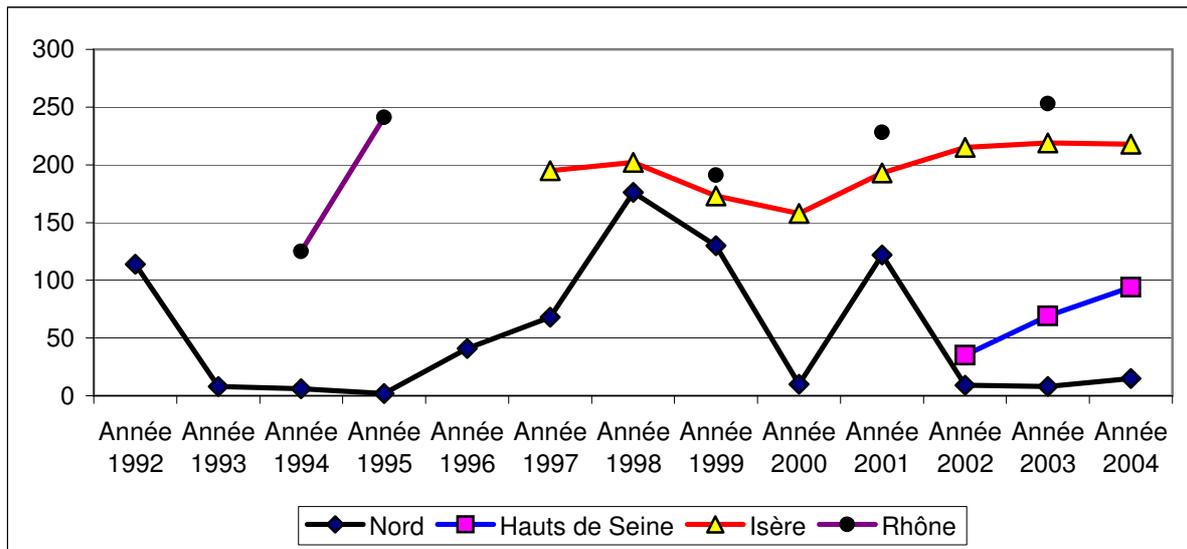
Le graphique n° 16, compare l'évolution des mesures d'HO initiées par les Maires, et met en évidence encore une fois la variabilité des situations observées dans les départements, qui peuvent aller d'une tendance à la diminution (Hauts de Seine), à une augmentation franche (Rhône et Nord), en passant par une stabilité relative (Isère).

Graphique n° 17 - Evolution HO initiés par Maires dans 4 départements de France - Sources : DDASS



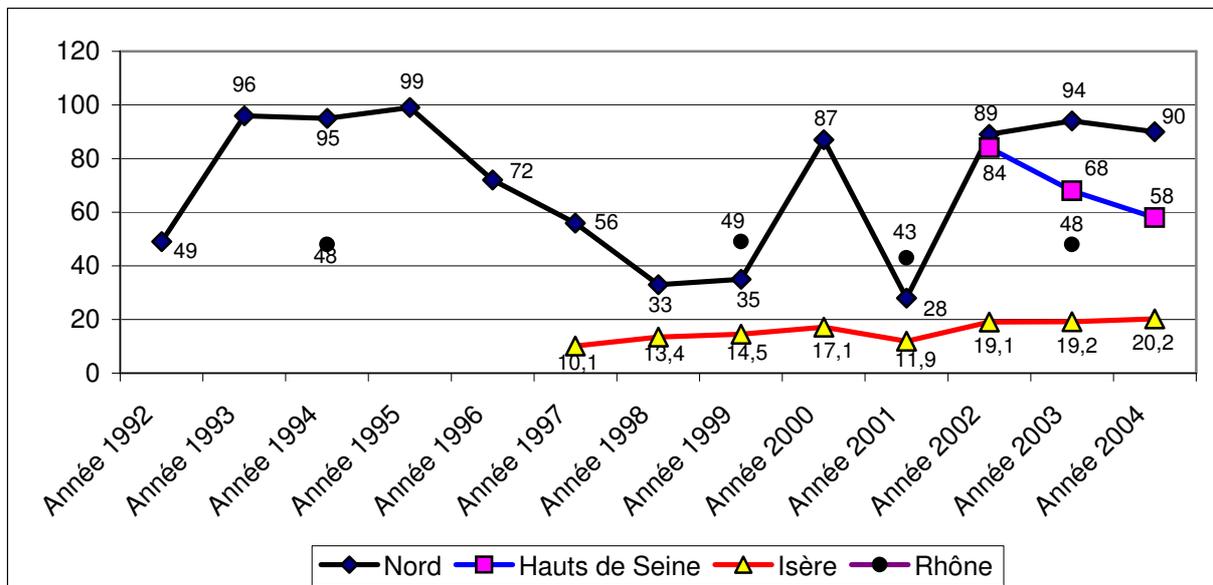
Le graphique suivant montre le positionnement des Préfets dans la production des mesures d'HO, et on peut voir encore ici des réalités assez différentes selon les sites, avec des départements comme l'Isère et le Rhône où l'on observe une forte part de responsabilité préfectorale dans le nombre de mesures prises, et des départements comme le Nord et les Hauts de Seine qui laissent une plus grande place à l'initiative des Maires.

Graphique n° 18 - Evolution HO Préfets dans 4 départements de France - Sources : DDASS



Enfin, le graphique ci-dessous permet d'apprécier l'importance relative des Maires dans le dispositif d'HSC, en comparant la part de des mesures initiées par les Maires au regard de celles initiées par les Préfets. Comme on peut le voir, et c'est l'un des principaux enseignements pour notre étude, pendant la période étudiée et considérant les informations disponibles, **les Maires ont joué un rôle particulièrement important, puisque selon les départements ils ont initié entre 10,1% (Isère en 1997) et 99% (Nord en 1995) des mesures d'HO.**

Graphique n° 19 - Evolution part des HO Maire / HO Préfets dans 4 départements de France (données en %) - Sources : DDASS

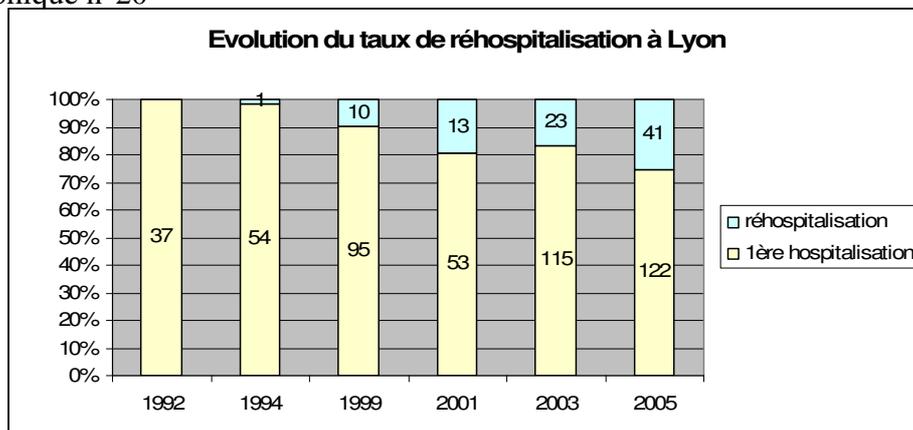


Pour mémoire, sur 94 départements, les maires ont initié 6 830 HO en 2003, soit 62 % des mesures (DGS 2006)

1.4 La question des réhospitalisations en HO et la durée de séjour

Les enquêtes de terrain ont mis en évidence de fortes disparités entre les villes en terme de réhospitalisation d'office des mêmes personnes : à Nantes ces 5 dernières années, les HO concernent en général des personnes nouvelles, non connues des services de la ville, ce qui n'est pas le cas à Lyon (voir graphique n°20).

Graphique n°20



D'après les entretiens effectués à Roubaix et Grenoble, il semble que ce soit rarement les mêmes personnes qui sont hospitalisées provisoirement. Toutefois, il nous a fallu interroger la possibilité de généraliser une telle conclusion. C'est pourquoi le rapport entre le nombre de personnes concernées par une mesure provisoire d'HO et le nombre d'arrêtés municipaux lui-même été quantifié sur le département du Rhône.

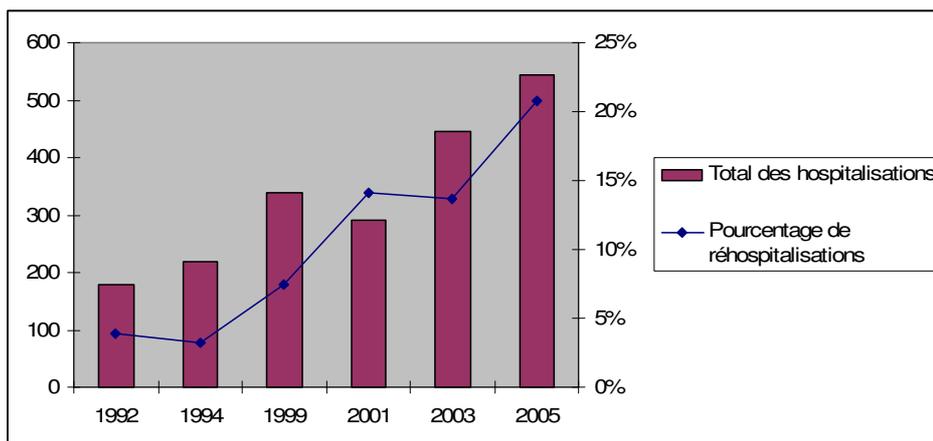
Evolution des réhospitalisations d'office (L3213-1 et L3213-2) entre 1992 et 2005 dans le département du Rhône

Tableau n°21

Année	1ère hospitalisation	non renseigné	réhospitalisations	Total
1992	173		7	180
1994	212		7	219
1999	313		25	338
2001	250		41	291
2003	383	2	61	446
2005	427	3	113	543
Total	1758	5	254	2017

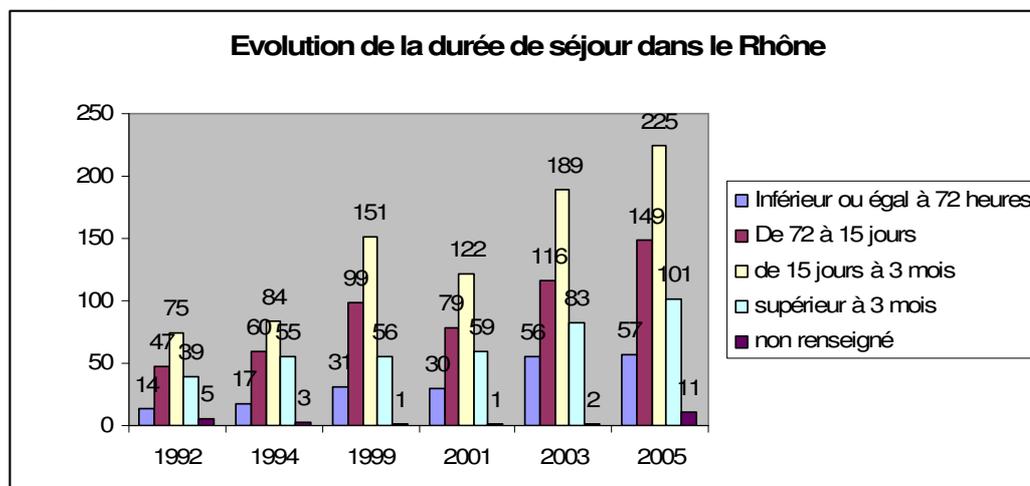
Entre 1992 et 2005, il apparaît que le taux de réhospitalisation passe de 4 à 22% des mesures d'HO (préfectorales directes et municipales). Cette augmentation relative se double d'une augmentation en valeur absolue :

Graphique n°22



Les différents rapports ministériels évoqués plus loin formulent l'hypothèse que le nombre de réadmissions est à référer à la diminution de la durée de séjour. Pour le département du Rhône, la tendance à la diminution des mesures d'HO suivies d'une durée de séjour inférieure à trois mois n'est pas manifeste, puisque la part des mesures d'HO suivies d'un séjour inférieur à une durée de trois mois est relativement stable entre 1992 et 2005 autour de 30% du total des mesures d'HO dans le Rhône.

Graphique n°23



Ce constat doit certainement être nuancé dans la mesure où les catégories utilisées pour exploiter les données de la DDASS du Rhône ne permettent pas d'apprécier de manière fine l'évolution de la durée des séjours compris entre 15 jours et 3 mois. L'étude réalisée par le département d'information médicale du Centre Hospitalier le Vinatier apporte un éclairage pertinent en la matière puisqu'elle évalue à 63 jours la durée de séjour des patients hospitalisés en HO en 1996 et à 53 jours en 2004 et indique que le nombre de séjours pour les patients en HO a augmenté proportionnellement au nombre de patients¹⁵.

¹⁵ « L'hospitalisation sans consentement », C. Piégay, D. Cornillon, C. Zaragoza, novembre 2005.

- Chapitre 2 –

2 - L'espace municipal de la santé mentale : le Maire et ses élu(e)s au cœur des régulations locales de la souffrance psychosociale et de la maladie mentale

L'analyse des données relatives aux mesures d'HO engagées par les élu(e)s locaux notamment lorsqu'il s'agit de la gestion des troubles de voisinage, révèle les mécanismes intimes du système de régulation des mesures d'HSC.

C'est évidemment à ce niveau que les mesures administratives de contention engagées via une HO prennent forme humaine, que la complexité des situations s'impose à l'horizon des institutions, que la puissance désorganisatrice du cadre de vie par la souffrance psychosociale et la maladie mentale va générer les « troubles de voisinage ».

Et c'est également ici que le système de gestion institutionnelle de ces publics va se révéler dans toute sa complexité ; **et le fait que cela se passe généralement sous la houlette des élu(e)s chargés de la santé donne la mesure de l'orientation des villes : une préoccupation de santé mentale.**

Les problématiques de santé mentale qui conduisent à une mesure d'HO en nous appuyant sur les données recueillies dans les villes dans lesquelles existe un dispositif d'observation et d'analyse spécifique, soit les villes de Grenoble, Nantes et Paris.

2.1. Les motifs de signalement : des situations rarement en rapport formel avec celles prévues par l'article L3213-1 du CSP. Une approche à partir des situations dites « troubles du voisinage ».

Malgré la diversité des situations à l'origine des signalements pour « troubles de voisinage », il ressort deux enseignements majeurs de l'analyse de données recueillies :

- Les problèmes les plus fréquemment posés en rapport avec la maladie mentale sont des situations liées à des états d'incurie, des délires de persécution ou encore à des ruptures de soins psychiatriques, posant le problème non négligeable de l'accès aux soins.
- Corrélativement, dans la majorité des cas, les situations ne correspondent pas de manière évidente avec les figures décrites dans les textes autorisant le recours à une telle mesure (un « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » ou une « *atteinte, de façon grave, à l'ordre public* »).

Nous présenterons une première approche descriptive des situations caractéristiques qui se révèlent à l'occasion d'un signalement ou d'une plainte, pour ensuite tenter de comprendre comment elles opèrent dans le déclenchement d'une HO.

Dans un premier temps, nous nous appuyerons sur les premiers résultats d'une étude réalisée entre novembre 2005 et avril 2006 par le Dr. Benjamin CHRISTAU, à l'époque interne en psychiatrie à l'Infirmerie Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris (IPPP), cette étude a spécifiquement porté sur les liens entre troubles du voisinage et troubles mentaux, dans leur aspect clinique. Nous considérerons également ici, les informations recueillies sur ce registre auprès des villes de Grenoble et Nantes.

2.1.1. Etude sur les troubles de voisinage et HO à Paris

Il convient de rappeler le fonctionnement parisien du circuit des signalements en lien avec un problème de santé mentale et d'autre part celui de la procédure d'hospitalisation d'office.

Il existe d'un côté une institution nommée l'Infirmerie Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris, qui est une structure spécifiquement parisienne assurant l'accueil des urgences psychiatriques médico-légales lorsqu'une évaluation psychologique est jugée nécessaire par le commissaire de police¹⁶. Le clinicien ne se prononce pas sur la responsabilité, il n'est pas expert auprès des tribunaux. La personne, admise pour une durée de 24 à 48 heures maximum, est examinée par deux psychiatres différents et selon les cas il pourra sortir et/ou entamer un soin ambulatoire, être hospitalisé (en hospitalisation libre, d'office ou à la demande d'un tiers) ou retourner au commissariat. Il est important de préciser que sont refusés à l'infirmerie les patients de moins de 16 ans et de plus de 75 ans, sauf motif médico-légal grave. Il est également utile de noter que sur les 2506 personnes envoyées à l'IPPP en 2005, 1055 ont été hospitalisés en HO à l'issue de leur passage, soit environ 42 % (proportion à peu près stable depuis 1990, comme l'indique le tableau n°24 ci-dessous.

Tableau n°24

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
HO	891	897	866	889	949	1007	866	905	996	1054	1035	978	1009	996	952	1055
Entrées IPPP	2362	2317	2232	2242	2245	2182	2070	2138	2161	2148	2356	2190	2544	2422	2490	2506

Sources BPP- janvier 2006

Par ailleurs, il existe à Paris le Bureau de la Protection du Public (BPP), qui est une institution distincte de l'Infirmerie psychiatrique, bien qu'implantée dans le même bâtiment. Il gère le suivi des HO parisiennes, s'occupe de la préparation de l'arrêté d'hospitalisation d'office et de son envoi au directeur ou sous directeur de la Préfecture de Police : l'arrêté sera signé par un des délégués du Préfet. Si l'HDT est envisageable, les assistantes sociales du BPP aident les familles ou l'entourage à effectuer les démarches.

Les apports d'une étude ciblée sur les envois à l'Infirmerie psychiatrique en lien avec un « trouble du voisinage »

Le travail réalisé entre novembre 2005 et avril 2006 par le Dr. Benjamin CHRISTAU, concerne toutes les personnes passées à l'IPPP sur une période de 5 mois pour le motif de « trouble de voisinage », interpellées à domicile (y compris celles vivant en collectivité

¹⁶ A Paris, les mesures d'HSC sont prononcées par les commissaires de police, au lieu des Maires ailleurs en France, avant d'être confirmées par le Préfet de Police.

comme les foyers ou les hôtels), ou ailleurs (par exemple dans les commissariats dans lesquels les patients sont convoqués ou viennent porter plainte).

L'étude a consisté à recueillir et analyser des données épidémiologiques et cliniques afin de caractériser, d'une part, les sujets souffrant ou non de problèmes psychiatriques de passage à l'IPPP, et d'autre part, le processus qui précède l'hospitalisation, soit les plaintes et les signalements antérieurs émanant de la police ou des institutions administratives et de soins.

Les « troubles et plaintes de voisinage », **notion que l'auteur définit comme « tous les états d'acuité dans les domiciles, les immeubles mais aussi des débordements sur la voie publique »**, constituent un motif courant d'admission à l'IPPP, dans des situations d'urgence où il y a un danger pour le patient ou pour autrui, mais aussi lorsque des situations chroniques de nuisance s'aggravent et conduisent le commissaire de police à demander une évaluation psychiatrique préalable à une éventuelle HO.

C'est pourquoi dans la grande majorité des cas (88,3% d'après cette étude), les patients qui arrivent à l'IPPP sont amenés par la police. Il faut aussi signaler qu'une partie des personnes admises dans ce service (8,3% des cas d'après cette étude) proviennent d'un hôpital général, en particulier les personnes initialement placées en garde à vue qui, du fait de la procédure judiciaire, y sont systématiquement conduites avant d'être dérivées à l'IPPP (notons ici que les personnes admises « pour trouble de voisinage » à l'IPPP, ne sont que très rarement en garde à vue).

Ainsi, on pourra retenir que, dans ce cadre, 60 personnes ont été admises à l'IPPP pendant la période étudiée de 5 mois, soit une moyenne de 3 personnes par jour. ce nombre est relativement faible du fait d'une vision restrictive de la notion de troubles du voisinage envisagée dans cette étude (par exemple, ne sont pas mentionnées les troubles du comportement, l'incurie, l'agression du gardien d'immeuble).

On peut également observer que si dans 83,33% des cas, la police est intervenue au domicile (les arrondissements d'intervention correspondent dans la majorité des cas au lieu de résidence des personnes), dans 10% des cas c'est la personne qui est allée d'elle-même au commissariat (soit pour se plaindre soit pour répondre à une convocation), alors que 3,33% des personnes ont été interpellées sur la voie publique, 1,66% dans un autre domicile et 1,66% dans un autre lieu.

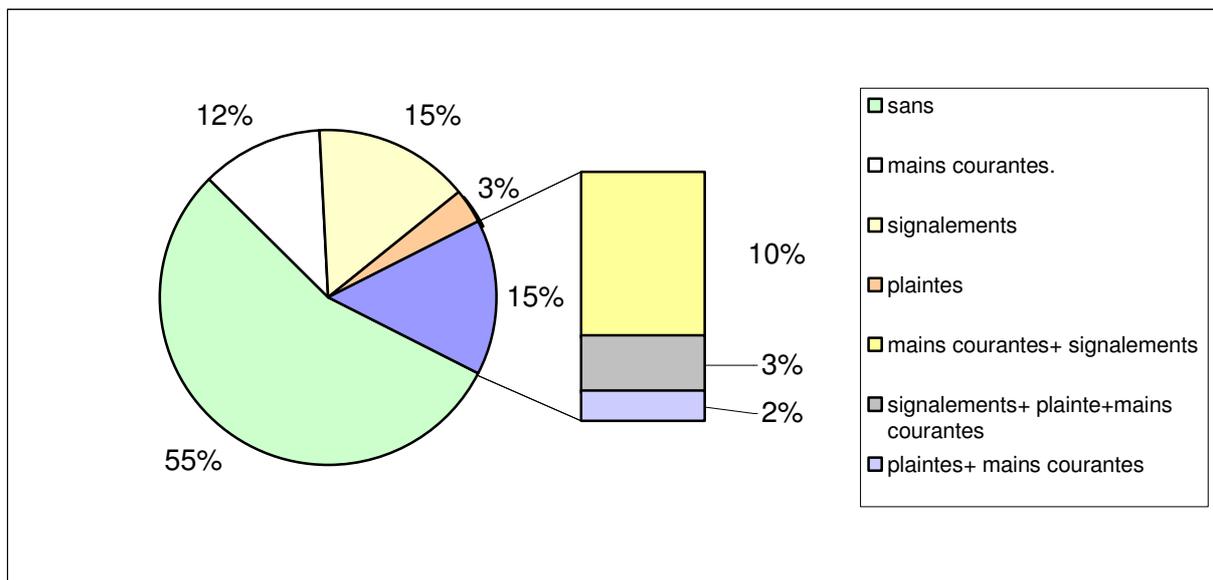
L'analyse des plaintes pour troubles de voisinage montre qu'elles peuvent être signalées aux autorités administratives et judiciaires par les résidents d'un quartier ou immeuble, par les professionnels du quartier et parfois par les propres personnes qui portent plainte. Il peut s'agir initialement d'une pétition qui circule dans l'immeuble et qui fait état des nuisances afin d'alerter le syndic. La police intervient rapidement lors des situations d'urgence, notamment lorsque des objets sont jetés dans la rue et que le trouble de voisinage « déborde » de l'immeuble sur la voie publique. Les personnes sont également parfois convoquées au commissariat suite à des plaintes ou des mains courantes déposées par les voisins.

Dans d'autres cas, c'est le psychiatre de secteur qui, informé par un tiers (la famille, un voisin, une association, le syndic...), d'une situation anormale et potentiellement dangereuse pour la personne ou autrui, signale les troubles au Bureau de la Protection du Public, qui centralise les signalements des personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale et se met en contact avec différents acteurs (police de proximité, CMP, cabinet du Préfet), voire organise des visites à domicile, en vue soit d'enclencher une

enquête de voisinage, de vérifier ou de susciter un suivi médical psychiatrique (par un suivi en CMP ou un envoi à l’Infirmierie Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris –IPPP-).

Les mains courantes et les plaintes sont généralement jointes aux dossiers par les commissaires, les signalements sont donc présents dans les dossiers archivés par les services (les dossiers nominatifs de l’IPPP sont distincts de ceux du pôle signalement du Bureau de la Protection du Public, qui sont deux institutions différentes, rappelons-le). Le graphique n°25 indique que, sur la période étudiée, **les envois à l’IPPP liés à des troubles de voisinage à Paris** sont signalés par des tiers dans 45% des cas, mais que **dans 55% des cas, il n’y a eu ni plainte, ni main courante, ni autre forme de signalement.**

Graphique n° 25- Les modalités de signalement à l’origine d’un envoi à l’IPPP en lien avec un trouble du voisinage- Etude de Benjamin Christau



Les troubles de voisinage constituent un motif fréquent d’admission à l’Infirmierie mais il faut signaler que **tous les sujets interpellés à Paris pour ce motif et qui présentent des troubles mentaux ne sont pas nécessairement amenés à l’IPPP ; il y a donc une régulation effectuée par la police.**

Le motif d’envoi à l’infirmierie par la police est lié à une **incohérence associée à un trouble du comportement sans violence dans 58,33% des situations.** L’association incohérence/trouble du comportement sans violence/antécédents psychiatriques a été rapportée pour 13,33% des patients. Les autres motifs sont :

- incohérence avec violence pour 8,33% des patients, violence et antécédents psychiatriques pour 3,33%. Une seule personne a été admise pour incohérence et geste auto agressif.
- les patients sont parfois amenés pour une évaluation du fait d’antécédents psychiatriques et de troubles du comportement (5%) ou d’une incohérence associée à des antécédents.

Le motif d’incohérence seule, ou associé à **un acte de délinquance avec des troubles du comportement** est isolé dans 3,33% des **cas admis à l’IPPP pour trouble de voisinage (soit 2 cas sur les 60 enregistrés).**

Les types de trouble de voisinage répertoriés sont :

- les nuisances sonores (15%).
 - les jets d'objets (11,66%).
 - les insultes et menaces (5%).
 - les agressions (1,66%).
 - les dégradations de biens (1,66%).
- les motifs précédents sont multiples dans 65% des cas, c'est-à-dire correspondent à des associations variables existant entre nuisances sonores, jets d'objets, insultes et menaces, agressions et dégradations de biens.

Le motif d'envoi à l'Infirmier le plus fréquent est l'incohérence manifeste associée à un comportement sans violence, avec un trouble de voisinage de type nuisance sonore seule ou associée à d'autres nuisances comme les jets d'objets.

Les signalements au Bureau de la Protection du Public.

Nous avons été autorisés à en consulter les dossiers. Le Pôle Signalement du Bureau de la Protection du Public, est l'ancien « Bureau d'action en santé mentale » (BASM) pour l'année 2004, qui gère environ 500 dossiers par an.

Ces dossiers réunissent pour chaque personne les procès verbaux de police, des courriers divers, des certificats médicaux en cas d'hospitalisation. La sélection de dossiers pertinents s'est effectuée en fonction de l'existence d'un « problème de voisinage associé à un problème de santé mentale » ("problème qualifié de voisinage" par les assistantes sociales du Pôle Signalement) pour lequel deux types de situations sont repérables : celles ayant débouché in fine sur une envoi à l'IPPP, celles faisant l'objet d'une sorte de « veille » incluant une recherche des différents types de prise en charge dont la personne fait l'objet (sanitaire ou sociale) et au besoin, d'un travail de réseau dont l'objectif est le retour à une prise en charge, ou une surveillance attentive de la part de la police de proximité.

Tableau n° 26 – Motifs indiqués dans les fiches de signalement examinées au Pôle Signalement du BPP de Paris en 2004

Motifs indiqués dans les fiches signalement en nombre d'occurrences	Nb		
Troubles du comportement (jets d'objets, d'excréments, cris...)	35	Autres problèmes de santé mentale : 142 sur 440	Problèmes psychiatriques
Menaces de suicide (en l'absence de logement très souvent)	29		
Vécu persécutif	18		
Prise de toxiques	13		
Délire ou état délirant	13		
Dangerosité potentielle	9		
Dégradations matérielles	7		
Sentiment de danger	5		
Harcèlement ou agressivité envers le médecin ou le CMP	4		
Envoûtement, invasion du corps	2		
Accès maniaque	2		
Voyage pathologique	2		
Dépression	1		
Menace de passage à l'acte	1		
Apragmatisme	1		
Incurie	18	Incurie 19 sur 440	Problèmes de l'ordre public
Entassement d'objets, de papiers, associé à l'isolement	1		
Rupture de soins (en général centre médico – psychologique / EPS ou plus rarement la famille)	90	Rupture de soins psychiatriques 106 sur 440	
Refus de soins	12		
Fugue d'HDT	3		
Sortie d'hôpital psychiatrique (HL)	1	Violences 78 sur 440	
Agressivité	26		
Menaces (dont deux envers le corps médical)	21		
Violences	14		
Menaces de meurtre (dont la moitié envers le psychiatre ou d'autres membres du CMP)	10		
Dangerosité avérée	3		
Agression d'un voisin	1		
Tentative de meurtre	1		
Vol avec violences	1		
Agression du gardien de l'immeuble	1		
Troubles du voisinage	47	Troubles du voisinage 47 sur 440	
Insalubrité	16	Problèmes sociaux 35 sur 440	Autres causes
Expulsion	7		
Demande d'aide sociale	5		
Internement ou soins abusif	2		
Précarité	2		
Dénutrition	1		
Différend locatif	1		
Etat somatique très dégradé	1	Mal définis 11 sur 440	
Nuisance sonore	5		
Appels malveillants	2		
Entrave à la sécurité de l'immeuble	1		
Disparition	1		
Fugue	1	Problèmes justice 2 sur 440	
Nuisance lumineuse	1		
Tentative d'enlèvement	1		
Accusation de pédophilie	1		
Total	440		

Le tableau n° 26 ci-dessus relève les motifs inscrits dans les 520 fiches de signalement examinées par le Pôle Signalement du Bureau de la Protection du Public de Paris pendant l'année 2004 : ces motifs peuvent se cumuler, c'est pourquoi nous avons choisi de les faire apparaître en fonction de leur fréquence d'apparition dans les 520 fiches de signalement. Ces données permettent d'affirmer que les motifs les plus fréquents de signalement (« Ruptures de soins » notamment psychiatriques, « troubles de voisinage », « troubles de comportement » et « menaces de suicide ») ne correspondent pas aux critères prévus par la réglementation en matière d'HO, ce qui d'une certaine manière, est peu surprenant, puisque la majorité des signalements centralisés par le Pôle Signalement du Bureau de la Protection du Public n'a pas vocation à déboucher sur une HO (rappelons ici que l'envoi à l'IPPP ne signifie aucunement l'hospitalisation d'office systématique).

La législation sur les HSC ne réglemente pas spécifiquement le cadre d'action ordinaire (hors urgence ou trouble grave à l'ordre public) visant à rétablir la continuité des soins psychiatriques, rétablir la paix sociale troublée par des comportements en lien avec un problème de santé mentale. Il revient donc de fait aux services « locaux » destinataires des signalements en lien avec un problème de santé mentale d'organiser la stratégie de reprise en charge, de soutien à la personne, voire dans certains cas de veille ou de surveillance (ici le Pôle Signalement du Bureau de la Protection du Public, là le service de Promotion de la santé de telle ou telle ville de province...).

S'agissant de Paris, on constate que sur les 57 personnes dont la situation est signalée au Pôle Signalement (BPP) et associée à un « trouble du voisinage » en 2004, 29 personnes feront effectivement l'objet d'un envoi à l'IPPP pour évaluation psychiatrique, et finalement seulement 12 d'entre elles feront l'objet d'une HO, soit 21 %.

En bref, l'exploration des dossiers du BPP de Paris de l'année 2004, permet de conclure au fait que les troubles du comportement à l'origine des signalements tels qu'ils sont définis dans cette étude, sont rarement identifiés à une situation évoquant un « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » ou portant « *atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». Nous avons retrouvé cette rareté dans les grandes villes de France, hors Paris, que nous avons étudiées.

Les tableaux suivants relatifs aux HSC initiées suite au signalement d'un trouble de voisinage, reprennent les données recueillies à Nantes et Grenoble.

2.1.2. Troubles de voisinage et HO à Grenoble : les données du Service Promotion de la Santé (SPS)

Au sein de la Direction de Santé Publique et Environnementale, le Service Promotion de la Santé (SPS) de la ville de Grenoble mène des actions en lien avec les partenaires institutionnels et associatifs pour améliorer l'état de santé des Grenoblois, notamment en matière de santé mentale, en animant le Conseil Local de Santé Mentale (fondé en janvier 2007), et en développant des travaux de réflexion (en matière d'HO et de prise en charge en réseau de situations complexes), d'observation (travaux dans le cadre du réseau Villes Santé de l'OMS), et d'expertise : une psychologue du service accompagne les inspecteurs de salubrité dans leurs visites pour plaintes ayant un caractère spécifique en santé mentale, afin d'aider à mieux apprécier la part de la maladie et envisager l'opportunité d'une éventuelle mesure d'HSC.

En 2002, le SPS conclue à la difficulté de prise en charge et de suivi des troubles du comportement subaigu ou chronique, constatant notamment qu'une forte proportion des sollicitations du service pour troubles de voisinage en rapport avec des troubles du comportement (environ 60% des signalements, soit 50 cas), révèlent une absence ou une rupture de prise en charge médico-sociale, et ne relèvent pas d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

En 2003, à partir des sollicitations qui lui sont faites, le SPS décrit le trouble du voisinage comme « un trouble de jouissance » au sens juridique de « jouissance paisible » de l'habitat associant d'une manière variable et singulière :

- des nuisances sonores (tapage diurne, nocturne, vociférations.....) ou olfactives,
- un comportement agressif (souvent limité au verbal ou comportemental),
- des dégradations des parties communes de l'immeuble (boîtes aux lettres, graffitis, portes barbouillées de sang, urine dans les parties communes....),
- des dégâts des eaux provoqués par le comportement,
- des débuts d'incendie
- des jets d'objets par les fenêtres (détritus, objets lourds...),
- un problème d'alcoolisation
- des problèmes de chiens
- des problèmes d'hygiène
- une dégradation rapide et inquiétante d'un état de santé (amaigrissement, comportements "bizarres").

Le tableau suivant, permet d'apprécier l'ampleur des HO à l'initiative du Maire sur une période de trois ans sur la ville, et d'observer que **la part des HO liées à un trouble de voisinage représentent près du tiers du total des arrêtés annuels.**

Tableau n° 27– Part des troubles de voisinage dans les signalements ayant amené à une mesure d'HO d'initiative municipale à Grenoble

Année	2001	2002	2003
HO à l'initiative du Maire	75	116	106
Dont HO à partir des signalements pour Troubles de voisinage	21	42	31
% des Troubles de voisinage sur total HO	28,0	36,2	29,2

2.1.3. Troubles de voisinage et HO à Nantes : les données de la Mission Santé Publique (MSP)

Au sein de la Direction Générale Action Sociale, la Mission Santé Publique (MSP) de la ville de Nantes a deux grands objectifs :

- favoriser la prévention et la promotion de la santé des Nantais en développant l'information et la sensibilisation, l'éducation pour la santé, la médecine de prévention (dépistage, vérification des aptitudes à suivre les activités scolaires, à exercer des pratiques sportives),
- réduire les inégalités d'accès à l'information et aux différents services en contribuant à l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et de la prévention et de la réduction des risques.

La MSP a mis en place un dispositif spécifique de gestion en réseau de situations complexes en santé mentale, qui facilite notamment la prise en charge des demandes d'hospitalisation sous contrainte en rapport avec des troubles de voisinage, avec la singularité dans ce territoire d'un fort engagement des bailleurs sociaux, sensibilisés à cette question à une grande échelle : ils gèrent 60000 logements. Il va de soi que l'engagement des bailleurs sociaux fait « naturellement » apparaître un grand nombre de troubles du voisinage.

En 2003 et 2004, les motifs d'interpellations sont divers et souvent imbriqués les uns dans les autres, mais, **prioritairement, c'est le trouble du voisinage qui motive l'appel** (43 sollicitations sur 109 en 2003 et 30 sur 79 en 2004). Les motifs de signalement sont essentiellement de deux ordres :

- ce sont des troubles du comportement avec incidence sur le voisinage (agressivité, bruit, violence, insalubrité ...),
- ou des problèmes liés au logement : compteur d'eau, déménagement des meubles, boîtes aux lettres débordantes, nettoyage, réfection du logement, demande de logement, impayés de loyers.

Le tableau suivant permet d'observer une réalité similaire à celle observée précédemment, puisqu'on peut aussi constater que **les troubles de voisinage représentaient en 2003, un tiers environ des situations à l'origine d'une HO à l'initiative du Maire de Nantes.**

Tableau n° 28 – Part des troubles de voisinage dans les signalements ayant amené à une mesure d'HO d'initiative municipale à Nantes pendant l'année 2003

HO à l'initiative du Maire	109
Dont HO à partir des signalements pour « Troubles de voisinage »	31
% des Troubles de voisinage sur total HO	29,2

2.2. L'origine des signalements

L'analyse des dossiers et fiches de signalement des personnes ayant fait l'objet d'une HO dans les villes de Nantes, Grenoble et Paris, a permis de caractériser les principales sources des « plaintes » ou « signalements » déposés auprès des Maires. Une telle étude nous a conduits à faire quelques constats surprenants.

2.2.1. Le service social du Bureau de la Protection du Public de Paris

A Paris, c'est le Bureau de la Protection du Public (BPP) qui centralise les signalements des personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale. Le travail du Pôle Signalement du BPP consiste dès lors à se mettre en contact avec différents acteurs par le biais de notes : la police de proximité, les CMP, le cabinet du Préfet, voire à organiser des visites à domicile. Il s'agit d'enclencher une enquête de voisinage, de vérifier ou de susciter un suivi médical psychiatrique (par un suivi en CMP ou un envoi à l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris –IPPP-).

Tableau n° 29 – Nombre et Origine des signalements ayant conduit à une mesure d’HO à Paris (BPP)

Sources du signalement	Année					
	2003	%	2004	%	2005	%
Médicale	83	27,5	148	32,7	132	25,8
Police, Pompier, Sécurité	82	27,2	109	24,1	107	20,9
Services Préfecture	67	22,2	111	24,6	147	28,7
Autres	70	23,2	84	18,6	126	24,6

Tableau n° 30 – Evolution des signalements ayant conduit à une mesure d’HO à Paris (BPP)

Indicateurs	Année		
	2003	2004	2005
Personnes signalées	152	209	218
Nombre de Signalements	302	452	512
Nombre de signalements par personnes signalées	2,0	2,2	2,3

Comme le montre les tableaux n°29 et 30 ci-dessus, la grande majorité des signalements (76,8% en 2003, 81,4% en 2004 et 75,4% en 2005) émane de trois services publics (Police Urbaine de Proximité -PUP-, Centres Médico Psychologiques -CMP- et cabinet du Préfet), alors qu’un petit tiers provient essentiellement du voisinage, d’associations diverses et du Tribunal de Grande Instance (TGI).

2.2.2. Le service Promotion de la Santé de la ville de Grenoble

Bien qu’un peu plus complexe du fait de la grande variété des acteurs sollicitant le Maire de la ville de Grenoble au sujet des HO, la situation grenobloise révèle que les **baillleurs sociaux** et autres gérants de logements apparaissent comme une catégorie d’acteurs particulièrement concernés par la problématique, puisqu’ils arrivent en seconde position en tant qu’auteurs de signalements, avant l’entourage social des personnes, notamment « les voisins » (cf. le tableau n° 31 ci-dessous).

Tableau n° 31 – Nombre et Origine des signalements ayant amené à une mesure d'HO d'initiative municipale à Grenoble

Origine des Signalements	Année							
	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
Médical	28	37,3	24	20,7	40	37,7	53	47,7
	22 pour CMP, CHS, CAUPAG, 5 médecins généralistes, 1 psychiatre libéral		24 pour CMP, 7 CHU, 11 médecins libéraux) Dans 34 % des cas (n=36) le placement provisoire d'office (HO) a été directement demandé émanant pour 18 d'entre elles d'un CMP, 6 du CHU, 10 de médecins libéraux		18 CMP, 14 CHU, 6 médecins libéraux, 2 PPP		25 pour CMP, 14 CHU, 6 CHS; 4 psy. lib.; 3 médecins libéraux	
	21 sont liés à des troubles de voisinage		42 sont liés à des troubles de voisinage		31 sont liés à des « troubles de voisinage »			
Entourage	12	16	19	16,4	19	17,9	6	5,41
	5 proviennent de familles / 7 voisins		voisins, famille, amis, association caritative		7 voisins, 12 famille		voisins, famille	
Agence immobilière Bailleur social	14	18,7	22	19	19	17,9	13	11,7
Services sociaux	11	14,7	7	6,03	4	3,77	8	7,21
	services de tutelle, de service d'accompagnement, d'assistantes sociales et du secteur associatif caritatif.		service de tutelle, service d'accompagnement, assistantes sociales		2 curatelle, 1 centre social, 1 centre accueil municipal		service de tutelle, association, assistantes sociales	
Police, Pompier, Sécurité			10	8,62	7	6,6	4	3,6
			8 police, 2 pompier		3 police, 1 pompier, 3 dir.prév.sécurité		4 police ou pompiers	
Services municipaux			5	4,31	5	4,72	23	20,7

Origine des Signalements	Année			
	2001	2002	2003	2004
Personnes Signalées	71	102	100	106
Signalements	75	116	106	111
Sollicitations par personnes signalée	1,1	1,1	1,1	1,0

2.2.3. La Mission Santé Publique de la ville de Nantes

Avant d'en interroger le sens, nous présenterons une synthèse des données recueillies sur le terrain, à l'aide de la « Mission santé publique » de la municipalité de Nantes, municipalité qui par ailleurs anime un réseau institutionnel chargé d'évaluer la plupart des situations abordées en vue d'une HO, mis en place à la demande des bailleurs sociaux souvent confrontés à des plaintes de voisinage en rapport avec l'état de santé mentale de certains de leurs résidents.

Ainsi, d'après le tableau n° 32 ci-dessous, la Mission Santé Publique de la ville de Nantes est interpellée chaque année pour examiner les cas d'une centaine de personnes pour lesquelles se pose la question d'une HO du fait des troubles du comportement, souvent à l'origine de troubles de l'ordre public et/ou de la paix sociale de la cité. Compte tenu de la spécificité du dispositif nantais, ce sont ainsi principalement les bailleurs sociaux qui signalent le plus de situations, suivis de l'entourage des personnes (notamment les voisins et la famille) et des services municipaux.

Tableau n°32 – Nombre et Origine des signalements ayant amené à une mesure d'HO d'initiative municipale à Nantes

ORIGINE DE LA DEMANDE	Année			
	2003		2004	
Demandes	109	%	79	%
Entourage	21	19,3	22	27,8
	13 voisins, 8 familles		10 voisins, 12 familles	
Bailleur social	33	30,3	23	29,1
Services sociaux	11	10,1	0	
	le service des tutelles (11 cas)			
Services municipaux	23	21	14	17,7
	Mission Environnement Risques, Mission Prévention Tranquillité Publique, CCAS, Service des Intervention du Maire, Nantes Entourage		Mission Environnement Risques, Mission Prévention, Service des Interventions du Maire et CCAS	
Autres	21	19,3	20	25,3

Il est intéressant de noter qu'à Nantes, à la différence de Grenoble, l'absence de signalements provenant de professionnels de santé confirme encore une fois l'hypothèse d'une diversité de situations étroitement liée à la culture des professionnels, aux réseaux de partenariat institués, plutôt qu'à l'épidémiologie des problèmes de santé mentale susceptibles de conduire à une mesure d'hospitalisation contrainte.

En effet, d'après les données du service Promotion de la Santé de la ville de Grenoble, indique que ce service, bien que répondant à un nombre similaire de « demandes d'HO » par rapport à Nantes, la plus grande partie des signalements faits à la municipalité émanent des professionnels et services de santé, en particulier ceux spécialisés en santé mentale.

2.3. Le profil de la population concernée

Les données sociographiques de la population faisant l'objet de signalements auprès des villes pour un problème de santé mentale associé à un trouble du comportement sont rarement systématisées, et par conséquent extrêmement difficiles à analyser.

Cependant, une vision relativement fine de ce type de populations est proposée par Benjamin Christau, qui intègre de nombreux critères sociographiques dans son étude.

L'analyse des données recueillies au niveau des DDASS, ainsi que des villes incluses dans notre échantillon, contribuent à compléter une première vue d'ensemble des principales caractéristiques des personnes faisant l'objet d'un signalement susceptible de conduire à une HO.

2.3.1. Retour sur la population de l'IPPP de Paris

L'étude de Benjamin Christau propose un profil des personnes ayant été envoyées à l'IPPP en raison d'un problème psychiatrique et en présence de troubles de voisinage, considérant des informations rarement consignées dans les registres que nous avons pu consulter à propos des autres villes de l'échantillon.

Ainsi, la population objectivée est particulièrement intéressante à considérer, car elle ressemble en beaucoup de points à « Monsieur ou Madame tout-le-monde », de nationalité française, relativement jeune, ayant un niveau de formation moyen, un domicile, et présentant comme principal trait en rapport avec les troubles de la personnalité des facteurs de vulnérabilité particulièrement fréquents chez les publics en souffrance psychosociale : la majorité d'entre eux vivent seuls, sont inactifs et tributaires d'une aide (familiale ou sociale) pour vivre.

Cette population possède les caractéristiques suivantes :

- elle est composée de **55% de femmes** et 45% d'hommes,
- l'âge varie entre 21 et 71 ans, avec une moyenne d'âge de 45,7 ans,
- 45% du total des patients admis à l'IPPP après un trouble du voisinage sont des femmes de plus de 40 ans,
- la grande majorité est de nationalité française (81,66%) et parle le français (100%),
- à l'exception d'une personne, toutes résidaient à Paris,
- la population est majoritairement célibataire (76,66%), et une très grande majorité (96,6%) ne vit pas en couple, souvent seuls (78,33%) ou en famille (18,33%),
- la majorité dispose d'un domicile (91,66%) ; sur un total de 60 patients, 2 sujets sont sans domicile fixe (3,33%), 3 vivent à l'hôtel (5%) et 2 sont en errance (3,34%),
- 46,66% des patients ont un niveau d'études secondaire, 25% ont un niveau supérieur et 8,33% un niveau primaire, alors que 1,66% seulement sont analphabètes (le niveau d'études est resté inconnu pour 21,66% des patients),
- 8,33% a un passé carcéral,
- 36,66% est sans activité professionnelle et 30% en invalidité, alors que 13,33% travaille en milieu normal, 10% est à la retraite, 6,66% est au chômage et 1,66% sont étudiants (leur statut socioprofessionnel est inconnu dans 1,66% des cas).
- 10% des personnes perçoivent le revenu minimum d'insertion, 35% l'allocation adulte handicapé, 10% sont aidées par leur famille, 10% bénéficient d'un salaire à temps complet et 10% d'un salaire à temps partiel (leurs revenus sont inconnus pour 25% d'entre eux).

2.3.2. La répartition par sexe des HO dans les municipalités

Les enquêtes de terrain à Paris, Grenoble et Nantes ont prouvé que **lorsque l'on focalise l'attention non plus sur les personnes faisant l'objet d'une HO, mais sur celles pour lesquelles un dossier est instruit par les services de la ville (ou l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris) en raison d'un signalement associé à un problème de santé mentale et de voisinage, la proportion hommes/femmes semble se rééquilibrer.** A Grenoble, sur 50 signalements faits à la ville pour un problème de santé mentale associé à un trouble du comportement en 2002, 58% sont des hommes.

Les enquêtes de terrain ont par ailleurs confirmé le fait que les **mesures d'HO municipales toutes causes concernaient pour la grande majorité des hommes.** A Roubaix, sur la totalité des personnes hospitalisées d'office par voie municipale entre 1990 et 2005, 84,5% sont des hommes : à Nantes en 2003, sur un total de 54 personnes faisant l'objet de 56 mesures provisoires, 41 (76%) sont des hommes.

2.3.3. L'âge des personnes faisant l'objet d'une HO d'initiative municipale

La lecture des données locales relatives à l'âge des personnes hospitalisées d'office à partir d'un arrêté municipal permet d'affirmer, à quelques nuances près, que la population concernée a entre 25 et 50 ans :

- à Nantes, en 2003, 50% des personnes hospitalisées d'office avaient entre 26 et 40 ans,
- à Grenoble, en 2004, plus de 60% des personnes hospitalisées d'office avaient entre 30 et 50 ans (une étude du service Promotion de la Santé concluait que, pour l'année 2002, la moyenne d'âge des personnes ayant fait l'objet de signalements était de 49 ans),
- à Lyon, en 2004, 81% des (74) personnes hospitalisées d'office (résidents et non résidents) avaient entre 24 et 54 ans.

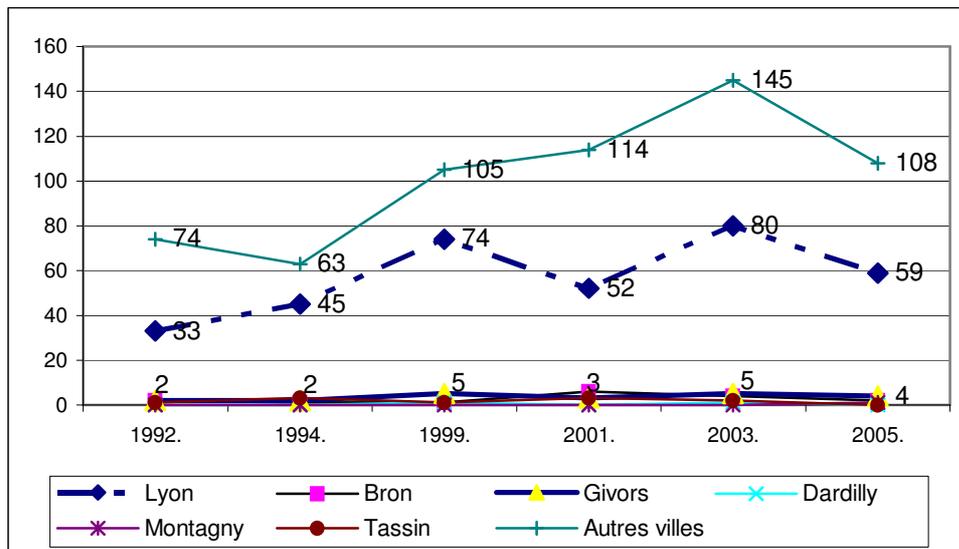
Globalement, les très âgés et les très jeunes sont faiblement concernés par les HO, ce qui soulève des interrogations spécifiques, puisqu'en apparence contradiction avec la réalité des problématiques de santé mentale de ces publics (troubles mentaux liées à la sénescence et à la vulnérabilisation sociale des plus âgés, augmentation massive des troubles du comportement et conduites agies des « jeunes »). Une fois encore, c'est bien plutôt l'attitude des acteurs impliqués dans la décision d'HO qui paraît décisive et avec elle, un souci de ne pas appliquer l'HO à certaines populations.

Quelles sont les conduites d'action vis-à-vis des jeunes adultes ? Cela n'est pas venu dans cette étude. Par contre, plusieurs vignettes concernant des personnes âgées sont incluses dans ce rapport.

2.3.4. La diversité des pratiques municipales

D'après les observations des élu(e)s participant au séminaire, les principaux facteurs qui semblent déterminer les situations locales, seraient les différents modes d'organisation et le degré d'implication des équipes spécialisées des services municipaux, de la police nationale, des secteurs de psychiatrie et de la DDASS.

Graphique n°33 – Mesures d’HO à l’initiative des Maires dans le Département du Rhône (source : DDASS du Rhône)



Le tableau n°34 ci-dessous, élargit le champ de vision et permet d’avoir une vue d’ensemble de la réalité de la question à partir des données recueillies dans les villes de notre échantillon. On constate que le taux d’HO pour 1000 habitants est extrêmement hétérogène.

Tableau n°34 – Les mesures d’HO à l’initiative du Maire (à Paris, des commissaires de police) dans 11 villes de France

Ville	Population ¹⁷	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Paris ¹⁸	2054925	891	897	866	889	949	1007	866	905	996	1054	1035	978	1009	996	952	1055
	Taux HO ‰	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Lyon ¹⁹	445452			25							67		38		56	74	38
	Taux HO ‰			0,06							0,15		0,09		0,13	0,17	0,09
Nantes ²⁰	270251														56	103	
	Taux HO ‰														0,21	0,38	
Grenoble ²¹	153317												25	43	42	44	
	Taux HO ‰												0,16	0,28	0,27	0,29	
Roubaix ²²	96984	14	8	12	19	10	7	6	9	4	2	9	4	7	15	7	22
	Taux HO ‰	0,14	0,08	0,12	0,20	0,10	0,07	0,06	0,09	0,04	0,02	0,09	0,04	0,07	0,15	0,07	0,23
Nanterre ²³	84281						1	1	13	3	6	5	4	2	3	3	1
	Taux HO ‰						0,01	0,01	0,15	0,04	0,07	0,06	0,05	0,02	0,04	0,04	0,01
Bron ²⁴	37369			2		3							2		6	1	6
	Taux HO ‰			0,05		0,08							0,05		0,16	0,03	0,16
Dardilly ²⁵	7589												1			1	1
	Taux HO ‰												0,13			0,13	0,13
Sceaux ²⁶	19500	1 (depuis plusieurs années)															
Montagny ²⁷	2300	Au total depuis 1977 18															
Total	3171968	924	905	905	908	962	1015	873	927	1003	1132	1049	1055	1062	1175	1188	1122
	Taux HO ‰	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4

¹⁷ INSEE

¹⁸ Sources BPP- janvier 2006.

¹⁹ Sources : DDASS du Rhône et Service Enquête de la ville de Lyon.

²⁰ L’analyse a été réalisée à partir de données fournies par le service des admissions de Saint Jacques, le Commissariat Waldeck Rousseau et la Mission Santé Publique.

²¹ Sources : service Promotion de la Santé, Ville de Grenoble.

²² Sources : AJRA, ville de Roubaix.

²³ Sources : DDASS des Hauts de Seine et Ville de Nanterre

²⁴ Sources : CCAS de la ville de Bron et DDASS du Rhône.

²⁵ Sources : CCAS de la ville de Dardilly et DDASS du Rhône

²⁶ Sources : Service Coordination à l’action sociale de la ville de Sceaux.

²⁷ Sources : Adjointe à la santé de la ville de Montagny.

Les taux d'HO plus élevés, de manière constante, se retrouvent dans les grandes villes qui ont une politique municipale d'instruction des situations difficiles, notamment en termes de troubles de voisinage : Paris, Grenoble, Nantes. Ce point sera repris infra, il est corrélé à un souci de santé mentale et d'accès aux soins. Si l'on n'instruit pas «le dossier », il est certains que moins de mesure sont initiées en dehors des grandes urgences.

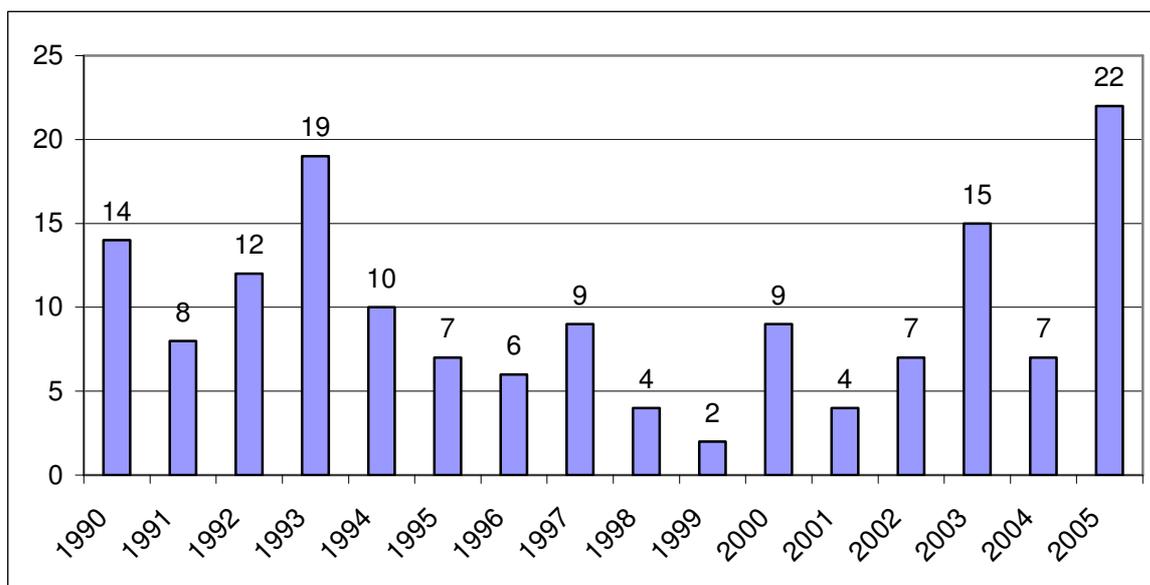
On observe la rareté de ce type de mesures dans les communes de petite taille ($\leq 1/\text{an}$), comme le montrent les données communiquées par les villes de Sceaux, Montagny et Dardilly, rareté qui contraste avec l'intensité de l'expérience lorsqu'on tient compte des récits des élu(e)s de ces villes dans le séminaire.

Enfin, la lecture comparative de l'évolution du nombre de mesures par ville dans le tableau ci-dessus, montre une palette assez large de situations, et là où les périodes enregistrées le permettent, on peut notamment discerner des tendances très différentes, soit :

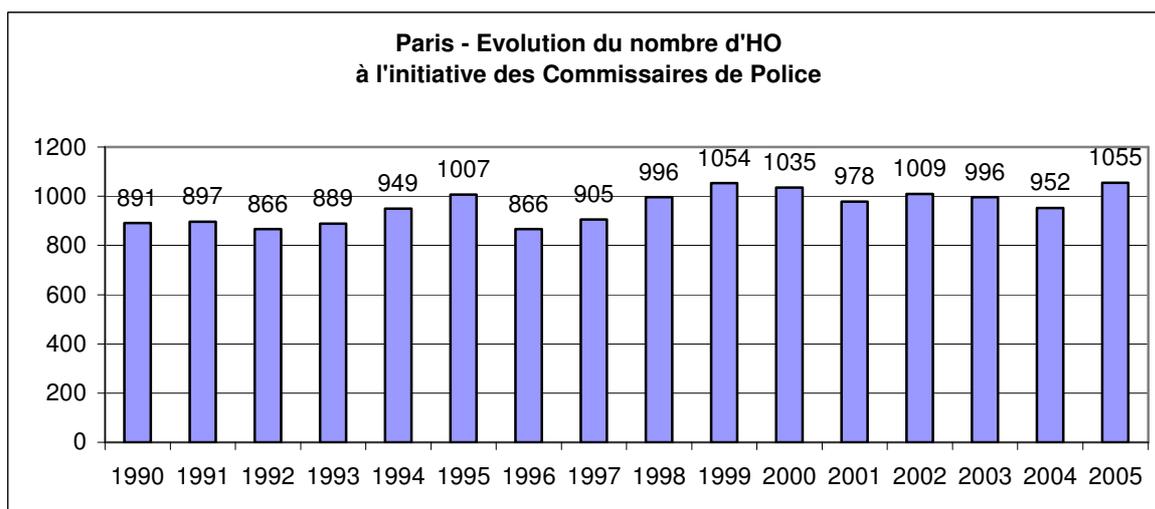
- des évolutions à la hausse (cas de la ville de Nantes où le nombre a été multiplié par deux entre 2003 et 2004),
- des évolutions à la baisse (cas de la ville de Nanterre, qui a divisé par 7 le nombre de mesures entre 1999 et 2005),
- des évolutions variables « en dents de scie » (cas de Roubaix),
- des évolutions ou encore des tendances plutôt stables en particulier dans les villes les plus peuplées (cas de Paris, Lyon, Grenoble ou Bron).

Les graphiques n°35 et n°36 suivants permettent de mieux apprécier les observations du tableau précédent : envisageons l'évolution du nombre d'HO sur une période 15 ans de deux villes, incomparables dans leur taille, mais comparable dans leur mode d'entrée des sollicitations pour troubles de voisinage liés à des problèmes de santé mentale : dans ces deux villes, c'est toujours la police qui répond en première intention, par obligation légale à Paris, et par choix stratégique du Maire à Roubaix. On perçoit deux situations contrastées, directement liées au mode de gestion de la demande d'HO : à Roubaix, c'est l'adjoint au Maire de permanence qui va décider des suites à donner en n'ayant d'autre recours que l'HO comme mode d'évaluation de l'état de santé mentale de la personne, tandis qu'à Paris, les commissaires disposent d'un dispositif spécialisé qui va évaluer systématiquement les personnes avant de prononcer une mesure d'HO. Le résultats sont parlants : à Roubaix on constate une grande variabilité du nombre de mesures prises chaque année (avec une moyenne annuelle de 10,3 mesures, les écarts à la moyenne dans la période sont relativement importants, puisqu'il varie entre 2 et 22), alors qu'à Paris on observe une relative stabilité, avec une moyenne annuelle de 1023 mesures, les écarts à la moyenne dans la période sont beaucoup moins significatifs, allant de 866 à 1055.

Graphique n°35 - Roubaix - Evolution du nombre d'HSC à l'initiative du Maire



Graphique n°36 – Evolution des Hospitalisations d’office d’initiative municipale : le cas de Paris



2.4. La pertinence de l’HSC d’initiative municipale : une mesure généralement confirmée

Le protocole de suivi des arrêtés provisoires municipaux d’HSC ne permet pas aux mairies de connaître précisément les suites données par le Préfet aux mesures : en effet, les municipalités reçoivent des DDASS l’information sur les suites données par le Préfet uniquement pour les arrêtés concernant des personnes domiciliées dans la ville. Les suites apportées aux arrêtés provisoires pris pour des personnes domiciliées hors de la commune ou sans domicile fixe pour lesquelles le trouble à l’ordre public a été constitué sur le territoire de la commune, ne peuvent donc être connues. Par ailleurs, des modes d’instruction particuliers relevés dans certaines communes peuvent parfois brouiller les chiffres : c’est par exemple le cas à Lyon, où il arrive que l’on mette l’adresse des hôpitaux pour les personnes Sans Domicile Fixe.

Nous avons toutefois pu reconstituer, dans le cadre des enquêtes de terrain, le taux de confirmation des arrêtés municipaux par le Préfet pour les villes de Grenoble, Nantes et le département du Rhône. Comme on peut le voir dans les tableaux suivants, quel que soit le territoire ou l'année, la quasi-totalité des mesures provisoires du Maire ont été confirmées par les Préfets.

Tableau n°37 - HO municipales confirmées par le Préfet pour la Ville de Grenoble

2001	2002	2003	2004
92% (soit 23 sur 25)	95,3% (soit 41 sur 43)	97,6% (soit 41 sur 42, dont 2 HO pour une seule personne...)	95,4% (soit 42 sur 44)

Tableau n°38 - HO municipales confirmées par le Préfet pour la Ville de Nantes

2003	2004
100%	96,1% (soit 99 sur 103)

Si l'on exploite les données fournies par la DDASS du Rhône pour les années 1999 et 2005, on remarque que le taux de confirmation préfectoral des mesures municipales provisoires est largement supérieur à 90%. Sans que nous connaissions la cause des non validations.

Tableau n°39 - HO municipales confirmées par le Préfet pour les Villes du département du Rhône

Année	Total mesures HO	Mesures provisoires municipales	% Mesures provisoires municipales	Mesures provisoires confirmées	% Mesures provisoires confirmées
1999	338	211	62,4	195	92,4
2005	543	183	33,7	167	91,3

2.5. Conclusions des deux premiers chapitres

Les données considérées permettent d'introduire le champ dans lequel s'inscrit la problématique étudiée. L'analyse des mesures d'HSC initiées par les Maires situe la portée de l'engagement des élu(e)s dans le champ de la santé mentale et les contours de « l'espace municipal du champ de la santé mentale ».

Nous pouvons en rappeler plusieurs enseignements importants pour notre problématique ont ainsi pu être mis à jour par ces travaux initiaux :

1. Nous avons pu confirmer la justesse de la perception initiale des élu(e)s qui a amené, à la mise en place de cette étude à partir de la montée en charge des plaintes de voisinage liées à des problématiques de souffrance psychosociale ou de maladie mentale pouvant conduire à des mesures d'HO. Malgré le caractère souvent instable des données nationales, **les travaux conduits sur les données départementales et municipales convergent tous vers le constat d'une augmentation régulière du nombre de mesures d'HSC en France depuis 1992.**
2. L'analyse des données départementales, soit celles des quatre départements dont les DDASS nous ont communiquées les informations relatives aux HSC, nous ont permis de faire trois constats décisifs pour l'appréciation de l'ampleur de la problématique posée dans cette étude :
 - l'importance globale importante de la contribution des Maires dans la mise en œuvre de la loi d'HSC : en 2003 sur 11 016 HO en France, 6 830 l'ont été à partir de l'initiative des Maires.
 - la grande variabilité des réalités départementales résultent surtout des différences dans l'organisation et le degré d'investissement des services qui régulent et valident le dispositif d'HSC : les Préfets, les DDASS, les municipalités ;
 - l'étonnante hétérogénéité des dispositifs de suivi et d'évaluation des mesures d'HSC, associée à une faible fiabilité d'ensemble dans le recueil national et départemental des données.
 - Une augmentation à vérifier des réhospitalisations en HO et de la diminution de la durée moyenne de séjour en la matière (cf. p. 36 et 37)
3. L'analyse des données d'activités liées aux mesures d'HO initiées par les Maires au niveau des 11 villes intégrées dans notre étude, et plus spécifiquement de quatre d'entre elles dont nous avons pu travailler les données en détail, nous a apporté une série d'informations importantes pour l'évaluation de l'importance de la question étudiée :
 - La disparité des situations observées au niveau national et départemental prend bien sa source dans la diversité des situations locales, plutôt que dans l'épidémiologie des problèmes de santé mentale ; elles sont déterminées par la culture des acteurs

locaux en la matière, soit les services publics de psychiatrie, les services de police et les élu(e)s signataires des arrêtés d'HO à la demande du Maire.

- L'hétérogénéité des situations constatées au niveau départemental correspond à un système de mesures d'HSC qui ne dispose pas des régulations prévues par les lois de juin 1990 et mars 2002 ; pour ce qui concerne les mesures d'HO, (nous n'avons pas examiné la questions des mesures d'HDT), le centre de gravité du système se situe au niveau municipal, où les régulations vont se faire en fonction des jeux d'acteurs locaux plutôt qu'à partir des critères généraux prévues dans les textes de référence. Ce mécanisme explique en partie le malaise des élu(e)s locaux qui, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, perçoivent bien qu'ils utilisent le fonctionnement du système actuel en transférant sur eux-mêmes une partie conséquente de la charge de la régulation ; ils laissent au Préfet et à ses services une fonction de contrôle a posteriori essentiellement administrative, qui permet peu de mettre en évidence ni de questionner les usages du dispositif.
- Nous avons pu compiler quelques informations dans trois villes (Grenoble, Lyon et Nantes), ainsi que dans le département du Rhône depuis 13 ans. Ainsi, avons-nous pu obtenir une image plus précise de la réalité sociologique des HO prononcées dans les villes et observer que les hommes sont les plus concernés par ces mesures (sur la période, ils en ont été destinataires dans 74% des cas). Par contre, l'entrée par **les troubles de voisinages, qui ne concernent qu'une partie des HO, permet d'observer un « rééquilibrage » entre hommes et femmes, voire une dominance féminine.** La grande majorité sont des adultes jeunes, ayant entre 25 et 50 ans. Notons également la presque absence des moins de 25 ans et des plus de 65 ans car sans concordance avec l'importance des conduites agies des plus jeunes et avec les phénomènes liés au vieillissement pour les plus âgés. Dans une autre recherche Cesames – Onsmp-Orspere sur les troubles du voisinage, la question des conduites dérangeantes des jeunes dans certains quartiers, notamment liées à la toxicomanie, a été abordée. (non publiée).
- Nous avons également pu accéder à une autre information intéressante recueillie dans le département du Rhône, ainsi qu'à Grenoble et à Nantes les données sur les demandes d'HSC non validées par le Préfet : entre 3,4 % et 8,7 % des demandes adressées chaque année au Préfet ne sont pas validées. Nous n'avons pas le détail de ces infirmations.
- Les HSC à l'initiative des Maires sont rarement en rapport avec les situations prévues par la loi, c'est-à-dire avec des cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes » ou pour « atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Les motifs de signalement rendent plutôt compte de problématique de rupture de soins (beaucoup de personnes hospitalisées ont des antécédents de soins psychiatriques), de troubles de voisinage et de problème d'incurie (qui entraînent secondairement des troubles de voisinage).

- Chapitre 3 -

3. Troubles de voisinage, souffrance psychosociale et maladie mentale : un défi et un enjeu démocratique pour les élu(e)s locaux

La réalité décrite dans les chapitres précédents dessine les contours de l'espace municipal de la santé mentale où s'élabore l'expérience personnelle des élu(e)s locaux, souvent « confrontés » à une demande pressante de signature d'un arrêté provisoire d'HO. Ce chapitre, qui est au centre de l'étude, est le plus précis sur la place du Maire et des élu(e)s dans ce processus.

Les modes d'inscription du trouble dans l'agenda des services publics locaux varient relativement peu : il s'agit en général d'un signalement ou d'une plainte déposée, par courrier ou téléphoniquement, de manière plus ou moins anonyme ou nominative, consignée dans la main courante des services chargés de la sécurité dans la ville. L'inscription dans l'agenda de l'élu(e) local va essentiellement se faire à partir du moment où les services concernés sont débordés par la situation, et notamment lorsque le recours à une mesure d'hospitalisation se pose avec acuité.

Nous poursuivrons la « plongée » dans l'expérience en abordant l'expérience personnelle des élu(e)s chargés de signer l'HO, par délégation du Maire, ainsi que celle des réseaux d'acteurs impliqués dans la gestion de ces questions dans les villes de Grenoble et Nantes.

Ce faisant, nous avons tenté de comprendre les enjeux et les **mécanismes intimes** qui déterminent la gestion locale des situations de troubles de voisinage pouvant aboutir à une mesure d'HO.

Les conditions d'intervention apparaissent souvent confuses et marquées par un décalage entre le cadre de référence légal des mesures et la nature des problèmes effectivement traités :

- l'expérience apparaît marquée par l'absence d'une définition partagée de la notion de « troubles de voisinage », même si elle renvoie souvent à une construction sociologique et juridique intégrant des enjeux relationnels entre personnes partageant un même territoire : une personne, par son comportement, trouble l'équilibre d'un lieu de vie,
- le deuxième déterminant de l'expérience renvoi au décalage constaté entre le cadre légal convoqué et les thématiques abordées dans le cadre de son dispositif, davantage en correspondance avec une problématique de maintien de la paix sociale et institutionnelle, et secondairement avec une problématique d'accès aux soins en psychiatrie, plutôt qu'avec une problématique de gestion des situations exceptionnelles prévues dans la loi, représentant notamment un « *danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique* » (article L 3213-2 du Code de la Santé Publique). Pourtant, d'après la lettre de la loi, comme le rappelait Philippe Bernardet, juriste et sociologue, auditionné lors de la séance du séminaire des élu(e)s du 28 mars 2006 :

« Le Maire est là uniquement pour régler un problème de police. Selon la loi, le Maire n'est pas là pour régler un problème d'accès aux soins. »

Les élu(e)s sont très conscients de ces décalages : les situations présentées apparaissent souvent déterminées par une demande sociale et institutionnelle de contention de comportements qui, sans nécessairement se situer en dehors de la pathologie psychiatrique caractérisée, sont aussi en rapport avec des processus de vulnérabilisation psychosociale. Le malaise des élu(e)s correspond au fait qu'ils savent que, dans de **nombreux cas, le dispositif d'HSC fonctionne sur le registre de la prévention primaire²⁸, en amont du cadre de référence légal²⁹**. Au nom de la protection des personnes et des biens, ainsi que de la prise en charge de la maladie mentale, on demandera aux Maires de contribuer à garantir « l'ordre et la sécurité publiques » par le biais de mesures qui visent à réguler des sujets ayant des conduites sociales inadaptées voire déviantes, en principe en rapport avec des pathologies psychiatriques, et qui refusent le soin et l'institution soignante.

Les élu(e)s : mobilisent des représentations sociales souvent négatives³⁰ et se montrent particulièrement soucieux de garantir les libertés individuelles et la démocratie sanitaire, en préservant toutefois leurs responsabilités légales.

Il faut également signaler qu'en dépit de ces réticences de principe et de forme, les élu(e)s reconnaissent l'intérêt d'un dispositif dont la finalité légalement définie, même très restrictive, à défaut d'autres options, reste le seul qui permette d'intervenir lorsque des troubles ou des dysfonctionnements liés à la maladie mentale désorganisent la vie d'une communauté ou aggravent les conditions de vie d'une personne vulnérable.

Elu 4 / [...] En tant qu'élue local, on a malgré tout aussi l'impression que l'HO est un mode d'accès aux soins nécessaire pour une personne qui n'est pas bien...

A l'aide notamment d'éclairages juridiques³¹, nous examinerons le « dispositif en actes », en reprenant d'une part les principales informations recueillies sur le terrain afin de caractériser les principaux déterminants des interventions des élu(e)s, et d'autre part l'analyse de la jurisprudence en vue de mieux apprécier les enjeux relatifs à l'adaptation du dispositif actuel. Dans cette partie, nous tenterons de discerner ce qui relève des ressources personnelles de l'élu(e) qui décide de signer ou non un arrêté d'HO, et de l'incidence relative de facteurs contraignant plus ou moins sa « marge de manœuvre » dans l'appréciation du bien fondé d'une telle mesure. Nous verrons ainsi que sa décision apparaît toujours déterminée par sa propre représentation de la maladie mentale et des institutions qui s'y rapportent, ainsi que par sa capacité de résistance raisonnée à la forte pression sociale et institutionnelle qu'accompagne son interpellation.

Enfin, nous nous arrêterons sur l'expérience de gestion des réseaux, en considérant deux villes du terrain d'enquête qui semblent offrir les bases organisationnelles les plus à même de constituer

²⁸ Notion empruntée au vocabulaire de la santé publique, qui suppose des interventions avant que le risque soit avéré.

²⁹ Dans la loi de 1990, le dispositif d'HSC, et notamment de l'HO, est plutôt situé sur le registre de la prévention secondaire, puisque ces mesures ne doivent être envisagées qu'à partir du moment où le danger pour la personne ou son entourage est avéré

³⁰ Cf. notamment au premier congrès de l'ORSPERE (1994), qui avait permis de révéler que dans l'imaginaire collectif et individuel, l'assimilation de l'hôpital psychiatrique à la prison était encore très présente, et que l'internement, notamment le fait d'y être amené de force, apparaissait beaucoup moins digne que d'être amené en prison (d'où le fait de considérer l'hôpital psychiatrique comme "pire que la prison").

³¹ Nous y reviendrons plus loin, avec l'analyse de Philippe Bernardet, pour étudier plus spécifiquement le cadre légal de référence

un modèle alternatif au dispositif actuel, à condition que le cadre légal soit suffisamment en accord avec les situations..

3.1. La qualification politique de la plainte : ses variantes

Le rapport de mai 2004 IGA-IGPN-IGN constate que l'orientation des mesures à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux « *résulte plus souvent de choix ponctuels, conditionnés par les réflexes des acteurs et un souci de dénouer rapidement la crise, que d'un choix découlant d'une stricte application de la législation sur l'hospitalisation sans consentement* » (p. 23) ; il observe aussi que l'orientation initiale détermine de fait le régime d'hospitalisation ultérieurement appliqué.

Nous avons pu confirmer ces conclusions en étudiant l'itinéraire de la demande d'intervention au sein de la municipalité : l'orientation de l'HO peut en effet varier selon le circuit emprunté par le signalement de la situation problématique au sein de la municipalité avant d'arriver à l'él(u)e. Plusieurs circuits ont pu être identifiés au sein des villes étudiées, qui mettent en scène des compétences et des approches différentes d'une ville à l'autre, opérant comme un déterminant décisif de la signature de l'él(u) :

On peut distinguer des circuits courts et des circuits plus longs, avec « instruction » des dossiers :

- **A Lyon**, le **Service sécurité et Prévention** gère la demande d'HO initiale, à partir d'un certificat médical, prépare l'arrêté à l'adjoint de permanence ; si celui-ci signe, il enclenche l'intervention et la notifie au Préfet. Une partie de la procédure se déroule par fax.
- **A Roubaix**, le service référent qui gère et effectue le suivi administratif des dossiers d'HSC est la **Direction Générale des Affaires Juridiques et des Relations Administratives**. Nous avons dit plus haut le rôle initial des services de police dans ce circuit.
- **A Tassin**, l'él(u)e est sollicité(e) par le responsable du secteur psychiatrique pour « faire une HO » : dans ce cas, il **prévient la gendarmerie et organise l'HSC**.
- **A Nanterre**, lorsque cela passe par la mairie, en journée, c'est plutôt un médecin du secteur psychiatrique qui fait la demande à l'él(u)e, mais c'est au **CCAS qu'est rédigé l'arrêté**, d'où l'on envoie une copie au commissariat et à la Préfecture. **La nuit et le week-end, l'él(u)e d'astreinte est en charge des HO**.
- **A Grenoble**, le **Service Promotion de la Santé (SPS)** a pour tâche de « sécuriser » la mission des él(u)e(s) en partenariat avec le « **Bureau des Publics** », qui va vérifier la légalité de la procédure, effectuer le suivi administratif, la transmission et la recherche de l'él(u)e signataire de l'arrêté municipal et gérer les effets liés à la situation (enfants à placer, animaux, gestion ou nettoyage de l'appartement...). **Le Service Hygiène Salubrité Environnement** participe également au dispositif en effectuant des visites à domicile : il est fréquemment sollicité par le SPS en cas de problème d'hygiène associé à un problème de santé mentale. Il existe plusieurs circuits de décision: lorsque le SPS initie la procédure, il résume la situation et transmet les pièces au **Bureau des Publics** ; lorsque c'est ce dernier qui est à l'origine de la procédure, il sollicite le SPS pour obtenir des compléments d'information en fonction de la demande de l'él(u).

- **A Nantes**, pour un certain nombre d'HO déclenchées par la ville, les personnes ne sont pas forcément adressées au commissariat de Police et le Service Promotion de la Santé se déplace plutôt chez la personne, avec la police. En cas de troubles sur la voie publique, les personnes qui sont éventuellement violentes et qui sont appréhendées par les forces de l'ordre sont amenées au commissariat. Là, les fonctionnaires de police qui estiment qu'un problème de santé mentale est associé, font appel à SOS Médecins, ou bien le service envoie directement la personne aux urgences, pour avis.
- **A Bron**, le CCAS centralise les dossiers d'HO. Pendant les heures ouvrables, le CCAS est saisi par la famille ou les travailleurs sociaux, sinon, c'est l'élue d'astreinte. Lorsqu'il y a un signalement, le CCAS envoie une assistante sociale et/ou essaie de recueillir des informations sur le suivi médical. Une visite à domicile (CCAS et CMP) est souvent organisée (les relations sont bonnes entre le CMP et le CCAS), et l'HO peut parfois être ainsi évitée.
- **A Sceaux**, après signalement, le CCAS collecte un certain nombre d'indicateurs, en contactant le médecin traitant et en signalant la personne au médecin de l'inter-secteur de psychiatrie. La police municipale amène également beaucoup d'éléments et réalise la partie administrative de l'HO. Le CCAS a de bonnes relations avec la police nationale. Si le médecin traitant est d'accord, il y a une intervention dans le cadre des pouvoirs du Maire. Dans cette ville, l'intervention sanitaire se décide souvent en collaboration avec le pôle de gérontologie. Le médecin de l'inter - secteur se base en général sur l'avis du médecin traitant : si son avis paraît trop « ancien », il cherche d'autres indications. D'après le service de coordination de l'action sociale, c'est la psychiatrie publique qui apparaît comme « l'organisateur » des hospitalisations sans consentement localement (tant pour les HO que pour les HDT), en assurant la fonction d'expertise et l'organisation de l'application de la mesure (recherche d'une place d'hospitalisation notamment). La spécificité de ce dispositif qui limite l'intervention municipale à la gestion des aspects administratifs de la mesure, explique aussi que le Maire (en réalité son adjoint chargé de la santé) est surtout sollicité pendant les heures d'ouverture des services municipaux (8h30 -17h30) ; en dehors de ces créneaux, c'est le Préfet qui est l'instance à partir de laquelle sera organisée l'HO, après un passage aux urgences.
- **A Paris**, un circuit spécifique centralisé contraste avec les pratiques rencontrées ailleurs, et s'il n'évite pas nécessairement des dysfonctionnements spécifiques, il apparaît intéressant à considérer dans la perspective d'une formalisation des pratiques : dans la capitale, les personnes sont envoyées par les commissaires de police à **l'Infirmierie Psychiatrique près la Préfecture de Police (IPPP), institution médico-légale d'expertise, qui est gérée par le Ministère de l'Intérieur et couvre 29 secteurs psychiatriques**. Les personnes amenées restent de 24 à 48 heures ; cette durée dépend surtout de la prise éventuelle de toxiques et de l'heure d'arrivée à l'IPPP, ou bien du temps nécessaire à organiser une HDT lorsque la famille est éloignée ou qu'il manque de places à l'hôpital. En général, le psychiatre³² voit le patient le lendemain de son arrivée et formule un avis transmis au Préfet de Police. Rappelons encore que l'entrée à l'IPPP ne signifie absolument pas qu'une HO va être décidée systématiquement (cf. en annexe 9, un schéma présentant le circuit parisien)

³² Il y a une équipe infirmière et un interne en permanence.

3.2. Les variantes, ses paramètres

Le témoignage du Directeur de la Prévention et de la sécurité à la ville de Grenoble illustre la variabilité des modes d'intervention : ce dernier a en effet pu comparer les différents circuits d'acteurs mobilisés à Grenoble et X (ville d'une grande agglomération où il avait auparavant travaillé durant 4 ans). A cette occasion, il a observé qu'à X, l'approche centrée sur les seuls aspects sécuritaires impliquait un circuit « court » entre le Maire et l'acteur requérant, tandis qu'à Grenoble, l'existence d'un service Promotion de la Santé chargé de vérifier le bien fondé de la demande d'intervention à partir d'une optique de Santé Publique, « rallongeait » et complexifiait le processus.

Directeur de la Prévention de la sécurité/ « A X, où il n'y avait pas de service santé, les HO passaient par ma direction, mais on n'était jamais sollicités par la psychiatrie publique, on les faisait quasiment uniquement à la demande de la police ou des pompiers. Ici, je ne m'en occupe plus. Je suis simplement sollicité par les services santé sur des situations de crise et d'urgence, notamment quand il faut faire le lien avec la police nationale pour l'aspect sécurisation de l'intervention des médecins sur des demandes d'HO en extérieur, à domicile essentiellement... Soit, effectivement, l'autorité de police me saisit directement sur des cas qui peuvent paraître problématiques au niveau du comportement (comme pour une HO que l'on avait menée sur une personne qui au départ présentait des problèmes avec son voisinage, en fait, il s'est avéré que cette personne avait un comportement qui allait bien au-delà du simple différend avec son voisinage), soit c'est la police municipale qui le signale, soit c'est le service promotion qui le signale à ma direction et l'on fait une demande à la Police nationale pour qu'elle regarde sur ses fichiers si elle a quelques éléments sur le passé... parce que, vous savez, pour faire une HO il faut quand même avoir une traçabilité, un historique ».

[...]

« Je suis saisi par la police municipale qui me signale de temps en temps quand il y a vraiment des gens dont ils estiment qu'ils ne relèvent pas de la délinquance classique mais plutôt de « gros troubles du comportement ». Ils nous le signalent en nous disant « on pense que ce sont des gens qui relèvent plus du secteur psychiatrique », mais au sens large, sans avoir d'appréciation médicale.

Ce n'est jamais signalé par la police nationale à la police municipale. C'est signalé à ma direction, puisque la police municipale n'a aucun pouvoir en la matière. Elle peut intervenir s'il n'y a pas d'équipage de police nationale disponible ou si l'on est dans des choses qui sont d'un degré beaucoup plus faible... de présomption de violences notamment, quand ils partent sur un petit différend où il s'agit plutôt de discuter avec les gens que de faire une véritable intervention de police. En 2005, j'ai été saisi deux fois par l'hôtel de Police... depuis quelques années ils ont mis au point un système d'observation de cette question... dans la circonscription comprenant Grenoble (environ 260.000 habitants), en 2005 il y a eu 110 réquisitions d'accompagnement des mesures d'HDT ou d'HO... »

La vignette suivante, qui retrace un cas évoqué lors d'une rencontre avec les acteurs de Grenoble, permet d'apprécier les décalages qu'induisent dans le dispositif de prise en charge institutionnel les temps critiques pour l'intervention publique que constituent la nuit et les week-ends. Un tel facteur conditionne en effet le mode de traitement de la demande d'HO dans cette ville puisqu'à ces moments-là, les urgences psychiatriques sont adressées directement aux bureaux publics (cadre d'astreinte), alors que les centres médico-psychologiques appellent systématiquement en journée le Service Promotion de la Santé pour savoir en amont si la situation de la personne justifie une hospitalisation d'office. On perçoit de surcroît que les situations les plus délicates apparaissent "à la frontière du week-end" ou des heures de fermeture des bureaux.

Vignette – Les dysfonctionnements dans le temps (Grenoble)

Le médecin traitant demande une HO pour une personne à domicile. La procédure commence par fax en fin de journée. La famille appelle la mairie pour savoir que faire: on ne les met pas en contact avec le médecin du Service municipal chargé de la santé. Le médecin cherche à connaître la suite de la procédure mais ne parvient pas à rentrer en contact avec les services administratifs qui gèrent trois HO dans le même temps. La procédure suit toutefois son cours. Isolé, le médecin généraliste contacte l'hôpital psychiatrique qui lui réserve une place. La famille contacte le médecin généraliste, puis l'hôpital (toujours pas d'hospitalisation), puis trouve le cadre d'astreinte responsable du service d'hygiène qui recommence la procédure, faxe de nouveau le certificat. Le lendemain, le médecin contacte la famille et s'aperçoit que personne n'est venu chercher la patiente. La police ne s'est pas déplacée, elle affirme ne pas avoir trouvé la personne. En fin de journée, l'ambulance de l'HP vient chercher la patiente.

En règle générale, les ambulanciers de l'HP et la police vont au domicile ensemble; la police attend le contact des ambulanciers. Le Service santé de la ville constate pour les personnes extérieures qu'il est difficile de solliciter la ville le soir et le week-end (c'est possible par le biais du 17). Le centre médico-psychologique ferme quant à lui à 17h. Ici, il y a donc eu plusieurs dysfonctionnements (à l'accueil, aux Bureaux Publics et au Service de Promotion de la Santé, avec le médecin généraliste, entre le bureau des entrées et le pavillon de l'hôpital).

Les indications recueillies sur le terrain enseignent que la variabilité des traitements possibles de la question peut également correspondre aux différences de perception de la nature des problèmes par les acteurs engagés dans la « construction sociale de la situation » susceptible d'aboutir à une HO.

Ainsi, la variabilité de la sensibilité des populations « plaignantes » au regard des problèmes posés par des personnes présentant des troubles du comportement, tout comme la reconnaissance institutionnelle de cette « sensibilité », déterminent de manière forte l'orientation de la décision de l'él(u)e. On a par exemple pu relever que, dans tel arrondissement de Paris, il y aurait pour les résidents une certaine « **facilité** » (**distincte des autres arrondissements**) **pour solliciter la police** ; une facilité reliée également aux **capacités de réactivité de cette dernière**. L'importance des moyens de ce commissariat, dans un arrondissement où réside également une forte population de passage, permet une meilleure réactivité des policiers, par rapport à d'autres circonscriptions, à l'enregistrement d'une plainte ou d'une main courante d'un voisin (pour des jets d'objets par exemple, la réactivité évite, d'après les fonctionnaires de police, la survenue de « gros soucis » liés au comportement de personnes atteintes de troubles mentaux). A Sceaux, il semblerait aussi que les habitants écrivent facilement au Maire ou se rendent directement au CCAS pour signaler un cas problématique.

Un des élu(e)s participant au séminaire a confirmé cette réalité en l'illustrant de la manière suivante :

*Elu 4/ « [...] ce service municipal est souvent saisi par le biais d'une plainte, mais la plainte n'est pas du tout similaire selon les quartiers et sera traitée différemment... On le voit sur les questions du bruit, de salubrité, de nuisances de voisinage, etc. **Pour une même plainte il y aura un traitement sécuritaire dans un quartier mais pas dans un autre... la situation du chien qui aboie sur un balcon n'aura pas la même réponse dans un quartier dit sensible de la ville ou en centre ville : en centre ville, ce sera le bureau d'hygiène qui interviendra avec la médiation des voisins, et dans d'autres quartiers, ce sera beaucoup plus facilement la police municipale...** »*

L'absence de plainte doit être prise en considération si l'on souhaite aborder la façon dont les troubles de voisinage liés à des troubles mentaux sont pris en compte par la municipalité. Ainsi, une telle absence doit pouvoir être « décodée » par l'él(u)e local : indique-t-elle une certaine **tolérance sociale aux troubles mentaux** ou au contraire **une peur collective paralysant la plainte** ?

Une préoccupation des élu(e)s participant au séminaire, confortée par les échanges avec le réseau d'acteurs rencontrés à Grenoble mérite d'être rappelé : la quasi absence de plaintes dans les quartiers défavorisés serait loin de signifier l'absence de souffrance, mais informerait au contraire sur une souffrance psychosociale partagée et impensée par un collectif. **Le faible taux de plainte** de voisinage et le faible nombre d'HO dans les quartiers dits sensibles ne seraient donc pas révélateurs d'une « bonne santé mentale » mais le signe d'une occultation de la souffrance et/ou d'une peur de représailles éventuelles.

A cet égard, deux cas bien différents doivent être distingués :

- le cas du CCAS de Sceaux s'interrogeant sur l'intérêt d'envisager une mesure d'HO face aux multiples courriers déposés dans ses services à l'encontre d'une personne atteinte d'un trouble mental: on apprend, après enquête de la police municipale, que l'absence de plainte et/ou de demande d'HSC est en rapport avec la tolérance des « victimes » qui disent estimer que la personne a des problèmes de comportement parce qu'elle n'a pas toutes ses facultés mentales,
- d'autre part, des cas d'absence de plaintes correspondant effectivement à la peur collective face à de possibles représailles ont également été évoqués, notamment pour des situations connues dans des quartiers d'habitat social de Nantes et de Grenoble.

D'autres sources de demandes émanent d'acteurs institutionnels. Des situations contrastées posant plus ou moins question aux élu(e)s ont été observées sur le terrain, comme par exemple à Grenoble où la demande provenant très majoritairement de la psychiatrie publique provoque parfois des confrontations avec l'élue (non médecin) qui refuse de se « soumettre » à l'indication médicale, ou à Roubaix (Cf. citation ci-dessous), où l'élue (médecin) a réussi à mettre en place un dispositif où la police nationale formule systématiquement la demande :

Elu 6/ « Un trouble de l'ordre public est analysé par la police. Ensuite ça passe aux services administratifs de la ville qui m'alertent et qui me présentent les documents. A ce moment là, je juge sur la lecture des documents tels qu'ils me sont présentés ».

La vignette présentée par l'élue à la santé de la ville de Nantes illustre les diverses orientations possibles d'un même cas, selon l'angle d'approche privilégié au sein de la municipalité. Comme on a pu le lire plus haut (pages 15 et suivantes), une situation d'incurie relativement banale peut conduire à deux manières radicalement différentes de gestion et de type de prise en charge, selon que l'élue privilégie l'approche « santé » ou « sécurité », ou essaie de « tenir » les deux approches.

Cet exemple illustre comment peut être élaborée une problématique de santé mentale entre services ayant des cultures et des responsabilités distinctes, en assumant une conflictualité de logiques différentes, chacune ayant, en quelque sorte, sa légitimité.

Cet exemple met aussi en évidence qu'en sus du cadre légal, dont l'imprécision peut être compensée par l'interprétation des tribunaux en matière d'incurie, un cadre d'intervention spécifique est nécessaire pour mettre en action le dispositif municipal que l'élue(e) est en mesure de mettre en place et de réguler ; l'absence de cette régulation, dans ce cas pré cité, aurait probablement conduit au recours inapproprié à une mesure d'HO. Il est vrai que le rôle étayant de la tante-tutrice a également été déterminant en sa qualité de tiers.

3.3. Les déterminants éthiques de la position de l'élue(e) : effets de marquage et poids des représentations dans la gestion des demandes de mesures d'HO

3.3.1. Stigmates, marquage

La décision de signer un arrêté d'HSC n'est pas un simple acte administratif : il s'agit d'une mesure lourde de conséquences qui n'est pas vécue de manière anecdotique.

Il n'est pas toujours aisé de légitimer une mesure de fait attentatoire à la liberté des personnes, perçue comme stigmatisante, même au nom d'un légitime souci de santé et/ou de sécurité publique qui ne relève pas toujours clairement de leur champ de « compétences »³³, et qui, dans la grande majorité des cas, est engagée dans des conditions aléatoires.

Les élu(e)s ont souvent fait état de leur malaise devant ces situations, qui renvoie à leurs capacités personnelles d'assumer la responsabilité éthique autant que politique d'un acte, dont ils ont souvent le sentiment de ne pas en maîtriser les tenants et les aboutissants.

Dans ce processus, le poids symbolique de l'expertise médicale a presque toujours un ascendant important de même que le degré de personnalisation de la mesure : la distance au sujet varie significativement d'une ville et d'un élu(e) à l'autre, entre autre plus délicate dans une petite commune où l'élue(e) est en relation proximale avec ses concitoyens.

Le souci du respect des droits fondamentaux des citoyens, dont ceux relatifs à la liberté des personnes et aux droits des malades, préoccupent particulièrement les élu(e)s locaux lorsqu'il s'agit de prononcer une mesure qui marque durablement le sujet dans sa biographie.

Les extraits des échanges reproduits ci-dessous restituent les doutes et préoccupations des élu(e)s quant aux effets de « marquage » de l'HO, qui font sans doute écho à la perception des personnes concernées par ces mesures, perception à laquelle n'échappent pas non plus les professionnels du secteur de psychiatrie publique eux-mêmes.

Elu 1 / J'ai une autre question : quelle différence pour un citoyen entre l'HDT et l'HO ?

Philippe Bernardet / Les avis sont partagés : dans la masse de gens que je vois, qui s'estiment avoir été l'objet d'une mesure arbitraire, souvent ils ne voient pas la différence. En revanche, pour des gens qui sont dans une prise en charge thérapeutique avec leur consentement parfois, l'HO est souvent considérée comme une infamie, quelque chose de redoutable parce qu'ils ont été –en plus d'être considérés comme malades- considérés comme dangereux. C'est l'idée que beaucoup s'en font.

Elu 1 / L'HDT, c'est bien aussi une hospitalisation sous contrainte aussi.

Philippe Bernardet / Oui. Mais les patients qui ont la pratique de l'hôpital psychiatrique, des soins, font une échelle de valeurs avec l'HO qui est la chose la plus infamante. Je connais une personne qui a une vingtaine d'HDT et qui a été catastrophée parce qu'on lui a dit qu'on allait la mettre en HO parce qu'ils en avaient assez de vouloir arriver en HDT, il fallait qu'elle comprenne, qu'elle se stabilise un peu. C'est une manico-dépressive... Je lui ai dit que c'était exactement la même chose. Bien sûr, de toute façon, elle ne pourra pas sortir sans ordre du préfet. Mais elle a la chance d'être dans une équipe où de toute façon, en général, au bout d'une semaine ou dix jours, on fait sortir. Cette équipe fera la demande de levée d'HO et l'obtiendra.

³³ Ce sont surtout les élu(e)s délégué(e)s à la Santé et/ou aux Affaires Sociales qui se voient « chargés » de ces questions.

Animateur/ Je comprends la question en analogie avec les mesures de protection sur les biens. Quand on est sous curatelle, même sous curatelle renforcée, on a le droit de vote. Quand on est sous tutelle, on perd le droit de vote. Est-ce qu'il y aurait aussi pour le HSC une gradation ? Par exemple, pour devenir fonctionnaire, il y a une enquête de telle manière que si on a été en HO, on ne peut pas postuler, dit-on.

Les effets des différents systèmes de fichage des personnes signalées en vue d'une mesure d'HO, constituent un autre facteur perturbateur de l'engagement des élu(e)s dans ce type de mesures. Les discussions au sein du séminaire, tout comme les éléments recueillis dans le travail de terrain, confirment que les élu(e)s ne regardent pas avec tranquillité la multiplication des systèmes d'information traçant le parcours de ces citoyens dans les différents services et dispositifs techniques qui ne répondent pas nécessairement aux critères légaux définis par la CNIL et la loi du 4 mars 2002 en la matière.

3.3.2. Fichiers

Les « traces » laissées par les mesures d'HSC dans les fichiers de la DDASS, des pompiers, de la police et de la justice³⁴, tout comme dans ceux des différents services municipaux impliqués dans la gestion des situations et procédures nécessaires à la signature d'un arrêté d'HSC, ou encore celles inscrites dans les fichiers des organismes gestionnaires des logements collectifs, dans les services sociaux, et même dans les services de santé plus ou moins spécialisés, génèrent un lourd sentiment de responsabilité pour les élu(e)s qui signent une mesure susceptible de « marquer la personne » hospitalisée et de provoquer des situations préjudiciables pour elle, au-delà de la question de l'accès au soin³⁵.

Le cas du « fichier des aliénés » de la Préfecture de Police de Paris, tenu notamment par les Unités de Police de Quartier (UPQ), consulté avant et complété après chaque intervention (on rapporte les observations actualisant les informations des personnes ayant déjà été envoyées à l'IPPP, et l'on inscrit celles nouvellement envoyées), illustre également les risques de ce type de systèmes. Certaines jurisprudences en attestent, telle l'affaire Buican (cf. infra p. 123).

Le fichier³⁶ utilisé par la PUP sur sa propre initiative ou sur demande du Bureau de Protection du Public, comporte des « listes d'aliénés par secteur » très succinctes, qui indiquent les noms et prénoms des personnes, leur adresse, la date de la dernière vérification de situation et les éléments recueillis à cette date (exemple : *envoi à l'hôpital Perray-Vaucluse le...*). Au moment de notre visite, sur les quatre secteurs de la PUP que nous avons pu consulter, on pouvait observer que 0,43% de la population y était inscrite, soit 129 personnes sur un total de 30 000 habitants :

³⁴ Notons ici que le casier judiciaire ne concerne que la personne qui a été condamnée. Le parquet conserve notamment, puisqu'il est en charge des personnes admises en HDT ou en HO, un fichier sur les personnes admises. Il existe également un fichier qui s'appelle le FCE, centralisé par la police nationale. Les autorités administratives ont la possibilité de consulter ce fichier pour voir ce qu'il contient. Enfin, la main courante est de plus en plus informatisée dans les commissariats.

³⁵ Monsieur Bernardet, a présenté un cas relatif aux effets négatifs pour les intérêts d'une personne en cours de divorce, d'une HO « révélée à charge » par son conjoint pendant la procédure.

³⁶ Nous avons pu le consulter pendant nos travaux de terrain à Paris.

L'information consignée relative aux suites de l'HO se limitait souvent à sa levée, bien que d'autres observations y figurent, telles :

- « Accès au domicile impossible »
- « Déménagement »
- « RAS »
- « Sortie d'essai de telle date à telle date »
- « Suivi par le centre médical »
- « Signalement « hygiène mentale »
- « Rapport de la DPP »

Les extraits suivants de la séance de travail avec le réseau d'acteurs de la ville de Grenoble, ainsi que celle relative à l'intervention de Philippe Bernardet, illustrent encore cette question, et permettent de constater que la connaissance des différentes formes de fichage et modes d'utilisation des informations recueillies est variable :

Directeur de la Prévention et de la sécurité (Grenoble)/ Je peux compléter pour la partie sécurité publique. Parallèlement dans cette démarche, j'ai été saisi à deux niveaux : le premier niveau, c'est de toujours regarder, mais là ça pose un vrai problème juridique, si effectivement la personne a eu à faire à la police ; ça pose un vrai problème puisqu'il y a la notion du dépôt de plainte, bien encadrée juridiquement. Mais il y a une notion plus complexe : la main courante qui peut faire foi comme document juridique, mais surtout les personnes qui ont eu affaire avec la police, sont recensées dans un fichier que l'on appelle le STIC, fichier des personnes mises en cause mais pas nécessairement condamnées. Aujourd'hui, il a une existence légale avec une déclaration CNIL. Mais en fait, c'est un fichier qui permet, avec une entrée « auteur » et « victime », de retrouver pour les différents citoyens les moments où ils ont eu affaire aux services de police. Ce fichier a longuement défrayé la chronique ces dernières années. Du coup, c'est une des entrées qui permet de voir si des gens qui ont eu des comportements « anormaux » ont pu être recensés ou avoir eu affaire avec la police nationale.

Animateur/ Vous avez dit que vous étiez interpellé à deux niveaux ? Vous avez abordé les deux ?

Directeur de la Prévention et de la sécurité/ Soit effectivement l'autorité de police me saisit directement sur des cas qui peuvent paraître problématiques au niveau du comportement. Par exemple une HO que l'on avait menée sur une personne qui au départ présentait des problèmes avec son voisinage. En fait, il s'est avéré que cette personne avait un comportement qui allait bien au-delà du simple différend avec son voisinage. Soit c'est la police qui le signale, soit c'est le service promotion de la santé qui le signale à ma direction et l'on fait une demande à la police nationale pour qu'elle regarde sur ces fichiers si elle a quelques éléments sur le passé, parce que vous savez que pour faire une HO, il faut quand même avoir une traçabilité, un historique... C'est une mesure, comme ça a été très bien rappelé, qui est gravement attentatoire aux libertés. Du coup, il est important de voir si la police dans son quotidien, a pu avoir à faire à ce type de personnes, ce qui éventuellement peut venir en appui sur une démarche de notoriété publique, ou sur le caractère d'urgence dans la prise en charge psychiatrique.

Animateur/ Les mains courantes donnent acte ?

Directeur de la Prévention et de la sécurité/ La main courante est un document sur lequel on recueille les paroles, ça reste local. Par contre le fichier STIC permet d'avoir la traçabilité des personnes qui ont eu affaire avec la police. Celui là n'a pas qu'une existence locale, mais plus large.

Animateur/ Il se nourrit de mains courantes ?

Directeur de la Prévention et de la sécurité/ Tout à fait. Il se nourrit de la main courante mais informatisée. C'est un peu subtil dans la police : il y a à la fois le recueil que vous avez au commissariat de police et après vous avez, au niveau informatique, ce qui est relevé par les interventions sur le terrain des services de police ou dans un cadre judiciaire. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Parallèlement, il se trouve que sur ces cas, le chef d'Etat Major avait été contacté par la famille (belle-sœur...) qui lui avait dit « attention, ses parents ont peur. Il est venu plusieurs fois essayer de les voir de manière extrêmement agressive. Il ne leur ouvre pas. Il escalade le portail. On a vraiment peur pour eux ». C'est comme ça que j'ai été saisi par la police municipale... ils me signalent de temps en temps quand il y a vraiment des gens dont ils estiment qu'ils ne relèvent pas de la délinquance classique mais plutôt de gros troubles du comportement. Donc, ils nous le signalent en nous

disant « on pense que ce sont des gens qui relèvent plus du secteur psychiatrique », mais au sens large, sans avoir d'appréciation médicale qui vont plus loin que ça. On avait eu le cas, sur une HO, où effectivement la police sur une semaine est allée quasiment deux fois toutes les nuits relever des tapages. Au bout d'un moment, ils se sont aperçus que ça ne servait à rien de faire des PV de tapages. L'habitant en question avait un problème qui dépassait les problèmes de voisinage. C'est aussi une entrée où ils ont eu des informations sur le comportement mais qui ne sont pas vérifiées au niveau de l'information juridique « police » sur des dépôts de plaintes, ou des dépôts de mains courantes. C'était plus sur de l'information informelle.

Animateur/ Mademoiselle, vous disiez « pour le parquet, le STIC servait... »

Stagiaire à la direction prévention à la sécurité de Grenoble - auditrice de justice - Ecole Nationale de magistrature/ Le STIC est un fichier informatique qui sert au niveau des parquetiers chargés de la permanence, lorsque quelqu'un est placé en garde en vue ou fait l'objet d'une audition simple. Le parquetier doit prendre une décision sur l'action publique. On demande le B1 (le casier judiciaire accessible aux seules autorités judiciaires). Le problème, c'est que ça met un peu de temps. On a un deuxième fichier, qui est donc le STIC qui nous permet de connaître les antécédents de la personne et de pouvoir déjà avoir une première appréciation de la personne que l'on a en garde en vue. Parallèlement, l'OPJ (officier de police judiciaire) qui va l'interroger va lui demander ses antécédents et ça permet, en attendant le B1, d'avoir une première appréciation de la personne que l'on a à auditionner. C'est un fichier dont l'accès est réservé aux services de police, à la gendarmerie et au parquet. Il y a un fichier gendarmerie, aussi.

Elu 4/ Peut-être qu'il serait consultable pour les HO ?

Directeur de la Prévention et de la sécurité/ En gros, vous tapez le nom et la date de naissance, et vous n'avez pas le jugement mais les affaires pour lesquelles la personne a été mise en cause mais absolument pas condamnée. Parfois la personne n'est même pas placée en garde à vue, mais seulement mise en cause dans le cadre d'une plainte... il faut être extrêmement soucieux et vigilant de la présomption d'innocence, parce que ça ne veut absolument pas dire que la personne a été poursuivie et condamnée... c'est vraiment très important. Mais c'est le fichier qui est le plus rapidement consultable en urgence et après, localement, il y a la possibilité, sur des incidents qui peuvent être rapportés par le service promotion de la santé, à travers la main courante informatisée qui révèle l'activité au quotidien des services des polices, d'avoir l'historique d'une intervention. Par exemple : sur une personne dont on a un certain nombre de présomptions, on dit : la police est intervenue à peu près à cette date... il y a la possibilité de rechercher à quelle date précisément est intervenue la police à cette adresse et d'avoir le rapport de l'équipage qui est intervenu. C'est une autre possibilité. On s'aperçoit que dans tous les signalements que l'on a, on retrouve très peu d'informations au niveau de la police sur ces gens-là. En plus, quand on peut en retrouver de temps en temps, le rapport de police n'est pas du tout circonstancié en matière de psychiatrie, de présomption de troubles de comportement... souvent, c'est une intervention sur un différend familial, les deux parties partent chacun de leur côté, fin de la mission... terminé !...

Animateur/ [...] Y a-t-il lieu de parler de « schizophrénie » dans le cas particulier des certificats médicaux dans la procédure des HSC ?

Philippe Bernardet/ C'est du domaine médical effectivement.

Animateur/ Ce n'est pas indispensable pour l'avis médical ?

Philippe Bernardet/ Il n'y a pas d'obligation. Le certificat médical doit décrire les troubles mais n'est pas obligé de donner le diagnostic.

Animateur/ Une personne qui aurait connaissance que des informations relevant de son intimité auraient été données à la mairie pourrait se retourner contre le praticien ?

Philippe Bernardet/ oui.

Elu 4/ Mais contre la mairie aussi ? Parce que ce sont des dossiers malgré tout qui sont conservés.

Philippe Bernardet/ Tout dépend de ce qu'en fait la mairie.

Elu 4/ Elle les conserve.

Philippe Bernardet/ Elle ne peut pas non plus les jeter au panier...

Elu 4/ Il y a quand même quelque part, un fichage d'un certain nombre d'habitants...

Philippe Bernardet/Le parquet conserve notamment, puisqu'il est en charge des personnes admises en HDT ou en HO ; il a un fichier sur les personnes admises. Le temps d'archivage de ce fichier ? Je l'ignore. Une personne qui travaille sur ces questions là a découvert cet archivage tout à fait particulier du parquet à Paris. Normalement, pour les DDASS, c'est au bout d'un an, à la suite de la sortie d'hospitalisation, que les traces d'une HO ou d'une HDT doivent être supprimées. La DDASS pour assurer le suivi des renouvellements d'arrêtés, etc., a à charge de garder un an les données. Au bout d'un an, elle doit les détruire à compter de la sortie de la personne. Il ne semble pas qu'il y ait cette pratique au parquet.

Animateur/ C'est ce qu'on appelle la « chaîne pénale »...

Animateur/ Vous parlez du fichier, d'une liste ou d'un dossier archivé...

Philippe Bernardet/ C'est une liste au niveau du parquet des personnes hospitalisées d'office ou en HDT. Il y a un fichage informatisé à Paris au niveau du Parquet qui porte un nom spécial.

Animateur/ Il y a un fichier qu'on appelle « FCE » je crois... c'est à la police. Là aussi c'est tracé. Lorsqu'elles sont sollicitées pour une intervention de ce type, les autorités administratives ont la possibilité de consulter ce fichier pour voir si la personne est connue et pourquoi... Par ailleurs, la Main Courante est une autre base d'informations de la police, qui est parfois informatisée je crois...

Philippe Bernardet/ En matière de renseignements généraux, il y a un décret qui est passé, et tout un contentieux s'est développé là-dessus, entre la compétence de la commission d'accès à l'administratif et celle de la CNIL. A une époque, on distinguait au sein des renseignements généraux, les dossiers qui servaient à faire les fiches. Vous aviez les fiches fichées aux RG et vous aviez les dossiers par ailleurs. En 1991, un décret est sorti qui considère que tous les documents archivés aux RG font l'objet d'un fichier général et de fichiers de RG comme compétence CNIL. Ceci a pour conséquence que vous n'avez pas d'accès direct : il faut passer par la CNIL pour accéder à ces renseignements.

On a découvert aussi –je ne sais pas ce que c'est devenu- qu'il y avait un fichier des fléaux sociaux à la DDASS de Paris, en 1977. Dans la législation sur l'internement, il y a une législation des fléaux sociaux...

3.4. Un décideur sous pression : entre expertise technique et responsabilité politique, l'él(u)e face à la décision d'initier une HO

Lorsque les élu(e)s chargés des HO ne se contentent pas de signer l'arrêté en suivant les conseils des services techniques ayant instruit le dossier, et réclament le droit d'exercer leur pouvoir légal de contrôle sur le dispositif, ce dernier peut se mettre à « dysfonctionner » : avec des stratégies et pratiques de mise à distance, d'évitement, voir de pression ou de tentatives d'instrumentalisation des élu(e)s.

La compréhension des enjeux et conditions de mise en œuvre des mesures d'HSC passe également par la prise en compte de la problématique comme un lieu d'expression des forces sociales qui opèrent au sein du champ de la « santé », exprimant les efforts faits par les différentes catégories d'acteurs pour contrôler les leviers autour desquels s'organise l'effectivité du pouvoir.

Dans cette perspective, on peut tenter de comprendre les jeux d'acteurs et les enjeux du champ, ainsi que les dynamiques sociales à l'œuvre. Si la reconnaissance du sujet/malade apparaît comme un facteur déterminant de la configuration actuelle du champ, l'engagement de l'acteur politique dans sa régulation n'apparaît pas moins important : il permet de mettre clairement en

lumière le caractère éminemment politique de la santé³⁷, fut-elle « mentale », et dessine les contours d'un des principaux domaines d'application des biopolitiques³⁸ contemporaines, soit celui qui vise le contrôle des comportements perturbant l'ordre social.

Les éléments suivants constituent des formes d'expression concrète de cette dimension de la problématique permettant de discerner les enjeux de relation entre les élu(e)s, la police et la psychiatrie publique. Si, en général, des modes de coopération positive se mettent en place entre ces trois catégories d'acteurs, la place des élu(e)s dans le champ ne semble pas toujours évidente, et conduit parfois à des confrontations plus ou moins directes, qui attestent des enjeux de pouvoir et conditionnent la qualité des relations entre eux. Dans ces circonstances, lorsqu'ils prétendent « occuper leur place », les élu(e)s doivent souvent d'abord « se battre » pour la « trouver », ensuite pour la « garder », résistant plus ou moins bien aux jeux des pressions qui se manifestent. La méconnaissance de la loi et de la jurisprudence par les élu(e)s apparaît d'ailleurs comme un facteur facilitant le renoncement à l'exercice de leur pouvoir au profit de l'abandon de la décision aux pouvoirs techniques.

3.4.1. Faire face : saturation psychique et exposition personnelle, les risques d'une approche exigeante

L'expérience répétée de la charge émotionnelle et psychologique liée à la signature d'une mesure d'HO, provoque, chez certains élu(e)s particulièrement sensibles à la problématique de santé et/ou trop souvent sollicité(e)s par ce type de mesures, un effet de saturation psychique, qui conduit à augmenter leurs réticences.

Les extraits suivants des discussions au sein du séminaire révèlent le malaise³⁹. Comme on peut le voir, dans ces circonstances, la mesure se retourne contre l'élu(e), aussi bien au niveau de son intégrité psychologique et éthique voire même physique et sociale : les élu(e)s ne se considèrent pas préparés pour affronter les conséquences directes ou indirectes que leur décision pourrait entraîner :

Elu 5/ La signature d'un arrêté d'HO c'est pas pareil !... [...] ma fonction d'élue, c'est d'essayer d'organiser la ville, la cité, au mieux, pour les gens... et là c'est anonyme... ou alors ça va être un groupe (« les jeunes » par exemple)... mais, la signature d'une HO, c'est une personne, un nom, une date de naissance, je sais où elle habite, si elle a blessé quelqu'un, je vais pouvoir aller voir à l'hôpital comment elle se porte... Elle est là la différence ! Je suis dans une intervention de personne à personne... les personnes hospitalisées, vous les connaissez, ce sont des visages, des personnes !... Alors que la fonction de l'élue, ce n'est pas toujours un nom, un visage... Le rôle est différent...

Elu 4/ On a le rôle de juge, c'est un rôle tout à fait particulier que n'ont pas les autres élu(e)s. Il faut voir –et c'est complètement du subjectif– la manière dont ça se passe quand on nous appelle !... L'ensemble des services, des secrétariats, sont aussi dans un état particulier quand ils amènent ce parapheur là. Ce n'est pas un parapheur anodin, tout le monde est un peu fébrile, ça a monopolisé un certain nombre de services en amont avant que ça m'arrive et c'est, généralement monté avec une certaine... je ne sais pas comment le dire, trouver le mot...

Elu 2/ Une subjectivité forte ?...

Elu 4/ Il y a une appréciation de l'administration sur ce que l'on est en train de faire !...

³⁷ Didier FASSIN : « L'espace politique de la santé », PUF, Paris, 1996

³⁸ Michel FOUCAULT : « Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir », NRF, Ed. Gallimard, Paris, 1976.

³⁹ Le malaise des élu(e)s a fait l'objet d'un premier rapport de recherche en 2005, *Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, Les Editions de la DIV.

Elu 5/ Parce que ce n'est pas notre métier

Elu 1/ Je ne raisonne pas comme ça : les gens, je les connais. A chaque fois je me demande s'il n'y a pas autre chose à faire qu'une HO. Mais dans le même temps, je me dis, puisque l'on connaît les gens, que l'on a travaillé avec eux longtemps : « enfin, il y aura peut-être un soin qui va se mettre en place après l'HO ». J'ai eu le cas pour une dame qui n'a pas eu de suivi après. La dame est revenue sur la commune et le bruit a couru que « Je l'avais enfermée... ». Je reconnais que ça m'a fortement ennuyée...

Elu 2/ Je trouve que c'est plus contraignant d'être appelé pour un incendie que pour une HO...

Elu 5/ Sur un incendie, tu reloges les gens, ils pleurent, tu leur offres un café, tu fais quelque chose. Tu as l'impression que c'est très positif. En HO, tu constates que la personne ne va pas bien, que l'on a tout essayé et que ça n'a rien fait, et retour à la case départ ! C'est un sentiment d'impuissance et d'intrusion dans la vie privée, sans solution... , c'est désespérant, c'est un sentiment de désespoir pour moi

Elu 2/ Ce qui te touche, c'est l'impuissance ?

Elu 5 /Le désespoir.

L'usage répandu d'une délégation presque systématique de cette responsabilité de la part du Maire à l'un de ses adjoints (en général il s'agit de l'adjoint chargé de la santé, du social, et plus rarement de la sécurité), malgré le caractère relativement précis de la législation en la matière⁴⁰, contribue à produire l'effet de saturation psychique. L'expérience de Nantes est exemplaire : dans cette ville où l'on prononce une mesure d'HSC par semaine, la « mallette de l'élue(e) »⁴¹ indique que les mesures sur avis médical sont mises en œuvre pendant les jours et les heures ouvrables par l'élue déléguée à la santé et la Mission Santé Publique, et la nuit, les week-ends et jours fériés par les élu(e)s de permanence. Les mesures sur notoriété publique sont mises en œuvre par l'élue déléguée à la santé et la Mission Santé Publique. L'extrait suivant rapporte l'effet de saturation que cela produit chez l'élue à la santé, qui s'occupe de la presque totalité des situations pouvant mener à une HO :

Elu 5/ "Donc, c'est jour et nuit, week-end, journée... C'est tout le temps, n'importe quand, 24h/24h". Ce que je voulais dire, c'est que c'est n'importe quand, à tout moment, j'ai toujours mon portable allumé, pour être joignable... C'est tellement épuisant d'être réveillée toutes les nuits (quand on dit que c'est par vagues, et bien, oui, le mois de mai, j'en ai des souvenirs atroces !). J'ai eu un portable offert par la ville pour pouvoir être réveillée à tout moment pour que l'on puisse faire l'HO. Ca ne veut pas dire que l'on m'appelle toutes les 5 minutes, mais le portable est allumé tout le temps parce que je suis susceptible d'être appelée. Alors que pour aucune autre activité de la mairie, je n'ai cette contrainte. Maintenant, les adjoints sont de permanence par roulement la nuit. Nous sommes 52, il y a 52 semaines, toutes les semaines ça change pour que la nuit je ne sois pas dérangée. Mais, si l'élue n'est pas là ou ne répond pas, et bien ça vient chez moi !...".

⁴⁰ D'après un principe de droit public fondamental dès lors que la loi ne prévoit pas expressément qu'il s'agit d'une voie spécifique de délégation de pouvoirs, elle n'est normalement pas possible. La délégation de signature de façon permanente pose ici problème. La possibilité pour un élu communal de se substituer au Maire doit répondre à des cas de figure prévus (empêchement du Maire). Il n'existe pas de jurisprudence en matière de légalité de la délégation de signature. En revanche, dans une décision très récente qui émane du Tribunal Administratif de Dijon du 9 février 2006 dans une affaire Raffin (pour des faits remontant à 1988), le juge a annulé l'arrêté provisoire car l'hospitalisation d'office provisoire a été signée par un adjoint au Maire de Fuissé n'ayant pas reçu délégation de signature du Maire pour signer les décisions de placement d'office ; la commune n'établissait ni même n'alléguait que cet adjoint avait signé cet arrêté sur le fondement des dispositions de l'article L. 122-13 du Code des Communes, qui prévoit les conditions de remplacement provisoire du Maire dans la plénitude de ses fonctions en cas d'absence de suspension de révocation ou de tout autre empêchement de ce dernier. Ainsi, il n'y aurait qu'en cas d'empêchement et d'absence du Maire que la délégation serait légale : l'adjoint qui signe l'arrêté doit préciser « pour le Maire empêché »).

⁴¹ Ensemble de document qu'a avec lui l'élue(e) de garde, qui envisage toutes les situations d'urgences et les conduites à tenir ;

[...] « Même si on n'en signe que deux par mois, ça prend beaucoup de place dans la tête, et les dernières j'ai vraiment beaucoup peinée, j'ai eu du mal à les signer, il fallait qu'ils m'arrachent la signature !... »

Les extraits suivants confirment que l'effet de saturation psychique correspond à un processus institutionnel complexe, impliquant que les mesures de protection parfois proposées participent aussi, à la construction de la représentation du risque par l'élue :

Elu 5/ « Le service santé publique me met en garde : si en face, c'est quelqu'un de vraiment malade, on ne sait pas s'il ne peut pas être dangereux. Pour l'instant, les demandes d'hospitalisation ont été modifiées pour que mon nom n'apparaisse pas, ni le nom de la personne qui suit l'affaire, pour éviter que la personne hospitalisée s'attaque ensuite à celui qui l'a fait hospitaliser ».

Dans tous les cas, et en accord avec les constats faits dans le cadre du séminaire 2003/2004, l'intervention d'un(e) élu(e) dans un dispositif aussi spécialisé que celui-ci ne va pas de soi, car sa présence perturbe l'homéostasie d'un champ qui trouve traditionnellement ses « équilibres » sur d'autres registres. Nous verrons ci-dessous que lorsqu'ils se confrontent à ce type de difficultés, les élu(e)s locaux travaillent sur la dimension proprement politique de la problématique des HSC.

3.4.2. La police : entre dangerosité et non assistance à personne en danger

Que ce soit à Paris, où ils ont formellement la charge du dispositif, ou en province, où ils assurent souvent le premier contact avec les personnes et accompagnent l'élue dans l'orientation vers une HSC⁴², la police nationale ou municipale apparaît comme un acteur majeur du dispositif.

L'expérience « clinique » de la police : un paramètre essentiel de la qualité des interventions

La police a su développer une expertise indispensable au bon fonctionnement ordinaire du dispositif, reconnue tant par les acteurs de terrain que par les instances judiciaires qui, dans certaines circonstances (définies par l'urgence notamment), peut les positionner à la même « hauteur » que les élu(e)s.

Comme le rappelle l'extrait suivant, d'après les enquêtes sur site, le service Promotion de la Santé de la Ville de Nantes, qui intervient régulièrement au domicile des personnes avec la police de proximité, notamment pour les cas d'instruction d'HO sur notoriété publique, la connaissance fine du terrain et des personnes en détresse par la police, ainsi que son implication fréquente en cas de troubles du voisinage débouchant sur des plaintes, en font un collaborateur particulièrement pertinent pour la qualité des interventions.

Le service Promotion de la Santé de la Ville de Nantes/ « On doit reconnaître que la police évalue bien les situations ; quand il y a une HO, l'HO est rarement levée. On a peu d'HO qui sont levées, qui ne sont pas confirmées par le Préfet. Il y en a trois, quatre par an et d'ailleurs pas forcément pour des raisons psychiatriques ; parfois c'est quelqu'un qui se sauve ou quelqu'un qui est transféré. Mais on ne sait pas toujours. Donc, très peu d'HO levées. Quand ça passe par la police, en général, ça se passe bien !... ».

Dans la même perspective, il est important de noter que la jurisprudence montre que lorsqu'il y a contentieux, les tribunaux accordent une compétence d'appréciation et de décision provisoire aux

⁴² Dans certaines villes, les difficultés de mobilisation en temps réel de l'expertise psychiatrique expliquent que l'expertise policière prévale.

forces de police, qui les situe de fait à la place de l'élue(e) : alors que dans l'affaire Deshayes (Tribunal administratif –TA- de Nantes 23 février 1993 pour des faits de 1984), le TA avait confirmé l'incompétence de la police en province, le Conseil d'Etat, dans l'affaire Granata (arrêt du 17 novembre 1997), a validé des mesures de police : l'admission avait été faite par le chef d'établissement au vu des réquisitions de la police, puis l'arrêt du Maire survenu 24h plus tard avait été annulé. Toutefois, le Conseil d'Etat a validé le principe qu'il peut y avoir une admission informelle par décision, toute aussi informelle, des forces de l'ordre (« *une personne majeure présentant des signes de maladie mentale et dont le comportement paraît présenter un danger imminent pour sa propre sécurité, ou pour celle d'autrui, peut être retenue contre son gré dans un établissement d'hospitalisation générale ou spécialisé pendant le temps strictement nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'internement d'office ou de placement volontaire prévues par le code de la santé publique* »).

L'expertise de la police est en rapport direct avec l'expérience des équipes qui, lorsqu'ils sont spécialisés comme à Paris, développent un « sens clinique » particulièrement aigu, améliorant de fait la performance et la justesse des mesures.

Il est intéressant de remarquer que les Unités de Police de Quartier (UPQ) de Paris effectuent à chaque fois que possible une enquête pour confirmer ou infirmer la demande d'intervention, et mieux apprécier le degré de « normalité » du comportement ou des nuisances. Ainsi, les critères d'appréciation de la police urbaine de proximité (PUP) se forgent au fur et à mesure des interventions, et sont, d'après les fonctionnaires de police consultés, considérés au cas par cas, en fonction de leur expérience : la plupart du temps, les critères les plus utilisés sont la disproportion entre le comportement et sa cause, l'incohérence du discours, et pour les cas les plus aigus, le cumul avec des nuisances sonores, détritus et dégradations, qui laissent suspecter un problème de santé mentale.

Un officier de la PUP du 8^{ème} arrondissement⁴³ / « Par exemple, si des hurlements interviennent sans raison valable ou s'ils sont disproportionnés par rapport à leur cause, on suspecte un problème de santé mentale... On essaie de le distinguer d'un comportement outrancier restant du domaine de l'infraction », « c'est un peu subjectif à notre niveau. L'expérience y est pour beaucoup. Ce sont souvent des courriers qui n'ont ni queue ni tête »

Les services municipaux en charge des situations personnelles susceptibles de déboucher sur une HO effectuent parfois un véritable travail d'instruction dans la durée que l'on ne peut mesurer à l'aune du nombre de cas évoqués dans chaque ville. De la même façon, les fonctionnaires de police essaient de suivre certaines situations. Selon les villes, ce travail est plus ou moins effectué en collaboration avec les services municipaux. A Nantes par exemple, les services de la ville travaillent avec les commissariats de secteur qui connaissent la vie de quartier et sont destinataires, comme la mairie et la préfecture, des plaintes de voisinage des riverains :

Un commissaire de police à Nantes / « Ce que l'on essaie de faire, c'est de regrouper ces données, et une fois que l'on en a suffisamment, de les transmettre au service de la santé mentale pour voir le suivi qui peut être envisagé ».

A Paris, la police de proximité gère des dossiers de signalement pour lesquels il y a un problème de santé mentale, qui représentent une dizaine de personnes pour le secteur de la Madeleine, par exemple. Ils concernent des personnes qui n'ont pas forcément été envoyées à l'IPPP. En cas de signalement ou après une levée d'HO (sur demande des services de la Préfecture), la PUP, selon les cas, signalera la situation à un CMP, contactera la famille ou les voisins (enquête de voisinage), cherchera une solution d'accueil (pour les mineurs notamment, en l'absence de

⁴³ L'UPQ du 8^{ème} Arrondissement, secteur « Madeleine », compte un brigadier, un lieutenant et 4 gardiens.

parents), et après avoir joint l'IPPP pour savoir si la personne y a déjà été reçue, essaie de contacter le médecin traitant. En cas de doute et en dehors des cas de grande violence, le commissaire peut également demander un examen de comportement de la personne et, comme l'élu(e) dans les villes de province, s'en remet à l'avis médical. Mais, de manière générale, on note une grande prudence quant à l'envoi de personnes à l'IPPP, qui paraît en rapport avec l'expérience des équipes qui savent apprécier la gravité du danger et le niveau d'urgence – la notion d'urgence étant évidemment dépendante du caractère routinier de ce type de situations. Les policiers de la PUP font de la sécurité le critère décisif de l'envoi à l'IPPP, de sorte que, en l'absence d'incident violent et de victime, la PUP est très réticente à intervenir car elle considère que « *cela relève de la prévention sanitaire* » : un jeune lieutenant nous confiait ainsi préférer l'envoi des cas limites, comme par exemple une personne âgée atteinte d'Alzheimer, aux urgences générales ou au CPOA.

Un officier de la PUP du 8^{ème} arrondissement / « On a des fous non dangereux mais qui embêtent tout le monde. On ne les envoie pas à l'IPPP dès qu'il y a un délit ou un trouble du comportement (du type courriers au Président de la République, propos incobérents, plaintes dans l'immeuble). Par exemple, un homme qui fait pipi dans les parties communes ou qui se balade nu. Pour les personnes qui veulent parler au Président, on vont vers l'Élysée, c'est le central du 8^{ème} qui s'en occupe directement ».

Limites et dépassements de l'intervention policière

L'importance du rôle de la police dans le dispositif doit être relativisée à la lumière des difficultés pointées au cas par cas :

Elu 2/ Tu les vois les personnes ? (sous-entendu, les personnes pour lesquelles une HO est envisagée).

Elu 5/ Très rarement. La police au début ne voulait pas que je rentre dans les cellules car je n'étais ni député, ni avocat. La direction santé publique me dit que ce n'est pas normal. Aussi, la prochaine fois qu'ils me font ça, si je ne peux pas voir la personne, je m'en irais, je ne signerai pas !... je voudrais les voir !... [...]

Un commissaire de police de la ville de Grenoble rappelle les difficultés rencontrées pour faire coïncider le cadre d'intervention légal des HSC et les situations auxquelles ils sont concrètement confrontés lors des interventions de terrain, qui paraissent relever davantage d'autres catégories d'intervenants (notamment les pompiers et/ou la médecine d'urgence).

Un commissaire de police (Grenoble) / « On est dans une position très délicate vis-à-vis de ce type de troubles. Quand on a un cadre juridique qui le permet, quand on a des faits qui nous permettent de monter une procédure judiciaire, on le fait. Mais quand on a quelqu'un qui objectivement est en état de crise, on est vraiment très déçus. Cette crise, si elle se passe à domicile, avec nos collègues les pompiers, on fait venir SOS médecins, et on réussit éventuellement à faire diriger la personne vers l'hôpital, ce qui n'est pas si fréquent que ça !... ».

La seconde limite réfère au risque d'instrumentalisation des forces de l'ordre qui participeraient, parfois malgré elles, au dispositif d'HSC. En effet, comme le montrent les extraits suivants, trois cas de figure principaux apparaissent dans l'analyse des situations étudiées, qui révèlent un usage inapproprié du dispositif à partir de l'action policière :

1 - Comme le signale un commissaire de police de la ville de Nantes, la police peut être « contrainte » par l'attitude des services hospitaliers d'engager une procédure d'HO qui évite à l'hôpital de gérer la prise en charge initiale et l'orientation éventuelle vers des services spécialisés réputés difficiles d'accès, par ailleurs. Ainsi, la police participe à l'organisation d'un circuit d'accès aux soins de santé mentale d'exception qui participe à

la ségrégation sociale des plus vulnérables vers des circuits d'hospitalisation sous contrainte, puisque dans la majorité des cas, les personnes concernées sont celles qui ont le moins de ressources économiques et sociales à mobiliser pour faire face à cette situation.

Un commissaire de police (Nantes)/ « Ils (les policiers) l'ont transportée à l'hôpital où on leur a dit : « non, non. Il n'est pas question de prendre en charge cette personne. Il faut d'abord qu'elle passe au commissariat pour faire un placement d'office ». Du coup, on en arrive à mettre en place toute la procédure que vous signez. On ne peut pas faire autrement. Mais ce que je veux dire par là, c'est que même le professionnel policier formé, formaté, quelquefois il se dit « celui là est malade. Il faut que je l'emmène à l'hôpital ».

2 - L'absence d'un dispositif de prévention et de soins en santé mentale adapté aux problématiques rencontrées par les services de police, notamment à partir des situations traitées dans le cadre des « troubles du voisinage », est à l'origine d'une autre forme d'usage inapproprié du dispositif d'HSC, qui génère une inflation des recours aux HO, et amène à un traitement policier des problématiques des personnes en souffrance psychosociale ou en phase critique de pathologie mentale. Le recours à la police et l'usage de ce dispositif pour la gestion de ce type de problèmes nous semble confirmer l'existence d'une tendance à la pénalisation des politiques publiques de prévention de problématiques sociales et sanitaires, dénoncée par certains chercheurs depuis quelques années⁴⁴, et récemment par des nombreux acteurs sociaux ayant réagi au projet de loi de prévention de la délinquance qui, dans sa version initiale assimilait la dangerosité potentielle des personnes ayant des troubles mentaux à des délinquants. Ce type d'assimilation comporte des conséquences juridiques et pratiques sur les conditions de « prise en charge » des personnes malades, ainsi que sur le travail propre des fonctionnaires de police :

Un commissaire de police/ « Ce n'est pas du grand danger. On tape sur les tuyaux de chauffage, on détériore les boîtes aux lettres. Et puis ça dure, ça dure... Mais que se passe-t-il ? Avant de déclencher une HO où il y a quand même la notion d'une certaine dangerosité, on met du temps parce que beaucoup de ces situations pourraient relever d'une HDT, sauf que ce sont des personnes extrêmement seules, isolées, auxquelles on n'a pas accès, qui ferment leur porte. Il faut attendre que les situations se détériorent pour s'autoriser une HO relative au danger pour la sécurité des personnes alors que ce sont des troubles de voisinage, certes très ennuyeux pour les voisins, qui relèvent de la maladie mentale, qui relèvent du soin, mais qui ne sont pas forcément des personnes extrêmement lourdes à gérer une fois qu'elles se trouvent dans vos locaux. Il y a ceux que vous trouvez sur la voie publique : et là c'est très clair ; et puis, il y a toutes ces personnes qui sont dans leur maison, parfois la situation traîne six mois, parfois plus... A un moment donné, ça se déclenche. Mais il n'y a rien qui se déclenche sauf que la pile du dossier commence à s'épaissir ou parfois parce qu'il y a un fait un peu plus alarmant. Mais la moitié de ces situations, s'il y avait un parent, ou un curateur accessible, pourraient relever d'une HDT, me semble-t-il ».

Un fonctionnaire de police/ « Globalement, une HO c'est 5 heures dans nos locaux. ... nous avons des locaux qui sont d'une grande vétusté, complètement inadaptés (dans les années qui viennent, on va avoir un nouveau commissariat). Au vu de ces conditions matérielles, quand on nous amène quelqu'un en crise, c'est un peu la patate chaude. On n'a qu'une envie, c'est que cette personne soit le plus vite possible prise en charge dans un local médical. On touche un point qui est vraiment sensible, en tout cas, au niveau gestion police. Je parle surtout pour les cas qui ne font pas l'objet d'un suivi. Parfois vous voyez des cas arriver alors qu'ils n'avaient pas été signalés précédemment, des cas où on a vraiment des gens qui présentent un danger certain. On a énormément de mal à gérer la situation qui est une situation dans une plage horaire qui n'est pas si

⁴⁴ Cf. notamment aux travaux de Loïc Wacquant « Les prisons de la misère », Ed. Raisons d'Agir (diffusé par les Editions du Seuil), Paris, Novembre 1999 ; ou encore « Punir les pauvres – Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale », Ed. Agone, Marseille, 2004. On pourra également consulter avec profit sur ces dérives des politiques de « prévention », les réflexions développées par Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturetin « Santé publique : du biopouvoir à la démocratie », Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1999.

importante que ça. Parce que finalement 5 heures, qu'est-ce que c'est ? Ce n'est pas grand-chose. Mais là, je pense que l'on est quelquefois en position de mise en danger non seulement des fonctionnaires de police mais surtout de la personne qui est très malade dans nos locaux. C'est un point sensible qui à mon avis est surtout dû à une inadaptation de nos locaux et à un manque de rapidité quelquefois des services qui prennent en charge les malades à l'hôpital. Mais je sais qu'ils auront sûrement une procédure qui est très compliquée à mettre en place. Déjà la procédure d'HO, qui prend du temps à être en place ; et après, le fait de trouver des infirmiers, de pouvoir les envoyer chez nous ».

Un commissaire de police/ « La personne a agressé son escorte hospitalière... Ca ne s'est pas bien passé. On ne savait pas que ça allait mal se passer non plus ! Certes, il avait été sédaté – nous ne savons pas véritablement ce qu'il lui a été fourni comme traitement-. Comme ça a duré, inévitablement, il a repris possession de ses moyens pendant le transport »).

3 - Le risque de détention arbitraire est le risque auquel sont soumises les personnes destinataires des mesures d'HO, dont la responsabilité peut aussi revenir aux services de police de par la mission qui leur est confiée à Paris, ou de par la capacité d'initiative qui leur est reconnue en la matière par la jurisprudence en province.

Ce risque provient notamment des conditions dans lesquelles s'organise la prise en charge de la personne au sein des services de police, lorsque la situation de la personne ne rentre pas dans le cadre strict des textes légaux (le « danger imminent » pour elle ou son entourage). Sur ce registre, le personnel policier et le personnel médical des urgences connaissent les mêmes situations « limites » quant à la légitimité et la légalité des pratiques. En effet, d'après la jurisprudence, quand il y a un péril imminent, la parole d'un(e) élue(e) fait force de loi pendant le temps nécessaire à la mise en place de la procédure, à charge pour lui de justifier sa décision a posteriori. Cependant, comme l'ont pointé les fonctionnaires de police rencontrés, avant toute décision et en l'absence d'infraction ou de danger imminent, la retenue au commissariat, ou à l'hôpital, peut être assimilée à juste titre à une détention arbitraire, préjudiciable à la personne malade du point de vue de sa liberté individuelle :

Un commissaire de police/ « On a un problème d'adaptation lié à l'absence également totale de statut légal de cette personne dans nos locaux. C'est toujours embêtant, on appelle ça « des détentions arbitraires ». Il n'y a pas forcément eu d'infraction. Quelqu'un a été interpellé sur la voie publique... On est très fréquemment dans cette situation quand on met quelqu'un sur un brancard attaché : il est en « détention provisoire », pas par des fonctionnaires de police mais par des infirmiers et des médecins, en attendant qu'il y ait une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une hospitalisation d'office.

Ca pose des problèmes d'ordre matériel non négligeables. Quelqu'un qui est agité dans un commissariat, la seule possibilité que l'on ait, c'est de la mettre dans une cellule qui n'est pas adaptée. J'ai vu des gens au commissariat, accrochées, menottées, pieds et poings liés au radiateur car on n'a pas d'autre solution ; il gesticule dans tous les sens. On appelle SOS médecins ; il faut faire une HO. Je connais peu de commissariats en France qui soient adaptés à la présence de ce type de personnes. On a le « même problème » que les ambulanciers qui nous disent « que fait-on quand pour la personne, il y a un certificat, il y a une demande, mais elle n'est pas encore là ? Le transfert dure pendant une demi heure et puis la personne s'enfuit à ce moment-là. Qui est responsable ? Qu'est-ce que l'on fait pendant ce temps s'il nous demande à sortir de l'ambulance ? Parce qu'effectivement, s'il nous demande de sortir de l'ambulance, il n'y a rien qui fait qu'il n'ait pas le droit de sortir puisqu'il n'y a encore eu aucune mesure de prise ». Donc, il y a toujours ces périodes intermédiaires qui sont des périodes délicates parce qu'il faut bien les gérer. Sur le plan strictement formel, on est obligé d'attenter à la liberté dans sa forme absolue ».

3.4.3. L'expertise médicale : un support légitimant bien que non obligatoire pour les maires

La part de la médecine dans le processus d'HSC à la demande des Maires est, du point de vue formel, relatif : en effet, ni les textes, ni la jurisprudence, n'indiquent la nécessité absolue d'un avis médical pour que le Maire puisse engager cette mesure ; même dans le cas où un avis médical aurait été considéré sans que le médecin n'examine la personne⁴⁵. Rappelons, en effet, qu'il s'agit, pour l'élue(e), d'apprécier le degré de dangerosité potentielle de la situation au vu des éléments rapportés lors de la sollicitation, et de décider d'une mesure de protection pour la personne et la société, qui devra, seulement dans un second temps, être évaluée par la médecine afin de valider ou invalider l'intérêt d'une prise en charge spécialisée.

Pourtant, à l'examen de l'expérience des acteurs engagés dans les procédures d'HO à l'initiative des Maires, on s'aperçoit que l'expertise médicale est toujours au centre des processus, jouant un rôle majeur qui peut faciliter, dans certaines circonstances, la gestion positive des situations ainsi que les conditions d'engagement des élu(e)s, ou, dans d'autres circonstances, conduire au dévoiement du dispositif et à son instrumentalisation, en le mettant au service d'un projet institutionnel qui ne reconnaît pas toujours les finalités légales de la mesure d'HSC et qui ne s'intéresse pas nécessairement à ses effets psychosociaux.

L'avis médical : un support d'engagement déterminant pour les élu(e)s

Quand les élu(e)s connaissent mal les conditions légales d'instruction d'une mesure d'HO⁴⁶, c'est dans une logique de réassurance que les élu(e)s cherchent tout de même à avoir l'avis d'un médecin avant de signer l'arrêté d'HO⁴⁷ :

Elu 3/ Une fois j'ai signé une HO : un médecin avait fait un certificat à la police qui était sur place parce qu'il y avait eu trouble de l'ordre public ; et le médecin n'avait pas vu la personne. Il a été reçu au service d'urgence de l'hôpital. Mais ce monsieur n'avait jamais vu de médecin ! J'avais signé un bO là-dessus. Je n'étais pas à l'aise. Le médecin de l'accueil m'a appelée. Je suis arrivée tout de suite...

Elu 1/ Mais, c'est une obligation qu'il soit vu par un médecin ?

Elu 4/ Non, et en plus, c'est un avis médical et non à un certificat. Au départ, j'étais très choquée de cette absence de vis-à-vis entre le médecin et le patient, mais l'avis médical tient compte d'un contexte même s'il n'a pas vu le patient.

⁴⁵ Un arrêt du 30 septembre 1991 de la Cour d'appel de Douai, dans une affaire Bernard V., rappelle que le Maire peut s'appuyer sur un simple avis médical d'un médecin qui n'a pas vu la personne, qu'il n'a pas examinée, puisque l'on est dans le cadre des mesures d'urgence (ce qui n'est pas le cas pour la décision du Préfet). Le médecin peut donc prendre son avis au vu d'un dossier ou d'une simple lettre. L'affaire Granata avait validé une mesure informelle prise par le commissaire de police, et par le chef d'établissement ; il avait donc instauré une nouvelle possibilité d'intervention dans l'urgence. Cette affaire est revenue devant les juridictions civiles après l'annulation des actes (excepté la mesure d'admission et de transfert par les juridictions administratives). Le TGI de Paris avait accordé 300.000 francs pour 9 jours de séquestration. Tout en considérant que la mesure de transfert était justifiée, le TGI a considéré que les 24 heures étaient justifiées, mais que par la suite le maintien ne l'était pas. La Cour d'appel a finalement considéré que l'hospitalisation était injustifiée depuis l'origine.

⁴⁶ A Grenoble, comme à Lyon, par exemple, la mallette de l'élue signale que l'instruction d'un HSC suppose un avis médical sur lequel il est « obligatoire » d'inscrire la date, heure et lieu de l'intervention, le résumé chronologique et les symptômes du malade alors que ce n'est pas une obligation légale.

⁴⁷ Dans les discussions, les élu(e)s ont souvent interprété comme un vice de procédure l'absence d'examen médical de la personne HSC

Elu 5/ [...] Il y a d'abord SOS Médecin... c'est un médecin qui utilise des mots dont il connaît le sens, donc s'il fait un certificat médical, je vais faire confiance. Ensuite, il est vu à l'hôpital aux urgences, en admission en psychiatrie et là, il en voit un autre : un psychiatre qui donne encore un avis. Si ces trois personnes là disent « il y a quelque chose », a priori, il faut que je fasse confiance !...

Elu 6/ Pour ma part, je m'appuie beaucoup plus sur un certificat médical que sur cette instruction (celle des plaintes diverses).

La recherche d'un avis médical se situe d'abord sur le plan symbolique et pratique, avant de s'appuyer sur les textes légal : en détenant la légitimité de l'expertise qui permet de différencier le « normal » du « pathologique », et par extension, de contribuer à déterminer le caractère plus ou moins légal et plus ou moins socialement acceptables des comportements considérés, la médecine joue un rôle majeur dans la régulation politique du dispositif.

L'avis médical vient atténuer la réticence des élu(e)s à signer des arrêtés d'HO à partir de seuls éléments dits de « notoriété publique », comme l'avait déjà pointé le rapport de mai 2004 de l'IGA-IGPN-IGN, lorsqu'il faisait état de la réticence des élu(e)s à ordonner une mesure provisoire d'hospitalisation, voire leur refus d'y pourvoir, au nom de l'atteinte à la liberté individuelle qu'elle entraîne (p. 24).

Notre étude ne permettra pas d'apprécier clairement le poids relatif de ces stratégies au niveau du type d'HO pris dans les villes étudiées ; d'une manière générale, on peut observer qu'il existe peu d'HO sur notoriété publique en raison des difficultés d'objectivation évoquées. Toutefois, des positions extrêmes sur la question ont été observées : A Lyon, la procédure de signature de l'arrêté d'HSC témoigne d'une confiance quasi absolue en l'expertise médicale ; on note une tendance similaire dans les procédures mises en place à Roubaix ou à Sceaux ; à Nantes, c'est autant sur avis médical que sur notoriété publique que se fonde l'action de l'élu(e) :

Elu A Nantes, on demande aux voisins d'aller porter plainte ou d'avoir des mains courantes. Quand on a dix HO annuelles sur notoriété depuis cinq ans, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de critères pour mesurer !... Ce qu'il faut, c'est que la notoriété publique ne soit pas définie par quelqu'un qui juge tout seul dans son bureau. Quels critères on met pour que la notoriété publique soit objective ?

Elu C'était une position de début de mandat partagée par les élu(e)s de l'ancienne municipalité parce que les dérives paraissent plus faciles dans ce cas là que dans le cas d'un certificat médical. Le pouvoir médical, je ne le mets pas du tout en cause. Les plaintes de voisinage je m'en méfie aussi beaucoup, avec toute cette question de ceux qui sont dans le silence avec des plaintes marquées. On connaît aussi les personnes qui se plaignent de manière récurrente, sans faits avérés !

Elu Je ne suis pas tout à fait d'accord. La notoriété publique, pour mettre des critères, reste objectif, il y a des gens qui se plaignent sans arrêt de tout et de rien, mais quand ta boîte aux lettres brûle, quand il y a des graffitis sur ta porte..., ce n'est pas des gens qui inventent... quand ça s'ajoute à des insultes, des photos, des menaces « j'aurais ta peau », « Satan est parmi nous », etc...

Elu Où est la mise en danger ?

Elu Je n'ai pas amené de photos, mais on a vu des pompées clouées sur les murs de l'escalier avec « j'aurais ta peau », ... « le diable est revenu », « je dois sauver »...

D'après la jurisprudence, aucune obligation ne pèse sur le certificat médical sur lequel se fonde le Maire, à la différence de celui sur lequel doit se baser le préfet ; mais l'avis devra tout de même se prononcer sur le caractère imminent du danger. D'après notre enquête, cette jurisprudence est peu connue et comme précédemment, les services et les élu(e)s ont tendance à exiger les garanties formulées dans la loi pour les décisions préfectorales. C'est la même

tendance en matière de datation des faits⁴⁸. Concernant l'imminence du danger, les arrêtés municipaux doivent, depuis la loi de 1979, être motivés par des attendus de nature médicale, et par des considérants tenant à l'ordre public et à la notion de danger imminent. Pour autant, un défaut de motif en fait et en droit a été considéré comme n'affectant pas la légalité ; il faut en effet que le Maire interrogé puisse dire a posteriori sur quel fondement juridique il s'est basé⁴⁹. En pratique, l'imprécision de la notion de danger imminent ouvre à toute une série d'interprétations : danger pour soi ou pour autrui, danger sanitaire ou de sécurité...

Il faut signaler ici la spécificité du système parisien, qui conditionne l'engagement d'une mesure d'HO initiée par le Préfet à un avis médical, sans pour autant générer une situation fondamentalement différente de celle des municipalités de province en matière de volume d'HO⁵⁰. C'est au niveau de l'organisation du dispositif d'expertise que les critiques des instances européennes chargées de surveiller le respect des droits des malades mentaux se sont fait entendre⁵¹ : notons que le psychiatre de l'IPPP près la Préfecture de police de Paris produit le certificat médical à l'appui duquel le Préfet peut décider, alors qu'il est subordonné hiérarchiquement à ce dernier : cette dépendance a suscité des critiques, d'autant que dans la grande majorité des cas, les avis formulés par les médecins de l'IPPP sont suivis par le Préfet, mais c'est également le cas en province où il n'y a pas de lien de subordination entre les médecins signataires et le Préfet.

3.4.4. La « pression médicale » sur le dispositif d'HSC

Elu 5/ « A Nantes, j'ai plein de demandes d'hospitalisation (je ne pourrais pas les chiffrer mais je dirais bien 1/4 à 1/3) qui me viennent carrément de l'hôpital, en disant : « Monsieur X. est un rupture de soins. Il faut l'hospitaliser pour nous le ramener » !... »

Une part non négligeable des HO à l'initiative des Maires (plus de 50% dans une ville comme Grenoble, entre 25% et 30% à Nantes), répondent à des « demandes » ou à des « signalements » des services spécialisés en psychiatrie qui, dans la majorité des cas, utilisent ce dispositif en principe d'exception pour rétablir la continuité des soins de personnes « perdues de vue » par leurs services.

Ces pratiques génèrent une pression pour les élu(e)s, qui n'en comprennent pas toujours les raisons : en effet, les extraits ci-dessous rappellent que les rapports qu'entretiennent les élu(e)s avec les médecins dans le cadre des HO (même lorsque l'élu est médecin), prennent parfois l'allure d'un rapport de force :

⁴⁸ Tout récemment, le 14 décembre 2005, la Cour Administrative d'Appel de Paris, dans une affaire Blin, a rappelé l'exigence que les faits qui figurent dans les arrêtés soient datés –il s'agit d'un arrêté préfectoral mais il n'est pas exclu que cette jurisprudence puisse s'étendre aux arrêtés municipaux. Il est vrai que le juge administratif n'est pas juge du fait mais la Cour a annulé l'arrêté comme insuffisamment motivé au motif que les circonstances de l'espèce non datées, ne permettaient pas un contrôle suffisamment libre.

⁴⁹ Commentaire de Monsieur Mallol concernant l'arrêt du Conseil d'Etat de la commune de St Herblain du 11 mars 1996). Un arrêt du 25 mai 1994 du Conseil d'Etat considère que le juge administratif n'est pas juge du danger imminent alors qu'en 1990, la jurisprudence en fait un juge de l'urgence absolue.

⁵⁰ Notons que le suivisme de l'avis médical par les instances qui prononcent la mesure d'HSC ne semble pas avoir un impact particulier au niveau du nombre d'HO à Paris ou en province, où l'on a pu constater des taux sensiblement similaires (Cf. Chapitre 1).

⁵¹ L'exception française en matière d'HO réside dans le caractère administratif des décisions d'HSC, et est dénoncée dans le dernier Livre Blanc européen sur la santé mentale.

Elu 5/ Il y a aussi la réaction du médecin qui dit « vous refusez de signer ?!... ». Je l'ai eu à plusieurs reprises. C'est « écoutez, c'est une démarche, on sait qu'il faut le faire. Et on a besoin de votre signature. Vous allez faire ce que l'on vous dit ». Quelque chose de très méprisant, on sent bien qu'il n'y a pas de collaboration possible, ils ont simplement besoin de nous.

Elu 6/ Dans le Nord, il n'y a pas d'ambiguïté : ce sont les élu(e)s qui font les HO, JAMAIS un psychiatre. Une fois, il y en a un qui l'a fait. On s'est eng... d'ailleurs sérieusement parce que je lui ai refusé en lui disant « Non !... C'est pour aller dans ton propre service. Je ne peux pas demander une HO à partir de toi. Ce n'est pas possible ».... Dans le cas présent, j'ai dit non. On en a discuté. Ça l'a marqué. (Ici, l'élu était lui-même médecin).

La rencontre avec quelques psychiatres des différents secteurs psychiatriques de la ville de Grenoble a permis d'éclairer cette question.

En effet, les témoignages et réflexions recueillies mettent en évidence que la situation répond fondamentalement aux choix pratiques des professionnels⁵², ce qui, dans un contexte général de saturation des filières et dispositifs de soins spécialisés, et de vulnérabilisation croissante des personnes malades ou en souffrance psychosociale, « facilite » le recours aux mesures d'HO à l'initiative du Maire, qui devient un moyen efficace pour « forcer l'entrée » des dispositifs de soins.

Cependant, trois stratégies différentes développées par les psychiatres ont été identifiées, qui montrent que la finalité du recours aux HO à l'initiative des Maires est variable:

1 - La première forme de recours aux HO par la psychiatrie correspond à un « **usage raisonné** » par des professionnels qui connaissent et essaient de respecter son cadre spécifique, mais qui, à partir de l'appréciation de la situation faite par l'expert psychiatre, « s'autorisent » à demander une mesure pour régler une situation à la limite des indications légales. Cette forme de recours est la moins conflictuelle et problématique pour les élu(e)s, car en général elle suppose une stratégie d'alliance avec les acteurs du dispositif et surtout, correspond à une pratique psychiatrique respectueuses des principes de la sectorisation, soit une approche des problèmes de santé mentale intégrant une dimension préventive, de proximité.

Ainsi, un psychiatre de CMP déclare-t-il comprendre le souhait de la ville de savoir comment se passe l'HO par rapport aux critères de santé et de sécurité, et à considérer normal que l'élu(e) ne veuille pas avoir le sentiment d'être instrumentalisé(e) par les psychiatres ; à cet égard, il note que la police se plaindrait plutôt du laxisme de la psychiatrie, et la ville d'excès de zèle.... Ce professionnel estime, et assume son choix, que l'HO apparaît, dans le cas de rupture de traitement, comme un moyen légitime de renouer le lien thérapeutique, mais insiste sur la nécessité, que dans le même temps, le CMP explique l'HO aux personnes concernées, parce qu'il ne s'agit pas d'une mesure sans conséquences stigmatisantes.

Axée sur les visites à domicile (VAD) des personnes suivies, la stratégie locale suppose dès lors des visites régulières du médecin, accompagné d'un infirmier, et éventuellement d'un policier si besoin, que le patient soit connu ou pas, ce qui est assez original. En cas de problèmes, l'équipe cherchera d'abord à convaincre la personne de venir de son propre chef (certaines acceptent) ; à

⁵² Tout en reconnaissant les différences de pratiques d'un praticien à l'autre, les personnes rencontrées ont évoqué les problèmes d'accès aux hôpitaux ; évoqué les analyses des durées moyennes de séjour ou d'hospitalisation qui peuvent varier de 1 à 5 selon les secteurs.

défaut, « *on préférera toujours une HDT musclée plutôt qu'une HO tranquille, même en cas de dangerosité pour soi-même et même si cette mesure reste difficile à mettre en œuvre* ».

Cette stratégie prudente et raisonnée est à l'origine d'une situation originale ; à la différence de tous les autres, dans ce secteur il y a très peu d'HO.

2 – La seconde forme est celle où l'on fait **un usage de l'HSC « par défaut »**⁵³, « faute de pouvoir faire autrement ». Les difficultés des services publics de santé mentale à assumer la prise en charge et le suivi des personnes souffrant de troubles psychiatriques, amènent, dans ces cas, à ce que chaque fois que cela paraît possible, les services externalisent la charge de la gestion d'une partie des populations en la transférant à des tiers tels que les services publics de proximité, ou encore, en dernière instance, au Maire, lorsqu'il paraît indispensable de rétablir un lien direct avec les personnes malades.

Ainsi, le médecin responsable du G04 et du G09 par intérim, ainsi que du pôle précarité (donc en surmenage et en surtravail), regrette qu'en tant que PH de l'institution, elle ait à faire des signalements qui vont au bureau d'hygiène et qui, souvent, s'ils sont suivis d'HO, lui reviennent en tant que PH traitant –ce qui n'est pas évident. Elle ne demande une HO qu'en cas de rupture de traitement accompagnée de « troubles bruyants » (hétéro ou auto agressivité). Le signalement, lorsqu'il est adressé à la ville, est souvent accueilli avec réticence : il y a une investigation (demande de type « photocopie de lettres de voisin » se plaignant, etc). Pour ce psychiatre, après la dangerosité effective passée, on peut faire usage de sorties d'essai qui sont longues, en cas de besoin. Cependant, le même praticien reconnaît que ce « mécanisme » finit par se retourner contre le fonctionnement du système : alors qu'il n'y a que 24 lits par service, il y a parfois entre 30 et 35 HO en permanence par service, y compris les personnes en sortie d'essai.

Au niveau du Pôle Précarité, les choses se posent légèrement différemment : ici la prise en charge des cas lourds, concernant des personnes vivant en foyer, en grande précarité, souvent associée à des conduites addictives, pose le problème de l'absence de tiers, en cas de gros problèmes psychiatriques avec dangerosité. Dans ces cas, le signalement du cas et la demande d'une HO au Maire apparaît comme la seule option susceptible de fonctionner : « *ce sont les comportements de psychotiques, la dangerosité et le déni des troubles psychiques qui indiquent la nécessité de demander une HO...* ». Par ailleurs, les psychiatres rencontrés confirment qu'ils recherchent toujours un tiers, ce qui est généralement problématique aux urgences de l'hôpital. L'HO vient donc pallier cette raréfaction des tiers potentiellement susceptibles d'intervenir dans le cadre d'une HDT.

3 - Enfin, « **l'instrumentalisation thérapeutique** » de l'HO réfère à l'usage délibéré de la mesure dans le cadre d'un projet thérapeutique, plus précisément dans le cadre d'un « contrat de soin » passé avec un patient dont les symptômes peuvent devenir dangereux. Le recours à une mesure d'HO à la demande du Maire est présenté au patient comme la mesure de contrainte à appliquer en cas de non respect de ce contrat. Si le principe demeure intéressant (considérer le Maire comme « le tiers » garant de l'intérêt public et privé, gardien des moyens de rétorsion en cas de non-respect du contrat), cette stratégie méconnaît le pouvoir que la loi attribue à l'élue(e) en la matière.

⁵³ Cf. P. Rhenter : usages et mésusage de l'hospitalisation d'office in Rhizome, n°24, oct 2006, pp.7-8.

Le médecin qui défend cette thèse controversée fait état des difficultés qu'il rencontre pour pratiquer la médecine en utilisant l'HO comme un moyen de continuité, de contrôle et de reprise des soins : avec d'autres villes cela semble plus « facile » (« *en une heure une HO est faite... le Maire nous fait confiance, il nous connaît bien, il sait qui on est ...ici « tout est compliqué, il faut argumenter beaucoup et une HO peut demander plusieurs jours, voire des mois... »*). Le cas de deux schizophrènes connus, dont l'un maltraitait l'autre, a été invoqué pour illustrer les difficultés rencontrées : alors que tout le monde savait qu'il y avait une situation de dangerosité, après plusieurs réunions et discussions, notamment avec le CCAS et d'autres services, le psychiatre n'a pas réussi à obtenir l'HO afin de mettre en place une thérapie adaptée : « parce qu'il n'y avait pas assez d'arguments sur la dangerosité ».

Des échanges enregistrés lors de l'audition de Philippe Bernardet, permettent de relever quelques erreurs de procédure relativement courantes, qui conduisent à un recours inapproprié aux HO à l'initiative des Maires. En particulier apparaît ici la différence fondamentale entre le Maire et le Préfet, qui ne peuvent être sollicités dans les mêmes conditions : en effet, lorsqu'on envisage un « usage » de l'HSC à d'autres fins que ceux prévus par le Code de Santé Publique, la démarche doit par définition être envisagée auprès du Préfet qui, à la différence du Maire, est celui qui *in fine* détient le pouvoir de décider d'une mesure d'HO, et cela obligatoirement à partir d'un certificat médical circonstancié.

*Elu 4/ [...] ...Il y a le cas d'une nouvelle demande d'HO que nous avons reçue de la part d'un médecin psychiatre chef de service, qui n'a pas vu un patient depuis un moment mais qui quelque part s'en rappelle... puisqu'il constate que ce patient est en rupture de soins depuis un an, alors que l'on est le 7 mars et qu'il est sorti de son pavillon le 8 février (l'année précédente)... Il écrit : « je constate que ce patient est en rupture de soins depuis un an ». Et il explique qu'il s'agit d'un patient atteint d'une schizophrénie délirante avec un mécanisme interprétatif et intuitif, qui refuse les soins et a arrêté son traitement depuis un an. Et comme il fut, il y a trois ans, en proie à des délires comparables qui avaient abouti à un état de dangerosité qui avait alors nécessité une HO, il demande une nouvelle HO pour Monsieur X...
[...]*

Philippe Bernardet/ En tant qu'élus communal, éventuellement il y a un danger potentiel, admettons. Il n'y a évidemment pas d'imminence de danger puisque ça dure depuis un an... C'est donc le problème du préfet.

*Elu 4/ C'est donc à renvoyer au préfet.
[...]*

Philippe Bernardet/ Ca peut être, au niveau de l'élus municipal, une technique que de dire à ce médecin de s'adresser à la préfecture. La préfecture recevra ça, elle verra comment traiter ce dossier.

Exemple d'avis médical argumenté par un praticien de l'hôpital, en conformité avec le cadre légal et adressé au Maire : « Je signale à votre attention que telle personne qui a tels antécédents d'hospitalisation, qui est venue au CMP avec un comportement agressif en salle d'attente vis-à-vis d'un accompagnant, qui est manifestement persécutée, qui s'est enfuie en courant dès que l'on a tenté de rentrer en contact avec elle, et qui a ensuite agressé une AS avec du gaz lacrymogène, qui présente une pathologie mentale grave avec troubles du comportement, représente un danger potentiel, et il semble qu'elle doive être hospitalisée d'office ».

Nous avons aussi noté l'utilité des réflexions relatives aux questions de confidentialité, qui est apparue comme un « faux problème » pouvant entraver la collaboration entre médecins et élu(e)s, notamment parce que dans la plupart des cas abordés dans des réunions de concertation, « tout le monde » connaît les personnes dont il est question avec le même souci de préserver l'intérêt des personnes et du collectif, tandis que le diagnostic en tant que tel n'est pas demandé dans ce type de concertation.

Le caractère éventuellement « préventif » de la mesure d'HO a également été évoqué, en tant que mesure inscrite dans un protocole de soins, qui peut participer à la régulation des moments de

crise. Il a été rappelé l'intérêt d'une expertise de l'état de gravité réalisée au plus tôt de l'intervention, sans dissocier la dimension « dangerosité publique » de la dimension « psychique », de manière à ce que l'amorce d'un soin ou d'un sens ne soit pas seulement engagé après la procédure d'HO.

Enfin, les médecins grenoblois ont souhaité évoquer l'intérêt de développer des instances de rencontre et d'échange entre acteurs des HSC, afin de réduire les distances qui génèrent souvent les malentendus. Les formations croisées ou les instances de travail intersectorielles, de type Conseil Local de Santé Mentale, en cours de constitution à Grenoble lors de notre visite, ainsi que les instances de travail créées dans le cadre du PRAPS, constituent des lieux appréciés, qui permettent de (re)négocier les termes de la relation entre services spécialisés, non spécialisés, et autorités politiques locales.

3.4.5. L'influence des services municipaux

Nous avons déjà pu apprécier à plusieurs reprises l'importance du rôle des services techniques municipaux dans la décision de l'élue(e), ainsi que celle de la diversité des circuits d'instruction des mesures d'HO au sein des municipalités, dont la complexité semble directement proportionnelle à la taille de la ville.

Comme nous l'avons vu, l'importance du travail de ces services ne relève pas nécessairement des contraintes posées par le cadre légal, mais est plutôt en rapport avec la réticence des élu(e)s à signer une mesure d'HO à partir des éléments provenant de la « notoriété publique » : en effet, comme le rappelle la vignette ci-dessous extraite des situations étudiées à Grenoble, les services techniques municipaux sont souvent amenés à effectuer un long travail de recueil d'informations et d'accompagnement des processus en cause afin de pouvoir « convaincre » un(e) élu(e) du bien fondé de la demande, tant du point de vue de la santé que de la sécurité.

Vignette – HO et notoriété publique

Une plainte du bailleur est déposée auprès du service HSE (Hygiène/Salubrité/Environnement de Grenoble): bruits, odeurs pestilentielle, jets d'objet, agressivité et manque d'hygiène. Le service confirme les dégradations dans les parties communes. L'infirmière et la psychologue du service de la promotion de la santé se rendent au domicile avec l'inspection Salubrité: comme l'homme est absent, elles rencontrent les voisins. De premiers éléments cliniques sont dégagés. L'homme a 28 ans, il est visiblement entré chez les voisins par le balcon, sonnait la nuit chez la voisine...

Des liens sont établis avec son père. De nombreuses tentatives de rencontre avec le fils n'aboutissent pas (courriers, déplacements). Le père donne des éléments permettant de reconstruire l'histoire: antécédents psychiatriques depuis 1998, une HO en 2000 dans un autre département (la famille déménage en 2000), un transfert était prévu mais la mesure de contrainte n'a pas suivi. Il a déjà fait deux tentatives de suicide.

Son comportement révèle qu'il peut être agressif envers lui-même ou autrui. Le médecin de famille qui l'avait connu refuse d'émettre un avis car il ne l'a pas vu récemment. La police municipale constate beaucoup de dégradations et le bailleur appelle la mairie plusieurs fois. Cette situation, de l'avis du service de la promotion de la santé, nécessite une HO sur notoriété publique. En interne, la direction juge les éléments insuffisants. On transmet donc les éléments à la DDASS. Le service de la promotion de la santé attend des plaintes que la police détient. Le préfet dit qu'il cherchera un certificat si le Maire signe la mesure provisoire.

Le service de la promotion de la santé contacte une AS du dispositif RMI et demande un écrit du bailleur: la personne est vu 5 fois au centre social mais il n'attend pas. Il est sans chaussures, des sacs en plastique aux pieds. Le service de la promotion de la santé demande une instance d'évaluation auprès du territoire d'action sociale et reste en lien avec le père. La concertation a lieu fin septembre. Le père amène des ordonnances, la police a des plaintes pour petits vols. Le service de la promotion de la santé demande à la police municipale une enquête de voisinage car on ne connaît pas l'auteur des dégradations des parties communes avec certitude. Le père signale qu'il voit son fils errer "dans un état très délabré". Le service de la promotion de la santé demande un courrier et non un certificat médical à l'ancien médecin traitant (pour la pathologie psychiatrique et la

rupture de soins en 2000). Des courriers sont accumulés tout au long du mois de septembre. Le rapport de la police municipale le rend responsable d'un certain nombre de dégradations. Il vit dans un environnement insalubre. La procédure est déclenchée. La conviction de l'élue est emportée, et la demande d'HO va être signée.

La marge de manœuvre d'un(e) élu(e) varie aussi avec la puissance des services techniques dont il a directement la charge, tant en interne au sein de la municipalité, qu'en externe dans le champ local de l'action sanitaire et sécuritaire. (Cf. extraits de discussion du séminaire, page 110).

Les jeux d'alliances, de protection, voir d'abandon réciproque auxquels se livrent les élu(e)s et leurs équipes dans la gestion de cette problématique, tels que nous avons pu les noter dans les récits et observations de terrain⁵⁴, sont donc à considérer avec attention dans la compréhension des conditions d'intervention des élu(e)s, d'autant que le « poids » relatif de ceux auxquels on délègue une telle mission, n'est pas toujours des plus importants au sein de l'exécutif municipal : il est rare que les adjoints de la majorité en place délégués aux questions les plus « prestigieuses », telles les finances, l'aménagement du territoire, ou le développement économique, soient concrètement chargés de cette mission.

La variabilité des modes d'interprétation des textes réglementaires observés sur le terrain, témoigne de surcroît de l'importance stratégique du rôle des services techniques, qui vont « teinter » de manière souvent très différente l'orientation des élu(e)s qui, eux mêmes parfois mal informé(e)s sur la question, s'en remettent à l'expertise technique. Les guides méthodologiques généralement destinés aux élu(e)s d'astreinte (mallette de l'élue, fiches réflexe, etc.) sont de ce point de vue très éclairants : en effet, on a pu observer que, selon les villes, les procédures prévues pour la gestion de situations d'urgence dans la ville peuvent aller d'une absence totale de considération du sujet de l'HO jusqu'à un surinvestissement interprétatif qui peut aller jusqu'à « l'interdiction » littérale de l'engagement de mesures d'HO dans certaines circonstances ; en général, le constat de troubles caractérisés sur la voie publique, notamment par la police, ainsi que la présence d'un avis médical, apparaissent comme critères suffisamment légitimes aux services techniques pour recommander l'engagement d'une mesure d'HSC, même si la légalité ne les exigent pas nécessairement.

A Grenoble, un guide méthodologique, rédigé en avril 2002, rappelle que trois éléments cumulatifs sont obligatoires (un trouble mental, l'urgence, le comportement dangereux), et que les deux types de procédures, sur avis médical ou sur notoriété publique, sont possibles.

A Nantes enfin, le protocole écrit indique que la mise en œuvre de l'hospitalisation d'office s'effectue soit au vu d'un certificat médical datant de moins de 24 heures, soit sur la notoriété publique. Il signale en outre que « *si le comportement de la personne rend impossible un avis médical, des témoignages, des rapports de police, des plaintes, des pétitions, des rapports descriptifs permettent de prendre un arrêté sur la base de la notoriété publique* ».

On peut apprécier l'impact de ces orientations techniques au niveau des décisions des élu(e)s, qui vont varier significativement d'une ville à l'autre dans l'appréciation des situations pouvant conduire à une mesure d'HO : en effet, contrairement à Nantes ou à Grenoble, il n'y a jamais des procédures d'HO sur notoriété publique à Lyon ou à Roubaix.

⁵⁴ Cf. par exemple la « confrontation » entre les services chargés de l'hygiène et la sécurité et ceux chargés de la promotion de la santé dans la gestion du cas de la vieille dame incurie à Nantes.

3.4.6. La pression des tiers

Nous avons évoqué au long des chapitres précédents l'importance du rôle joué par les tiers, ou par leur absence, dans l'inflation possible des HO demandées aux Maires.

L'analyse de cette situation, particulièrement difficile à vivre pour certains élu(e)s, exige un rappel historique : le système de la loi de 1838 est né à une époque où la médecine publique était encore embryonnaire, et où les personnes aliénées étaient prises en charge dans de nombreuses cliniques privées ou maisons spécialisées gérées par les familles. Le raisonnement de la loi de 1838 était le suivant : à titre subsidiaire, l'administration a des pouvoirs de contrainte pour les aliénés qui ne sont pas pris en charge par la famille ou la collectivité et qui divaguent sur la place publique.

Tout aliéné selon la loi de 1838 est potentiellement dangereux et nécessite d'être pris en charge. En 1990, la loi sépare les cas de nécessité de soins à défaut de consentement de ceux associés à un problème d'ordre public. Aujourd'hui, l'HO à défaut de tiers se pratique assez régulièrement, ce qui explique que ce régime soit choisi en dehors des cas de dangerosité prévus par la loi. Tout se passe donc comme si l'HO intervenait à défaut d'un espace d'accès aux soins intermédiaire entre l'HDT et l'HO. D'une certaine manière, le fait que l'HO sur initiative du Maire intervienne à défaut de tiers est conforme à l'esprit de la loi de 1838 mais non à celui du législateur de 1990. Ainsi, la restriction jurisprudentielle concernant le tiers demandeur et plus généralement la réticence croissante des familles à assumer cette responsabilité, ainsi que l'absence de tiers pouvant œuvrer dans l'intérêt de personnes très isolées comme la population SDF ou certaines personnes âgées, ont pour effet de substituer l'hospitalisation d'office à l'hospitalisation sur demande d'un tiers, en l'absence de trouble à l'ordre public. Cette tendance est regrettable dans la mesure où la mesure d'hospitalisation d'office demeure beaucoup plus stigmatisante que l'HDT.

Les extraits suivants rappellent néanmoins que les situations dans lesquelles des acteurs tels que la famille et les soignants de la personne signalée « s'allient » pour essayer de « forcer la main » des élu(e)s, afin d'éviter de s'engager dans une démarche d'HDT, génèrent une pression sur les élu(e)s, notamment dans les plus petites villes.

Elu 3/ Je vais parler de ce monsieur dont le frère écrivait à la préfecture, à la DDASS, à la mairie en disant que son frère était violent et qu'il fallait l'hospitaliser, qu'ils ne pouvaient pas faire ni de placement d'office ni d'HDT sinon ils étaient en danger. On a fait une enquête. Il allait faire ses courses, il faisait tout ce qu'il voulait. Il ne voulait pas sortir (convoqué par nous) pour rencontre l'AS, la directrice du CCAS. Il n'était pas enfermé chez lui du tout !... Le service a pris contact avec ce monsieur qui répondait correctement par contre. Il ne voulait pas ouvrir sa porte. Il a toujours refusé d'ouvrir sa porte. Il fallait lui passer les petits mots sous la porte. Sinon il n'était pas violent. On répondait à la préfecture ce que l'on avait constaté, et on ne voyait pas la nécessité de faire une HO. En plus, il n'y avait pas de plaintes du voisinage. Là, on a été harcelé car toutes les semaines on avait un courrier... jusqu'au jour où le frère a fait intervenir un psychiatre, de sa connaissance apparemment, qui a fait un certificat qui nous a mis dans l'obligation d'intervenir et d'essayer d'hospitaliser ce monsieur... Pourtant, un dialogue s'était instauré avec ce monsieur... le frère nous a dit qu'il connaissait ce psychiatre. J'étais furieuse qu'il ait pu avoir un certificat comme ça et que nous, après, on ait pu faire une hospitalisation abusive !...

Elu 5/ Elle est là la violence ! On a tellement de pression, de courriers, ça dure depuis tellement de semaines... que l'on se sent obligé de signer. C'est là que c'est difficile !

Elu 3/ On a quelques cas comme ça [incuries] sur la commune mais on a réussi à trouver des gens —y compris moi— qui y sont allés pour vider l'appartement mais c'était personne d'autre... « Tu es élu, je te connais, alors d'accord... ». Mais personne ne veut y aller ni la psychiatrie ni personne. C'était quelqu'un qui avait besoin de soin, connu depuis un certain temps et c'est vrai qu'il faut qu'il connaisse quelqu'un pour accepter qu'on puisse aller faire le minimum.

Remarquons qu'on ne peut faire un procès d'intention au psychiatre que le frère disait connaître, sans autre information émanant du service d'hospitalisation ; ce qui est ici impossible et non déontologique.

3.4.7. Le transfert de charges des Préfets et des DDASS sur les Maires : le poids d'un dispositif insuffisamment régulé et aléatoire d'un département à l'autre.

En dehors de Paris, l'implication relative des services de l'Etat dans la régulation des HO apparaît comme un facteur déterminant du fonctionnement des dispositifs locaux au point que, d'après nos recherches, le taux d'HO à la demande des Maires peut varier de manière inversement proportionnelle à l'engagement des préfets et/ou des DDASS dans les départements, comme nous avons pu déjà le signaler dans la première partie de ce rapport.

Dans ce contexte, les différents acteurs, médicaux notamment, développent un réflexe de sollicitation du service le plus investi, soit la ville ou les services préfectoraux.

Ainsi :

- A Nantes, les HO sont toutes d'initiative municipale. La DDASS affirme explicitement que la préfecture se charge des HO des détenus et des HO judiciaires, à tel point que les autres acteurs ne la comptent pas parmi ses interlocuteurs réguliers régulier en ce domaine. Les liens avec la préfecture sont de fait réduits à des demandes d'intervention de la municipalité par la DDASS, par exemple pour la mise en place d'un suivi social ou médical ou en cas d'expulsion lié à un problème de santé mentale. Il est intéressant de noter que la situation nantaise relève d'une sorte de division institutionnelle tacite du travail, plutôt que d'une disponibilité de moyens : en effet, alors que dans cette ville l'élue(e) signe « 100% des hospitalisations d'office »⁵⁵, dans le reste du département, on observe la situation inverse.
- A Grenoble la situation est plus nuancée : même si l'élue(e) ou les services municipaux sont pratiquement toujours appelés en premier, en 2004 par exemple, près de 60% des HO réalisées sur la ville ont été initiées à la demande du Maire.
- A contrario, à Sceaux et Nanterre, les HO sont rarement d'initiative municipale, puisque la DDASS des Hauts de Seine affiche sa volonté de jouer un rôle majeur dans la gestion des situations susceptibles de déboucher sur une HO. A X..., en règle générale, le CCAS appelle la DDASS pour savoir si la situation problématique relève de sa compétence, jusqu'à solliciter parfois, nous a-t-on dit, « *l'avis du médecin inspecteur pour convaincre le médecin de l'intersecteur* ». A Sceaux, la responsable du service Hygiène mentale de la DDASS nous indiquait la procédure conseillée par ses services pour une HO, d'après une note de la préfecture de l'année 2004 : dans un cas de « danger latent », il est conseillé de réaliser un signalement auprès de son service qui, après avoir sollicité une visite à domicile au CMP, est à même de demander au service préfectoral la prise d'un arrêté d'HO. Le médecin inspecteur de la DDASS précise par ailleurs que seul le préfet doit être saisi lorsque la police

⁵⁵ Le langage courant a consacré l'expression (et les représentations sociales correspondantes) "d'HO" pour caractériser la mesure prise par les Maires, alors qu'en réalité celui-ci ne peut signer qu'un arrêté provisoire qui pourra être confirmé par le Préfet, qui reste le seul à avoir le pouvoir d'instituer une mesure d'HO.

conduit le malade après une garde à vue aux urgences psychiatriques, ainsi que lorsqu'il a été examiné par la permanence de l'hôpital. Dans une autre note de 2001, la DDASS indique qu'en journée, la mesure d'HO sur la base d'un certificat médical circonstancié doit être directement demandée au préfet par l'intermédiaire du service Hygiène Mentale de la DDASS; après 17h, la nuit et le week-end, les Maires sont chargés de prendre les mesures provisoires.

Cette extrême variabilité des conditions d'engagement des services de l'Etat dans la gestion du dispositif d'HSC avait été signalée par le rapport de mai 2004 de l'IGA-IGPN-IGN, qui observait que l'autorité préfectorale ne pouvait donner son plein effet à la police spéciale des personnes hospitalisées sans leur consentement, essentiellement parce que l'efficacité de son action était dépendante de celle de la DDASS. Dans l'exercice de sa compétence, le préfet dispose en effet de l'appui de plusieurs services, dont la DDASS, chargée de l'instruction des demandes d'HO et de leur renouvellement, ainsi que des autorisations de sorties d'essai et de sorties accompagnées. Elle réceptionne et contrôle, au nom du préfet, les arrêtés municipaux d'hospitalisation provisoire ainsi que l'ensemble des mesures administratives concernant la législation sur l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Les auteurs du rapport de mai 2004 ont relevé que la DDASS était souvent dotée de moyens insuffisants pour remplir ses missions en matière d'hospitalisation sans consentement.

Il faut signaler, enfin, que les modalités internes de traitement des dossiers sont assez hétérogènes selon les départements : les propositions transmises au préfet sont en principe visées par le médecin-inspecteur responsable des hospitalisations psychiatriques et, plus rarement, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son adjoint. Dans certains départements, tout repose sur un seul agent administratif de la DDASS (dont le savoir-faire et l'expérience ne sauraient être remis en question) qui adresse sans intermédiaire les propositions d'arrêtés au préfet. Outre que les certificats médicaux produits au dossier administratif sont parfois d'une extrême brièveté quant à la description du comportement de la personne souffrant de troubles mentaux et aux circonstances de la crise, le dossier de la personne atteinte de troubles mentaux, instruit et conservé par la DDASS, n'est jamais nourri, à quelques exceptions près, d'informations autres que celles transmises par le Maire et le corps médical.

On pourrait encore ajouter ici le témoignage d'un représentant de ce service déconcentré, entendu dans l'un des sites visités, qui confirme les difficultés de positionnement des DDASS dans ce domaine :

Un médecin inspecteur à la DDASS/ « Pour nous, il s'agit de recueillir l'information, la mettre en forme, former l'arrêté qui sera envoyé au Préfet. Ce service là fonctionne dans le souci de la légalité, c'est-à-dire qu'il y a les pièces, le temps, on envoie l'arrêté ; il est renvoyé parfois par la préfecture parce qu'elle refuse, dans un sens ou dans un autre, et quand il manque, on ne jette pas, on met de côté en attendant que ça s'alimente et que l'on finisse par avoir les pièces »... « J'ai souvent pris mon téléphone pour appeler les psychiatres de secteur, pour essayer de remailler, de dire « mais vous est-ce que vous ne pourriez pas vous déplacer, voir... ». Il n'y a pas de mission légale, nette, claire posée. On essaie de faire au mieux avec les informations que l'on peut avoir les uns, les autres. Après, ça dépend des disponibilités, trouver la personne, la faire avancer ».

Mais ça ne fait pas partie des priorités dans les missions qui nous sont posées, non... et puis, on n'est pas « organisé pour »... Du coup, ça se fait à la marge. C'est-à-dire que l'on n'a pas prévu, dans les missions, qu'il y ait quelqu'un qui soit organisé pour faire ce genre de choses, pour faire ces coordinations là. Normalement, on est dans le schéma posé par la loi, c'est-à-dire la gestion. J'imagine que dans d'autres départements, c'est le cas. Ce n'est pas forcément la DDASS qui gère les HO : c'est une signature préfectorale. La DDASS parfois est impliquée, parfois elle ne l'est pas. Il est vrai aussi qu'on est parfois au courant de ces situations par ailleurs, et si on en a la possibilité, on s'en occupe aussi, parce qu'effectivement, on n'est pas toujours derrière le téléphone à attendre que l'on soit interpellé sur une situation individuelle... Mais on n'est pas prévu pour. Donc, on le fait à la marge. »

Du côté des préfets, le séminaire de 2003/2004 avait mis en évidence l'incidence d'un retrait relatif dans la régulation du dispositif (par le constat d'une hétérogénéité étonnante dans l'application de la loi, autant avec les services de police qu'avec les médecins certificateurs et les Centres Hospitaliers) ; celui de 2005/2006 a confirmé l'importance de ce positionnement dans les dysfonctionnements du dispositif, et la jurisprudence a confirmé que l'essentiel du contentieux actuel concernait principalement des mesures préfectorales⁵⁶, ainsi que certaines situations qui mettent à jour des rapports de force avec les élu(e)s.

Les extraits du séminaire ci-dessous, rappellent que des pressions peuvent être faites par les préfets sur les élu(e)s pour les amener à engager une mesure d'HO, générant une situation particulièrement difficile à vivre pour ces derniers. Les élu(e)s n'apparaissent dès lors pas positionnés aussi solidement que les préfets pour « résister » à la pression, notamment du point de vue institutionnel : en effet, en dehors du fait que les élu(e)s chargés de cette question ne bénéficient pas toujours de tout le soutien politique nécessaire de la part du Maire qui leur délègue la responsabilité de la mesure, en définitive, la responsabilité dernière du dispositif revient en dernière instance au préfet.

3.5. Entre souci d'efficacité et souci démocratique : la notion de non-assistance à personne en danger

Les extraits suivants des réflexions recueillies dans le séminaire des élu(e)s confirment que, malgré les possibles confusions de position des élu(e)s et de la police, l'approche de l'HO reste essentiellement déterminée par le souci du respect des droits fondamentaux des citoyens, et par un souhait d'efficacité qui vise à « protéger » autant l'individu et son entourage que le responsable de la mise en œuvre de la décision.

Ainsi, c'est autour de l'évaluation du risque qu'un jeu de « pressions » autour de la « non assistance à personne en danger » va se mettre en place. Du point de vue formel, l'autorité du Maire s'impose toujours sur l'agir de la police ; aucun élu ni administration n'ont fait l'objet de condamnation pour « non assistance à personne en danger »⁵⁷. Dans le cadre de l'HO, en dehors du cadre réglementaire du code de déontologie médicale, la non assistance à personne en danger n'est pas reconnue comme un principe d'action légitime pour l'intervention de l'administration préfectorale ou municipale :

Elu 5/ « Il y a une pression dont on ne parle pas, c'est celle de la police. Mr Bernardet dit aussi à un moment donné, que « jamais d'élu n'a été attaqué pour non assistance à personne à danger ». Alors que la pression exercée, c'est vraiment celle-là : « s'il se passe quelque chose, ça sera de votre faute »... quand j'ai eu la police, ils m'ont dit : « pourquoi vous me posez ces questions là ? S'il arrive quelque chose, ce sera votre faute. Signez ! ».

Philippe Bernardet/ [...] Je vous ai dit par ailleurs que les forces de l'ordre normalement, sauf cas d'urgence absolue, ne peuvent pas agir sans ordre du Maire. Or, on demeure en police administrative municipale. La question s'est posée,

⁵⁶ Cf. Plusieurs centaines de décisions sont annulées chaque année, mais il s'agit pour l'essentiel de décisions d'hospitalisations d'office prises par les préfets.

⁵⁷ Il y a en revanche des condamnations, des mises en cause de responsabilité préfectorale pour des personnes qui sont passées à l'acte, contre les biens ou les personnes, qui avaient été signalées sans que l'administration ne soit intervenue. [...] Il faut donc qu'il y ait eu un préjudice à un tiers, ou aux biens des personnes, pour que la personne puisse attaquer l'administration qui n'a pas pris les mesures ; il faut qu'elle puisse rapporter la preuve qu'il y avait eu des signalements, qu'il y avait déjà eu des actes, etc., qui montraient qu'il fallait agir en hospitalisant d'office.

notamment dans une affaire Bivac, qui est déjà ancienne avec un arrêt du 18 mars 1970 : le Conseil d'Etat a rejeté la requête de l'intéressé qui –assez logiquement tout de même s'agissant de la ville de Vannes- avait constaté que la police municipale était étatisée et avait demandé à réparation du préjudice né des actes de la police, à l'Etat. Le Conseil d'Etat lui répond « Non. Etant donné qu'il s'agit bien de la police municipale, même si elle est étatisée, dès lors que c'est dans le cadre de la fonction de police municipale que... »

Elu 7/ Ce n'est pas la police municipale.

Philippe Bernardet/ Si vous voulez, C'est considéré comme de la police municipale.

Elu 4/ La police municipale, c'est la police de la commune.

Philippe Bernardet/ Dans les communes de plus de 20.000 habitants la police municipale est étatisée. C'est-à-dire qu'elle est payée par l'Etat.

Elu 7/ C'est le pouvoir de police du Maire, mais ce n'est pas la police municipale.

Elu 4/ Quand je signe un arrêté, je l'envoie au commissariat central de police, donc police nationale et je leur demande de se dépatouiller sur l'internement du sus nommé.

Philippe Bernardet/ Quand vous envoyez à la police nationale.... Vous êtes dans le cadre de la police municipale néanmoins. Même les actes de la police nationale engageront la responsabilité de la commune.

Elu 7/ Le terme est ambigu.

Philippe Bernardet/ En droit administratif, vous avez d'un côté la police municipale, d'un autre côté, la police d'Etat. La police municipale est étatisée pour les communes de plus de 20.000 habitants au niveau financement, paiement, etc., Mais il n'en demeure pas moins que les actes de police municipale même quand elle résulte des actes de la police d'Etat, engage uniquement la responsabilité de la commune. Comme on est dans ce cas de figure, même si c'est une police d'Etat qui est intervenue, elle est intervenue sur réquisition du Maire dans le cadre de la police municipale, le Conseil d'Etat a considéré que c'était à la commune de Vannes de payer et pas à l'Etat.

Elu 4/ Mais la non assistance à personne à danger ?

Philippe Bernardet/ Je ne connais pas de jurisprudence où ont aurait condamné un élu, ni même une administration, pour non assistance à personne à danger dans le cadre de l'HO. Il y a des condamnations, des mises en cause de responsabilité préfectorale pour des personnes qui sont passées à l'acte, contre les biens ou les personnes, qui avaient été signalées alors que l'administration n'a pas bougé. C'est un cas de figure particulier : étant donné que la personne n'a pas été internée, il n'y a pas d'atteinte à la liberté individuelle (c'est complètement aberrant, mais c'est comme ça que c'est traité par les juristes). Résultat des courses : la compétence est de l'ordre d'une jurisprudence administrative. C'est la jurisprudence administrative qui dans ce cas là, fixe le montant de l'indemnité dû à la victime du fait des actes d'un aliéné qui n'a pas été finalement interné, alors que l'administration avait été alertée sur le cas.

Il est tout de même intéressant de relever l'importance que revêt, pour les acteurs de terrain, la notion d'assistance à personne en danger, conçue comme une justification morale des mesures d'HO à l'initiative du Maire, susceptible de réduire l'ambiguïté du fondement de l'intervention.

Un cas de figure témoigne de ce risque : celui d'une hospitalisation d'office en dehors d'une pathologie spécifiquement psychiatrique. Durant l'hiver 2005/2006, la presse a relayé plusieurs cas d'hospitalisation préfectorale directe à l'égard de personnes sans domicile fixe, motivées par les risques liés au froid. De nombreux élus locaux ont vivement critiqué cette pratique, jugée alarmante du point de vue des libertés individuelles. Loin de contester la nécessité d'agir sur le registre de l'assistance à la personne en danger, ces élus ont dénoncé l'aspect inapproprié du mode d'entrée psychiatrique dans le soin. Plus généralement, ce type de pratiques pose le

problème du fondement des soins contraints et d'un fondement légal pas obligatoirement psychiatrique.

A l'heure où les droits des patients connaissent une légitimité légale croissante, ces cas de figure interrogent la légitimité du droit d'ingérence sanitaire : d'une part, la non intervention revient à légitimer l'abandon (l'incurie est emblématique de ce point de vue : doit-on laisser les personnes « libres de mourir » ?) ; d'autre part l'idée d'hospitaliser de force toutes les personnes qui se mettent en danger ou mettent en danger autrui remet sérieusement en cause le droit au refus de soin. En matière de souffrance psychique, ce dilemme ne fait que réactiver les débats récurrents sur la demande de soins et la capacité à consentir, associés au fait bien connu, en clinique psychosociale, de la non demande, voire de la récusation de l'aide dans le cadre du syndrome d'auto-exclusion⁵⁸

Les extraits suivants des discussions illustrent cette question :

Un médecin du CHU de X/ « J'ai vécu une situation : un jour, on m'a demandé de faire une évaluation chez une personne qui était en rupture de soins et le médecin s'inquiétait pour elle. Je suis arrivé au domicile, je n'ai pas réussi à rentrer ; je m'inquiétais, aussi j'ai fait appel aux pompiers directement qui sont venus. Ils ont cassé une fenêtre. Ils ont vu la personne à l'intérieur... Au début, ils n'ont pas cassé la fenêtre mais ils ont vu qu'elle était bien là, elle était allongée dans son lit. Ils lui ont demandé d'ouvrir, elle n'a pas voulu. Pour eux, c'était une situation de dangerosité et ils ont donc cassé la fenêtre. Après, ils ont appelé les policiers pour faire part de la situation. Elle a été hospitalisée. La police est venue après. On est dans des histoires pas trop légales. Il y a quelque chose que l'on peut toujours avoir à l'esprit, c'est l'assistance à personne en danger... La personne meurt par défaut de soins, parce que l'on attend que les vrais secours viennent alors que les gens sont de l'autre côté de la rue. Au bout d'un moment, à force de respecter la forme, on n'est plus sur le fond de la loi ».

Un commissaire de police « Nous, en tant que policier, on casse la porte parce que l'on peut toujours supposer qu'il y a quelqu'un en danger derrière. Combien de fois on casse des portes, et en fait la personne est seule, décédée... Et on est bien obligé de casser la porte ! Tandis que si on voit le monsieur à l'intérieur qui dit « C'est la police, je ne vous ouvrirai pas parce que vous n'avez pas le droit de rentrer chez moi » et que nous on constate que la personne est à l'intérieur et qu'elle n'est manifestement pas en danger, là, ça serait délicat ! »

Parce que la mort de quelqu'un incite la police ou le service de la ville à rentrer chez quelqu'un d'autre avant qu'il ne meurt, c'est-à-dire à prendre un principe de prévention.

La question se pose : quand faut-il intervenir ? »

Le Service Promotion de la Santé de Nantes/ « C'est une femme d'une cinquantaine d'années qui était suivie par le CMP. L'infirmière allait au domicile mais elle n'ouvrait pas la porte. C'était l'année dernière. Ça faisait plusieurs fois qu'elle n'ouvrait pas la porte. Elle était signalée au niveau de Nantes Habitat pour nuisances sonores. Par ailleurs, elle était sous tutelle. Au niveau de la tutelle, elle venait toujours récupérer sa carte bancaire, et là, elle ne donnait toujours pas signe de vie. Quand j'ai repris le dossier en janvier, c'était ma préoccupation... Elle n'ouvrait pas sa porte du tout au niveau de la psy. On l'entendait quand même la nuit puisque les voisins se plaignaient qu'elle bougeait les meubles, etc. Il y avait des plaintes. Ma crainte était de savoir si elle était toujours vivante ; je n'avais pas d'autres éléments. La tutelle disait : « elle vient toujours chercher sa carte bancaire, elle se déplace ». Elle a une famille qui n'arrivait pas à entrer en contact (je l'ai su après) et avec qui elle avait peu de contacts. Elle était très isolée.

On l'a évoqué en point de secteur en disant que puisque l'on n'arrivait pas à entrer en contact avec elle, peut-être il allait falloir mettre en place une HO. Parce que c'était le seul moyen d'entrer dans le domicile. En février, la tutelle nous a écrit un peu alarmée en nous disant que cette fois-ci elle n'était pas venue du tout chercher sa carte bancaire. Ça nous a inquiétés. On a mis en place l'HO qui a pris un certain temps voire un temps certain. Quand nous sommes arrivés au domicile, la personne était décédée depuis quelques jours... Est-ce qu'il fallait attendre l'HO ? Est-ce que l'on ne pouvait pas faire ouvrir par les pompiers, par exemple ? A partir du moment où elle n'a plus donné de nouvelles... Parce que la tutelle, à part avoir envoyé un courrier ! Chacun se questionnait, mais c'était difficile de savoir qui faisait quoi dans cette histoire... C'est quelque chose qui traînait depuis longtemps, avec la difficulté d'entrer en contact avec cette personne... »

⁵⁸ J. Furtos, les cliniques de la précarité, Masson, Juin 2008. Cf. le chapitre sur le syndrome d'auto-exclusion.

Notons que les policiers de la Police Urbaine de Proximité de Paris ne font pas exception et intègrent, comme les autres, le « danger pour soi » comme motif d'envoi à l'IPPP : le cas litigieux est bien identifié quand le délire apparaît évident mais le danger non avéré ; la PUP choisira alors d'agir plutôt quand la personne paraît isolée, vulnérable et délirante.

Tous les acteurs rencontrés ont évoqué la difficulté d'entrer en contact avec une personne signalée pour un problème de santé mentale, et tous (équipes soignantes, services municipaux, pompiers ou policiers) **reconnaissent être déjà entrés dans le domicile d'une personne sur le registre de l'assistance à personne en danger, faute de pouvoir trouver une raison absolument légitimée par le cadre légal des HO**. L'expérience de situations où les services « arrivent trop tard », ainsi que le caractère légal de la mesure qui « contraint » à l'intervention deviennent alors des éléments décisifs pour justifier de telles stratégies. Cela fait sans doute partie de la responsabilité pour autrui, à la fois éthique et culpabilité.

Cependant, l'argument de non assistance à personne en danger ne peut devenir un argument péremptoire d'ingérence automatique.

3.6. Le travail en réseau

Cette forme d'organisation de l'action sociale qu'est le réseau apparaît particulièrement à même de faciliter la gestion de ce type de situations, du fait des possibilités qu'elle offre : « horizontal, capable de réunir des individus et des institutions de forme démocratique et participative, autour d'objectifs et/ou thématiques communs »⁵⁹.

Face à des situations qui ne correspondent presque jamais avec celles prévues dans les textes, mais qui déstabilisent presque toujours les acteurs chargés de leur gestion, l'intérêt de cette forme d'organisation est évident : elle offre la possibilité aux acteurs de disposer d'un cadre d'élaboration collective de la complexité des problématiques (le réseau est un « *espace d'interconnaissance, de définition, d'incitation, de validation* » dira P. Vidal-Naquet)⁶⁰, en recomposant notamment le cadre concret de l'expérience sociale⁶¹ des sujets visés par les mesures d'HSC.

Parmi les stratégies susceptibles d'offrir des réponses adaptées aux problèmes rencontrés dans le cadre des processus d'instruction des mesures d'HO initiées par les Maires, le travail en réseau apparaît comme la plus reconnue par les élu(e)s, même s'ils reconnaissent d'emblée leurs limites face à la maladie mentale.

En effet, comme le rappelait l'élue à la santé de Nantes à partir de deux cas concrets (cf. les extraits ci-dessous), dans 2/3 des cas, les personnes faisant l'objet d'un signalement auprès du Service Promotion de la Santé de la ville ne sont pas connues et la prise en compte efficace de l'alerte passe par une action en réseau qui permet d'optimiser les conditions de gestion de la situation critique, tout comme l'efficacité du dispositif de prise en charge qui sera mis en place à partir d'une mesure d'HSC. Comme nous pouvons l'observer ici, le dispositif médico-social est

⁵⁹ Réseau d'Information du Troisième Secteur (RITS) du Brésil, session « réseaux » <http://www.rits.org.br>

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

souvent présent autour de la personne signalée, dont la décompensation opère comme révélateur des dysfonctionnements du dispositif de prise en charge que le réseau permettra d'ajuster.

Elu 5/ C'est une dame de 50 ou 60 ans, dont on reçoit des plaintes de voisinage : les gens nous disant « c'est insupportable, elle hurle, elle crie à deux heures du matin, elle nous réveille ! Il y a des dégradations sur des voitures qu'elle a repérées ou des boîtes aux lettres. Elle jette n'importe quoi dans les boîtes aux lettres. Il faut l'hospitaliser ! ». « Ah bon ! ». Donc on a recherché : à l'hôpital psychiatrique la dame est inconnue, nous on ne la connaissait pas, on demande à la police qui la connaissait car il y avait eu des mains courantes mais ils ne nous l'avaient jamais dit, c'était une information gardée !... A partir des mains courantes, on a pu aller voir les voisins qui s'étaient plaint et ça a abouti à une hospitalisation pour raisons de notoriété publique. A partir du moment où elle a été hospitalisée, elle l'a acceptée. Là, c'est le réseau qui a fonctionné aussi et qui a abouti aux soins et assez rapidement.

A Nantes on a une équipe mobile de psychiatrie de secteur pour les gens qui sont à la rue... il y a le cas d'une femme SDF, où il a fallu organiser une rencontre entre les différents professionnels pour que chacun se rende compte qu'en fait cette personne était tout à fait connue et que plusieurs travailleurs sociaux s'occupaient d'elle (c'était peut-être un peu trop). Ce n'est pas parce que l'on est 5 travailleurs sociaux que l'on fait mieux avancer les choses. On a mis les choses à plat en disant maintenant, pour telle chose ça sera un tel... on continue l'échange d'informations mais ce n'est pas chacun dans son coin qui monte au créneau pour un logement...

3.6.1. Une réelle expérience locale de travail en réseau

Les enquêtes de terrain ont permis d'identifier plusieurs réseaux organisés ou prenant en compte ce type de problématiques, qui constituent de véritables ressources pour les municipalités comme pour les services spécialisés, tels le Conseil Local de Santé Mentale à Givors, ou le Conseil de Professionnels de Santé de Sceaux. Nous avons pu observer de près certains d'entre eux :

- A Grenoble, la municipalité s'appuie sur deux réseaux complémentaires pour considérer et prendre en charge les questions de santé mentale : en participant à la création d'un réseau international de villes OHS⁶² engagées dans le développement de protocoles d'observation en santé mentale adaptés aux besoins et aux conditions d'expression de la problématique au niveau local, la municipalité bénéficie de l'accès à des expériences similaires et s'assure de disposer d'outils et de méthodes de travail particulièrement utiles. Par ailleurs, la ville anime également un réseau local d'acteurs engagés dans la gestion de mesures d'HSC⁶³, qui permet d'analyser les situations et définir des stratégies de prise en charge plus efficaces, à partir d'une procédure mise au point collectivement en trois étapes principales :
 1. le réseau d'acteurs professionnels et institutionnels s'engage, à partir de l'examen de situations présentées dans le cadre de réunions pluridisciplinaires, au cours desquelles il s'agit d'apporter un éclairage clinique et de recueillir des éléments sur la situation avec l'aide d'autres partenaires ;
 2. la seconde étape consiste à essayer de rentrer en contact avec la personne (rendez-vous au centre social), l'entourage et le voisinage (entrevues, contacts téléphoniques). Le travail avec l'entourage et la famille suffit d'ailleurs parfois à apaiser les troubles ;
 3. la troisième étape réfère au travail avec les assistantes sociales de secteur (qui représentent souvent l'ultime lien que la personne conserve) et au temps de concertation et de recueil d'informations auprès d'autres

⁶² Englobant des villes françaises et suisses.

⁶³ Où le service Promotion de la Santé assure un rôle majeur.

intervenants tels que le psychologue du conseil général, les bailleurs, le psychiatre ou le médecin généraliste ; la question du secret se pose alors et la première concertation avec tous les acteurs est suivie d'un temps médical spécifique.

- A Nantes, il existe aussi un réseau santé mentale, créé il y a plus de dix ans, à la demande des bailleurs sociaux (7 agences décentralisées gérant 24.000 logements), partenaire privilégié de la ville de longue date, qui a sollicité une aide auprès des services municipaux pour réfléchir aux situations générées par le comportement « inadapté » de certains locataires qui posent la question du maintien dans le logement. Ainsi, piloté par la ville de Nantes depuis 1995, le Réseau Santé Mentale compte comme principaux partenaires, en sus de Nantes Habitat, le pôle de psychiatrie du CHU de Nantes, l'Association Insertion Sociale par le Logement (AISL), l'Office Central d'Hygiène Sociale (OCHS), et la police. Le processus d'engagement du réseau est le suivant :
 1. Dans chaque agence, il y a un « agent du collectif » qui a en charge les problèmes de vie sociale dans le voisinage, notamment lorsqu'il y a une réclamation (quel que soit son type). Lorsque cet acteur est alerté, il réalise une enquête de voisinage afin d'apprécier la nature et la gravité du problème ;
 2. s'il détecte une situation délicate, il interpelle Nantes Habitat afin d'informer et de s'informer sur des éventuels antécédents similaires, qui permettraient de guider l'attitude en première intention, cela autant pour ce qui concerne la personne signalée que les plaignants ;
 3. à partir de ce moment-là, le représentant de Nantes Habitat porte la situation au « point de secteur »⁶⁴, espace de rencontre des différents acteurs de l'action sanitaire et sociale locale (travailleurs sociaux de secteur, médecins, psychiatres), qui a pour objet de faciliter l'échange autour de la situation, afin de vérifier l'existence éventuelle d'un suivi ou, les cas échéant, de rechercher des solutions ou des ressources susceptibles de contribuer à la prise en charge de la personne. Dans le cas où aucune possibilité n'apparaît pour prendre en charge la situation dans le cadre du droit commun, voir d'une mesure d'HDT, le bailleur proposera qu'une mesure d'HO à l'initiative de la municipalité soit engagée.

L'évaluation de l'expérience nantaise faite par les membres du réseau rencontrés lors de nos travaux de terrain, est à considérer⁶⁵, car elle souligne l'importance de la bonne correspondance entre les services municipaux et le secteur psychiatrique, qui apparaît comme un facteur de succès du travail en réseau qui, d'après les professionnels consultés, permet :

⁶⁴ Les points de secteur constituent l'outil principal du réseau santé mentale : il s'agit de lieux stratégiques, où les différents partenaires abordent les situations des personnes en souffrance une fois par trimestre et par secteur psychiatrique (il y a 4 secteurs à Nantes), afin d'apporter une aide aux personnes en souffrance et les maintenir dans leur logement.

⁶⁵ En 2004, 140 situations ont été évoquées en son sein.

- d'une part, une meilleure compréhension de la spécificité des troubles psychiques :

Nantes Habitat/ « Les points de secteur permettent d'éviter de multiplier les réunions et de monopoliser nos collègues de la psychiatrie tout le temps »... « en discutant autour de ces pratiques, de nos modes de fonctionnement, des difficultés que l'on a, nous, agents de Nantes Habitat, on a d'abord appris à relativiser sur ces situations. Pour nous, il y a dix ans, un appartement où l'on trouvait 5m3 d'ordures dans un logement, c'était urgentissime d'intervenir et on mettait en place tout un système parfois traumatisant pour la personne ».

- d'autre part, un puissant outil de déstigmatisation du patient et de la psychiatrie, ce qui facilite l'accès aux soins ainsi que l'intégration des personnes concernées dans la cité :

Nantes Habitat/ « depuis dix ans, on a appris à relativiser les situations, à employer un vocabulaire approprié, rassurer le voisinage (puisque l'on a appris ce que c'était un CMP, une prise en charge hospitalière, ce qu'était la psychiatrie en milieu ouvert). Aujourd'hui, notre plus grand travail, c'est de communiquer auprès du voisinage, auprès d'un autre partenaire, sur ce qu'est la psychiatrie en milieu ouvert, qu'une personne qui est dans son logement n'est pas forcément une personne qui est sans soins, que la personne ne reste pas enfermée à l'hôpital et qu'il ne faut pas forcément s'inquiéter d'une personne qui a des problèmes de santé mentale près de soi. Ça a déjà fait énormément baisser nos interpellations qui, au départ, n'étaient pas forcément toujours judicieuses. Ça a fait baisser notre sentiment d'insécurité ».

- enfin, la clarification de la place et du rôle de chaque acteur :

Nantes Habitat/ « Si l'on ne parlait que des situations de Nantes Habitat, on ne se remettrait pas forcément en cause nos pratiques puisque l'on ne verrait pas celles des autres. D'où l'intérêt de continuer à parler de toutes les situations avec différents partenaires ».

- A Paris, la configuration du dispositif offre un exemple de réseau institutionnel qui permet la prise en charge de la majorité des cas signalés: en effet, lorsque le pôle signalement de la Préfecture de Paris⁶⁶ est saisi par écrit, il engage une procédure qui vise prioritairement à favoriser l'accès aux soins de la personne désignée dans la plainte en mobilisant un réseau d'acteurs autour de celle-ci, à partir notamment de l'engagement des assistantes sociales du Bureau de la Protection du Public (BPP). Ainsi, pour l'année 2005, on note que sur 511 dossiers de signalement traités par le Pôle Signalement (46 suivis de 2004), 161 (soit 31,5%) personnes ont été prises en charge avec la participation du BPP (dont 86 conduites à l'Infirmierie psychiatrique, 43 (soit 8,4%) prises en charge au CMP et 22 en hospitalisation directe), 85 (soit 16,6%) personnes ont été prises en charge médicalement sans l'action du BPP (dont 6 conduites à l'IPPP, 29 prises en charge au CMP et 29 hospitalisations directes), et 222 (soit 43,5%) personnes n'ont pas été prises en charge (56 dossiers sans élément psychiatrique, 54 ont déménagé, sont sans adresse ou décédés). La vignette suivante illustre la démarche.

⁶⁶ Ancien « Bureau d'Action en Santé Mentale –BASM », qui n'effectue pas de prise en charge sociale et n'a aucun pouvoir de police.

Vignette - Le travail du Pôle signalement du Bureau de la Protection du Public (Paris)

- En août 2004, un signalement est réalisé par le syndic car plusieurs voisins constatent un état anormal depuis plusieurs mois, notamment des jets de déchets alimentaires divers, canettes et bouteilles d'alcool en verre. Madame L. est une personne âgée inconnue du Pôle Signalement. La liaison est établie avec le centre médico-psychologique (qui la connaît) et qui tente une visite à domicile avec son médecin généraliste et une équipe de gérontologie, afin de faire le point sur son état neuropsychiatrique. L'infirmière note que l'appartement est un peu sale mais sans détritus ni poubelle traînant partout. Le Pôle Signalement reste en lien avec le syndic qui affirme que la situation se dégrade depuis dix ans et inquiète les voisins. La représentante du Syndic a rencontré la fille de l'intéressée qui ne semble pas vouloir se mobiliser.

La liaison est maintenue avec la Police urbaine de proximité. Les ilôtiers sont intervenus à trois reprises dans le courant du mois de juillet. La situation s'est calmée depuis.

Le Pôle Signalement signale de nouveau la situation au centre médico-psychologique qui s'est mis en relation avec le service de gérontopsychiatrie de Saint Anne.

En octobre, le médecin du centre médico-psychologique indique au Pôle Signalement qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique. L'intéressée a été hospitalisée pour des problèmes d'ordre somatique et est actuellement en maison de convalescence.

- Au début du mois de décembre, la liaison est établie avec le centre médico-psychologique pour faire le point. La prise en charge semble très réduite depuis la dernière rencontre avec le médecin en septembre. Deux visites à domicile ont été faites en octobre et début novembre. La patiente connaît un problème d'alcoolisme qu'elle reconnaît. Le médecin confirme que Madame est suivie par une infirmière en visite à domicile.

3.6.2. Le rôle décisif de la psychiatrie de secteur

La mise en place par les élu(e)s locaux d'organisations locales de type réseaux en partenariat pour la gestion des situations liées aux mesures d'HSC, ne peut d'évidence s'envisager sans une participation positive des services publics de psychiatrie, doublement concernés par la question du fait de leur expertise et de leur fonction médicale, mais également en tant que possibles « demandeurs » de ce type de mesures.

Les extraits suivants des contributions recueillies sur le terrain, relatives aux capacités et conditions d'engagement de ces services, montrent qu'il n'est pas toujours possible d'envisager une telle implication :

Elu 5/ On essaie d'avoir les associations avec nous qui sont d'ailleurs demandeuses et notamment l'UNAFAM qui est active et demandeuse du maintien à domicile. Parce eux aussi parfois, quand ils demandent l'H.O, quand ils demandent à la police d'intervenir, la police dit « tant qu'il n'y a pas de sang, je ne peux pas intervenir ». On peut donc avoir des personnes violentes qui vont agresser, taper, qui vont rendre la vie infernale, mais tant qu'il n'y a pas de sang et de danger, la police n'intervient pas. Alors que l'on sait très bien qu'il y a de la violence là aussi. Je ne sais pas si on a réussi. Mais les associations sont demandeuses de l'amélioration du maintien parce que le problème, c'est le vieillissement des personnes handicapées psychiques, du coup leurs propres parents vieillissent. Quand ils retournent chez eux, chez leurs parents (ils ne sont pas en logement autonome, ni en foyer, du coup), les parents âgés qui ont 70 ans alors que leur enfant en a 45..., il y a une différence de force dans la violence ; les parents disent « quand je vais partir, que va-t-il se passer ? ». Ils sont très demandeurs pour les structures de suite. En s'y mettant, entre les parents qui disent « ce n'est plus possible, à 92 ans... », les élu(e)s disant « il faut que tout le monde vive dans la cité... », peut-être qu'on arrivera à faire bouger les choses, en s'appuyant sur la loi qui prévoit des ouvertures...

Elu 4/ la psychiatrie de secteur n'a plus le temps et les équipes qu'il faut pour le faire non plus, visiblement. Ils sont absolument en incapacité de suivre des personnes à leur retour à domicile. Il y a des CMP où il n'y a plus de psychiatres !

Animateur 1/ Je pensais à cette phrase « le problème est la sortie ». Certains vont mieux après une hospitalisation, d'autres sont tellement fragiles ou dépendants qu'ils ont besoin de continuer à être dépendants à la sortie... et la tendance actuelle est de continuer à diminuer les lits et les effectifs en psychiatrie⁶⁷...

Elu 5/ Diminuer les lits pour baisser le budget, tout le monde sait faire. Mais qu'est-ce que l'on fait à la place ? Que font des gens qui occupaient ces lits ? On sait bien qu'ils ne vont pas repartir comme ça...

Malgré la réduction du nombre de lits hospitaliers⁶⁸, les moyens d'engagement dans la prise en charge en réseau ne manquent pas à la psychiatrie publique qui, lorsqu'elle pratique les principes de la sectorisation ou participe à des expériences telles que les CLSM, répond aux attentes des élu(e)s.

Le problème du partage des informations à caractère médical apparaît comme un marqueur des limites de la collaboration entre acteurs soumis à des contraintes légales et sociales différentes au sein d'organisations informelles, comme celles observées dans les sites visités. La vignette suivante illustre ce conflit initié en 2004, entre l'élu(e) et un chef de service d'un secteur psychiatrique en raison des « demandes d'HO provenant de la psychiatrie pour motif de rupture de soins ». Du moment où l'élu(e) a tenté d'interroger une telle pratique, ce psychiatre a décliné l'invitation de la ville à participer aux rencontres du réseau sensées contribuer à l'analyse d'un cas complexe relevant de son secteur. Le Conseil de l'Ordre des Médecins a été saisi au motif que la ville tentait de lever le secret professionnel sur certains dossiers, Conseil qui a signifié son soutien au praticien, contre la ville.

Vignette - Le conflit autour du secret médical

- La ville interpelle ce médecin psychiatre [par écrit] en lui disant :

« Mes services sont interpellés régulièrement au sujet Monsieur X qui souffre de troubles du comportement et qui de par ses conduites addictives, semble se mettre parfois en danger. Il est régulièrement retrouvé inanimé chez lui ou dans la rue. Il est alors conduit à l'hôpital et ressort 48 heures plus tard.

Pour mémoire, cette situation a fait l'objet de mesures provisoires en vue d'une hospitalisation d'office en septembre 2004, mais celle-ci n'a pas été confirmée. Aussi, je vous invite à réfléchir ensemble à des modalités d'accompagnement vers le soin et sur la possible prise en charge médico-sociale de cette situation complexe, qui a fait l'objet par ailleurs, d'un signalement au procureur ».

La réponse du responsable du secteur de psychiatrie est rédigée comme il suit :

« J'ai bien reçu votre demande de concertation concernant Monsieur X qui pose des problèmes de comportement. J'ai demandé l'avis au Conseil de l'Ordre des Médecins pour ce type de concertation qui déroge les règles du secret médical et je vous fais parvenir une copie de la réponse du Président du Conseil de l'Ordre des Médecins : « J'accuse réception de votre correspondance dans laquelle vous nous précisez que des demandes seraient faites par la mairie de X pour avoir des renseignements médicaux sur certains patients que vous suivez, ou même que vous avez suivis. Il est bien évident que vous ne pouvez répondre à ce type de demandes car les faits que l'on vous demande de révéler sont couverts par le secret médical. Je souhaiterais savoir quel est le service de la mairie qui vous a interrogé afin de pouvoir intervenir directement auprès de lui ».

Le chef de service, en réponse aux nouvelles sollicitations de la ville indique dans un ultime courrier que :

« Il y a en effet un subtil équilibre à trouver pour les médecins que nous sommes entre le souci de protection des personnes et du secret médical et le risque opposé de non assistance à personne en danger pouvant aboutir à des situations dramatiques » [et argue du fait] « qu'un certificat n'est pas obligatoire lorsqu'un arrêté d'HO est pris par la Mairie : il peut être fait dans

⁶⁷ Les élu(e)s déplorent de rarement connaître les suites des HO, en termes de prise en charge sanitaire ou sociale, d'autant que l'inquiétude ou le mal-être du voisinage est parfois palpable.

⁶⁸ Les effets du rétrécissement de la capacité d'accueil de la psychiatrie publique ont des effets directs sur les conditions de gestion des HO : **un(e) élu(e) participant au séminaire a témoigné avoir signé plusieurs HO pour la même personne en l'espace de quelques jours « par défaut de place dans l'établissement d'accueil ».**

un second temps » [et que, à de nombreuses reprises], « nous nous sommes rendus à ces réunions mais très vite, nous abordons l'aspect clinique des troubles : troubles du comportement, agressivité, suivi etc. et il est très difficile de ne rien dire dans ces réunions ». Et il ajouta plus loin : « paradoxalement, lorsque nous demandons une HO pour les patients que nous suivons et qui sont en rupture de soins, il n'est pas très aisé de les obtenir de la part de la Mairie de X..., ce qui n'est pas le cas avec les autres communes; encore récemment, nous avons eu en hospitalisation un jeune patient signalé par sa famille à toutes les instances possibles et qui est resté sans soins, faute de mise en place d'un arrêté d'HO par la Mairie. Je tiens à préciser que nos demandes d'HO sont faites après maintes vérifications et qu'il n'y a donc aucun risque d' « internement arbitraire ». Concernant plus particulièrement le cas de Madame X que vous nous avez signalés et qui est quelqu'un d'inconnu de nos services, je suis très étonné qu'aucune mesure ne soit prise, alors qu'il semble à l'évidence qu'elle pose des problèmes psychiatriques graves. La réflexion que nous portons sur l'ensemble de ces problèmes va dans le sens d'une grande réticence des élu(e)s de X à signer des HO, cela au nom de la « Liberté du Citoyen » et qu'il est donc plus facile de faire porter cette responsabilité aux services de psychiatrie ».

La question du secret médical ne peut être traitée rapidement. Mais on sait que des réunions de concertation inter partenariale n'ont aucunement besoin d'une révélation du diagnostic. Une nouvelle éthique est à l'évidence à co-construire dès qu'il s'agit de préoccupation de santé mentale au-delà des filières de soin. Par ailleurs, le partenariat se construit sur la confiance, à partir de la place de chacun, et cela ne va pas toujours de soi.

En tous les cas, l'exemple précédent révèle les limites légales des dispositifs de gestion collective des HO non formalisés qui, faute de règles de jeu clairement posées, peuvent conduire à une forme de disqualification des principaux acteurs dont dépend l'efficacité de la mesure au détriment de l'intérêt du malade et de son entourage, tout comme de la communauté et ses services.

En général, le pouvoir de convocation de l'élu(e)⁶⁹ permet de mobiliser la majorité des acteurs qui signalent une situation problématique en vue de son examen collectif avant de prononcer une mesure d'HO, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit des médecins⁷⁰ qui, en l'absence d'un cadre de référence légal de collaboration « suffisamment sécurisant », invoquent le respect du secret professionnel comme limite et condition à leur collaboration. S'agissant des travailleurs sociaux, la loi sur la prévention de la délinquance a ouvert une nouvelle donne que nous ne pouvons qu'évoquer ici.

3.6.3. Le cas particulier d'une psychologue dans les structures municipales

La ville de Grenoble a reconnu l'intérêt de structurer le travail sur les questions complexes de santé mentale, au-delà des HO, notamment autour de la coordination de secteur. L'embauche récente d'une psychologue au sein du service Promotion de la Santé⁷¹ qui intervient sur les plaintes ayant une « composante » de santé mentale sans demande de soins ; le service prend

⁶⁹ Cf. supra p. 6, le rapport de recherche, 2005, *Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, Editions de la DIV ; et L. El Ghazi, 2004, « Santé mentale : la part des villes. Réflexions d'un maire-adjoint », in *La Santé Mentale en actes*, Erès, p. 275.

⁷⁰ Nous avons pu observer que l'emprise sur le dispositif par les professionnels des secteurs sanitaire et social peut s'estomper ou être atténué lorsque l'élu(e) est lui même un professionnel du champ de l'action sanitaire et sociale ; un effet inverse peut aussi être observé lorsque l'élu(e) est un professionnel du champ (notamment médecin) : dans le premier cas la coopération autour d'une situation semble facilitée, alors que dans le deuxième cas cela peut conduire un(e) élu(e) (psychiatre par exemple) à refuser systématiquement de signer des HO afin d'éviter toute « ambiguïté » de ses fonctions.

⁷¹ Au Service Promotion de la Santé de la ville de Grenoble, il y a une psychologue clinicienne, une infirmière et la responsable du service.

connaissance de cette composante souvent par le voisinage, les familles ou les travailleurs sociaux, ce qui permet un éclairage pertinent sur la réponse initiale de la ville, et une orientation stratégique plus précise, privilégiant soit le volet sécuritaire, soit le volet santé publique, ce qui évite éventuellement le recours inapproprié aux mesures d'HSC :

La psychologue/ Il y a eu une visite à domicile avec un inspecteur de salubrité qui ne nous a pas permis de rencontrer ce monsieur, puisque visiblement il était absent. Par contre, ça nous a permis de rencontrer des voisins. Résidence de « célibataires » avec des jeunes étudiants pour la plupart. On a pu rencontrer les voisins, et j'ai pu me faire une idée sur le plan clinique, car j'ai pu recueillir des éléments en fonction de ce qui était amené par ces voisins qui soulignaient qu'elles avaient peur. Je repère que c'est quelqu'un qui est tantôt sur le versant agressif, tantôt sur le versant d'une inhibition majeure, avec beaucoup d'incohérence et de troubles du comportement avec des risques de débordement... Il y avait eu des passages à l'acte dans la montée d'escalier : c'est-à-dire que ce jeune homme s'était emparé d'un extincteur qu'il avait lancé dans l'ascenseur... Ça avait été assez dramatique, avec l'intervention de la police municipale... Je craignais aussi un passage à l'acte sur lui parce qu'il avait quand même brisé une baie vitrée. On a donc opté pour une rencontre avec le père dans le service. Ce monsieur avait des parents sur la commune, et on a pu contacter son père et le rencontrer ».

3.7. L'institutionnalisation des réseaux de santé : une réponse aux problèmes posés aux élu(e)s locaux par les mesures d'HO à la demande du Maire ?

Malgré la richesse et la diversité des options qu'offre le développement de stratégies de travail en réseau observées sur le terrain, force est de constater que l'absence d'un cadre formel instituant plus précisément les collaborations, joue souvent contre l'efficacité des dispositifs en place, qui apparaissent, *in fine*, toujours surdéterminés par les logiques et contraintes propres aux institutions qui y participent.

La controverse évoquée plus haut entre un chef de secteur psychiatrique et un(e) élu(e), ainsi que les exemples des limites des réseaux qui fonctionnent bien, enseignent que, pour qu'il puisse être efficace, le centre de gravité du dispositif local de gestion en réseau des situations pouvant justifier de mesures d'HO à l'initiative des Maires, doit reposer, d'une part, sur une entente clairement formulée dans ces bases conceptuelles et légales, entre les deux acteurs principaux de la régulation de l'action publique locale en santé mentale, soit le Maire (et par extension ses adjoints), et les médecins (notamment les responsables des secteurs de psychiatrie publique). D'autre part, il semble évident que cette « entente », qui définit l'intentionnalité du réseau, doit être complétée par la définition de règles éthiques qui, au delà de la loi et des contraintes institutionnelles, vont encadrer l'intervention collective.

Il est étonnant que n'ait été relatée aucune expérience de formalisation de réseaux, au sens de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Chapitre V – Réseaux - Article 84), qui dote le système de santé d'un moyen éminemment moderne et adapté aux nouvelles problématiques de santé. Elaboré au plus près des nouvelles pratiques de terrain, le « modèle » institutionnalisé répond en effet à des critères d'organisation et règles de fonctionnement très proches de celles observées dans les réseaux organisés autour des mesures d'HO à l'initiative des Maires, (Cf. les apports de Pierre Larcher et Pierre Poloméni en 2001⁷² et les critères précisant les règles de fonctionnement des réseaux de santé Cf. le décret n° 2002-

⁷² P. Larcher, P. Poloméni : « La santé en réseaux », Masson, 2001. Les auteurs reconnaissent notamment quatre dimensions spécifiques aux réseaux de santé : l'identité (référence à une charte), les échanges (protocoles, outils informatiques, bulletin, etc.), le management (coordination, évaluation) et la production (réalisations spécifiques du réseau en tant que tel).

1298 du 25 octobre 2002 (relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ainsi que le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique)⁷³.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'inter-disciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Titre II du livre III de la sixième partie du Code de la Santé Publique - Chapitre Ier : « Réseaux de santé », Art. L. 6321-1

L'intérêt d'une évolution vers des organisations formalisées dans le cadre des réseaux de santé évoqués ci-dessus, semble néanmoins en cours de maturation et leur réalisation à terme paraît relativement probable lorsqu'on considère les tendances observées sur le terrain :

- à Nantes, un projet de formalisation est en cours, notamment par l'élaboration d'une Charte (exigée dans les textes de reconnaissance des réseaux institués) qui devra préciser les conditions de fonctionnement éthique des points de secteur ;
- à Grenoble, alors qu'il n'y a pas de formalisation spécifique pour fixer le cadre des rencontres du collectif d'acteurs réunis autour des situations faisant l'objet d'une mesure d'HSC, les professionnels de la psychiatrie ont souligné l'intérêt de la structuration formelle dans un réseau de santé, qui permettrait notamment d'organiser des formations croisées, où les élu(e)s pourraient être « sensibilisés » par les psychiatres aux enjeux de la prise en charge des HO et, où, à l'inverse, les élu(e)s pourraient présenter les missions de l'élu(e) en termes d'HO mais également leurs préoccupations de santé mentale (les expériences développées dans le cadre du PRAPS, considéré comme une surface d'expérimentation et de formation à destination des professionnels de première ligne, ont été cités en exemple)⁷⁴. Par ailleurs, les différentes expériences de Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)⁷⁵ ont été reconnues et engagées comme des solutions pouvant faciliter l'ouverture d'un dialogue et la création d'un espace de collaboration des services spécialisés avec les municipalités. Enfin, les nouvelles stratégies de contractualisation dans le cadre des pôles de santé mentale pourraient faciliter l'institutionnalisation et la formalisation des expériences de travail en réseau possibles: les acteurs impliqués par les mesures d'HSC pourraient ainsi trouver un cadre spécifique ou réfléchir à l'optimisation des procédures, en intégrant notamment des pratiques spécialisées dépendant d'autres partenaires que la psychiatrie ; notamment du côté de la grande précarité sociale.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ AS de secteur, les professionnels des CHRS, les médecins de ville, etc.

⁷⁵ Une démarche de création d'un CLSM était en cours lors de notre visite à Grenoble, lancée à l'initiative de la municipalité.

Conclusions du troisième chapitre

L'analyse des processus qui organisent l'intervention des élu(e)s dans la mise en œuvre des mesures d'HO à l'initiative du Maire, et au travers d'eux le réseau d'acteurs du territoire communal convoqué autour des situations, a mis en évidence plusieurs mécanismes déterminants pour la qualité de ce type de mesures.

Les données évoquées dans les cas analysés permettent de caractériser la nature des troubles mentaux conduisant aux mesures d'hospitalisation sans consentement et montrent une série de situations cliniques qui peuvent être regroupées en deux grands groupes, soit :

- celles rencontrées le plus souvent dans les plaintes pour troubles du voisinage, particulièrement marquées par l'incurie et des comportements organisés autour d'une dynamique persécutoire,
- celles qui correspondent aux modes de fonctionnement de certains services spécialisés de psychiatrie correspondant aux personnes en rupture de soins psychiatriques dont la trajectoire psychopathologique préoccupe les services spécialisés qui utilisent cette mesure pour tenter de rétablir la continuité de soins ; c'est pourquoi, ils signalent aux services municipaux la dangerosité potentielle de la personne en conseillant au Maire de prononcer une mesure d'hospitalisation contrainte ; à Paris les commissaires de police sont souvent amenés à en faire le même usage du dispositif chargé de ces personnes.

Deux autres éléments marquent, par défaut, l'expérience des acteurs rencontrés et participent aux difficultés des élu(e)s susceptibles d'intervenir par le biais de cette mesure :

- **la rareté des situations de violence caractérisée** pouvant générer ou constituer, pour la personne, son entourage ou encore les services mobilisés autour de ces mesures, le « danger imminent » évoqué par le Code de la santé publique,
- **le faible nombre de plaintes pour troubles du voisinage pouvant conduire à des mesures d'hospitalisation sans consentement déposées par les habitants des quartiers les plus défavorisés**, alors que les conditions et modes de vie des publics qui y habitent, comme la nature des problématiques sanitaires et sociales connues par les services correspondants (qui indiquent des zones où la souffrance psychosociale, les décompensations psychologiques et les conduites agies sont endémiques), devraient être source de plus de sollicitations de ce type

Par ailleurs, en analysant les processus décrits de mise en place des mesures et autres stratégies de prise en charge sur le terrain, il a été possible d'identifier un certain nombre de mécanismes déterminants pour l'engagement des Maires, soit notamment :

- Au niveau de l'itinéraire et de l'enregistrement de la demande d'intervention : selon la manière dont la demande arrive au Maire, la signature sera effective ou pas. Nous avons

observé l'influence des circuits de la demande sur la décision, et constaté une grande diversité des circuits en fonction des villes et des dispositifs et instances existants. Certains horaires sont réputés critiques comme le soir et le week-end.

- La réactivité des services comme celui de la police, par exemple, et également selon la sensibilité des plaignants (habitants ou institutionnels).
- Au niveau de l'approche de la demande qui peut être différente selon qu'elle s'adresse à un quartier du « centre ville » ou à un quartier défavorisé tel ceux de la « politique de la ville ». Les intervenants mobilisés ne sont alors pas les mêmes : la médiation par le service d'hygiène ou une réponse sécuritaire avec la police municipale. Il est à remarquer un phénomène particulier qui est également apparu « en creux » de l'analyse : l'indice de l'absence de plainte dans un quartier peut indiquer soit une peur collective soit un meilleur seuil de tolérance. Il va de soi et on a pu le lire dans certains témoignages que le souci pour autrui existe chez nombre d'intervenants ni cliniciens, ni Maires : administration, Police, bailleurs, etc....
- Au niveau de la question éthique pour le Maire ; il existe de multiples possibilités et obligations de fichage des individus. Du fait de l'obligation de traçabilité dans la procédure d'HSC, une recherche d'historicité de troubles de voisinage et éventuellement d'antécédents d'hospitalisation facilite l'instruction d'un dossier. Mais signer une HO pose la question de l'impact du fichage pour la personne et le risque de stigmatisation. La responsabilité de cet acte renforce le poids de la décision. La décision de « signer » l'arrêté apparaît comme la résultante d'un processus psychosociologique particulièrement complexe et toujours, *in fine*, très personnel, que chaque élu(e) accomplira en fonction de ses propres ressources culturelles, politiques, sociales et même émotionnelles. Les observations de terrain ainsi que les échanges dans le cadre du séminaire, ont confirmé que ce travail éthique se réalise de manière plus ou moins satisfaisante, selon le degré de maîtrise de l'élu des différents paramètres (médicaux, administratifs, sociaux et institutionnels) qui déterminent l'appréciation de la situation, et par conséquent, de ses capacités à « résister » aux différentes pressions institutionnelles qui accompagnent souvent la demande d'intervention ; résister et tenir compte, bien sûr. La question du secret médical, qui s'impose aux médecins, ne peut empêcher un concours à la décision.
- Au niveau des circuits d'arrivée de la demande pour mieux la décoder : certains s'appuient sur l'analyse de la police nationale, d'autres passent par l'approche médicale. Le séminaire des élu(e)s signale l'intérêt d'intégrer dans les circuits de traitement de la demande les services d'hygiène et de santé des communes, particulièrement dans les situations d'incurie.
- Ainsi les mécanismes les plus intimes de la décision par le maire d'engager une demande d'HO, associés à la subjectivité de l'élu, contraignent à une décision qui ne peut seulement faire appel à des compétences médicales, mais bien à des compétences politiques et juridiques définissant *in fine* sa fonction.
- C'est au niveau des conditions d'orientation de la demande que va dépendre sa présentation : qui la présente ? Comment arrive-t-elle ? En fonction des critères

personnels de l'élue (plutôt sécuritaires, plutôt santé ? Plus ou moins élaborés du point de vue des questions éthiques qui se posent ?

- Les rapports de force et les enjeux de pouvoir propres au champ vont se révéler notamment dans les relations de l'élue(e) avec les autres catégories d'acteurs, et en particulier au regard des partenaires suivants :
 - La police : acteur clé du dispositif local ayant une expertise reconnue, qui peut faire pression sur la décision et intervenir dans l'action.
 - Le médecin, qui, par son expertise et sa position dans le champ, peut avoir tendance à instrumentaliser la mesure au profit de son projet, (par exemple une HO dans la perspective d'un retour au soin. Le médecin psychiatre ou généraliste qui légitime la procédure par un certificat ou un avis, peut, dans certains cas, intervenir en amont et favoriser le recours au tiers, ou l'accès aux soins hors HO.
 - Les tiers (famille, voisinage, ...) exercent eux aussi des pressions sur les élue(e)s, soit directement par leurs courriers ou dans la proximité des petites villes, soit indirectement en disparaissant du champ, ce qui oblige parfois à que l'élue(e) assume la fonction de tiers au travers d'une mesure d'HO.
 - Les Préfets et les DDASS, enfin, sont des acteurs importants dans la gestion du dispositif d'HSC, dont le retrait génère une série de problèmes propres à la dérégulation du système, qui entraîne une surcharge sur ce registre pour l'acteur municipal.

- Chapitre 4 –

4. Le Maire et le dispositif d'Hospitalisation Sans Consentement : le cadre de référence légal

Nous aurions logiquement pu mettre ce chapitre en début de rapport, pour bien cadrer les conditions d'instauration d'une HO. Mais être parti des conditions concrètes de cette instauration donnera en quelque sorte « du corps » à l'aspect légal et juridique de la question. Depuis 1990, le cadre de référence légal des hospitalisations sous contrainte, institué en 1838, est entré dans un processus d'actualisation qui atteste de l'incidence des nouvelles problématiques de santé mentale abordées dans le séminaire.

Après 152 ans, les effets des problématiques sociales des années 1980 au niveau de la santé mentale des populations déstabilisent le cadre d'intervention institutionnel et imposent une interrogation sur la pertinence des cadres d'intervention publics et en particulier sur ceux mobilisés dans la gestion des situations d'urgence.

Le questionnement du rôle, des conditions d'intervention et du degré de responsabilité des élu(e)s locaux dans la mise en œuvre des mesures conduisant à une HO se situe dans ce questionnement général qui, aux termes de la législation en vigueur, définit l'HO comme une mesure de police administrative spéciale dévolue au Préfet et, en cas d'urgence, au Maire.

Bien que particulièrement encadrées (la décision d'hospitalisation est conditionnée à la production d'un certificat médical, car les progrès de la psychiatrie ont progressivement imposé un impératif de soins en vis-à-vis du critère de sécurité publique), les conditions concrètes de mise en œuvre de cette mesure interpellent de multiples catégories d'acteurs impliqués, soit les services publics chargés de la gestion locale de la sécurité, de l'hygiène, de l'action sociale et de la santé.

Ce chapitre, consacré à la caractérisation du cadre légal de référence ainsi qu'à l'examen des différents travaux d'analyse et d'évaluation du dispositif actuel, rend compte des principales observations et interrogations évoquées par les élu(e)s participant au séminaire sur :

- la pertinence et la légalité du recours à ce type de mesures, précisément définies dans le Code de Santé Publique, constatant que les situations abordées par ce biais n'apparaissent pas toujours en correspondance évidente avec l'esprit et la finalité du dispositif légal ;
- les conditions d'évolution du dispositif malgré un diagnostic plusieurs fois posé par les différents services d'inspection et de coordination des administrations centrales chargées de sa supervision, ne semblent pas avoir intégré dans les réformes instituées depuis 1990 les exigences actuelles, mais cumulent une jurisprudence qui condamne souvent les excès et déviances ;
- le fait qu'il s'agit d'une mesure située à l'interface du soin et de la sécurité qui exige une approche politique autant que psychiatrique ou sociale, afin d'éviter les usages abusifs ou erronés signalés par la jurisprudence.

4.1. L'encadrement réglementaire de l'intervention des Maires

Souvent en décalage avec l'expérience concrète des élu(e)s locaux, les textes réglementaires définissent le rôle et les conditions d'intervention des Maires en matière de santé mentale autour de deux axes principaux : d'une part, celui qui renvoie à la gestion des situations d'urgence, où l'élu local sera amené à participer à partir d'une perspective sécuritaire, et d'autre part, celui qui renvoie aux conditions de prise en charge institutionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux.

4.1.1. Le cadre légal de l'intervention en urgence : les articles L3213-1 et L3213-2 du Code de la Santé Publique relatifs à l'hospitalisation d'office

Les extraits du Code de la Santé Publique ci-dessous, rappellent le cadre de référence légal encadrant les mesures d'hospitalisation sans consentement en France, en particulier l'article L3213-1, qui précise de manière assez claire, dans quelles conditions le Maire peut être conduit à demander l'hospitalisation sous contrainte d'une personne.

Code de la Santé Publique (extraits)

Article L3213-1

A Paris, le Préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Article L3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le Maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Si le Maire estime que la situation provoquée par le comportement d'une personne présentant des « *troubles mentaux manifestes* », génère un « *danger imminent pour la sûreté des personnes* », il a le droit mais non l'obligation (son pouvoir discrétionnaire peut non seulement se passer d'un avis médical, mais prendre appui sur la notion « vague » de « *notoriété publique* »), de donner l'ordre aux services publics compétents, notamment les services de santé et de police, de l'hospitaliser de manière contrainte.

L'élu(e) ne s'estime pas toujours suffisamment préparé(e) à prendre une telle responsabilité, et il a raison, car la « formation » des nouveaux élu(e)s en la matière est loin d'être systématique.

Il y a dans la procédure d'HO un paradoxe qui, lorsque la mesure est envisagée en dehors des situations d'exception prévue par les textes (soit dans la majorité des cas), devient rapidement difficile à surmonter en termes de responsabilité morale ou légale, puisqu'il suppose, sinon

impose, une conviction suffisante sur des critères qui justifient le choix de l'élu, critères qu'il n'a pas nécessairement :

Extraits des discussions du séminaire

Animateur 1/ [à propos d'un cas traité par les services municipaux chargés des HO à la ville Y, connu par l'équipe d'investigation de terrain] Pour le cas de l'homme de la ville de Y, on ne sait rien de plus à part qu'il était inanimé chez lui ? On n'a rien au niveau clinique ?

Elu 4/ [Qui prend connaissance du cas à cette occasion] Je n'ai jamais vu cet homme là !... Une fois de plus, j'ai une version très éloignée de la situation, en tant qu'élu d'une grande ville...

Animateur 1/ Qui le connaît cet homme ?

Elu 4/ Le service. [...] C'est un peu particulier. Les services ne souhaitent pas me donner les détails des situations. Je l'ai demandé plusieurs fois. C'est tout à fait surréaliste que j'apprenne la situation ici. Ça pose un problème qu'ils ne veulent pas le dire à l'élu.

Elu 5/ Ils veulent nous protéger.

Elu 4/ mais en même temps, ça nous affaiblit car on n'a qu'une partie de l'information.

Animateur 3/ Tout à l'heure, sur la position de notoriété publique, le cas plus détaillé que j'ai retranscrit, il serait utile d'avoir l'historique. On pourrait imaginer que l'élu change d'avis en ayant le détail...

Elu 4/ Depuis que la psychologue est arrivée, j'ai davantage accès à un ensemble d'éléments sur les situations qu'elle gère. Mais l'accès à l'information est compliqué...

Animateur 3/ Ce que je ne comprends pas, c'est que l'élu doit signer « en toute connaissance de cause ». Là, le service de la Promotion de la Santé en lien avec le service administratif de l'état civil qui s'occupe de la rédaction de l'arrêté, sont dans une situation où ils présentent un cas : plus ils le « nourrissent », plus l'élu a des éléments pour décider. Je n'ai pas compris le type de relation entre l'élu et les services.

Elu 4/ Vous pointez du doigt un certain nombre de questions sur l'organisation et les modalités de faire. Pour ma part, je m'appuie beaucoup plus sur un certificat médical que sur cette instruction.

Animateur 3/ J'ai compris comment ça fonctionne : le service Promotion de la santé transmet au service administratif qui transmet...

Elu 4/ Le service administratif n'a pas ce genre d'informations non plus, ou alors très partielles. On se demande à quoi ça sert tout leur travail..., un peu en entonnoir.

Animateur 1/ C'est bien que tout ne soit pas diffusé comme dans un grand ventre mou où tout le monde saurait tout, tout le temps... Ce qui est important dans ces situations, c'est que chacun ait accès aux informations dont il a besoin pour faire son travail. Ni plus ni moins. D'ailleurs, les médecins, s'ils participent à des séances de concertation, ne donnent jamais les diagnostics (ce n'est pas autorisé). Ils peuvent éventuellement répondre à des questions dont l'autre a besoin pour son travail sans rompre le secret médical. Il ne faut pas utiliser la notion de secret partagé car c'est antinomique. C'est ce que l'on appelle un oxymore : c'est un secret, ou ce n'est pas un secret. On peut parler de concertation partagée, de discussion sur les informations mais la notion de secret partagé est contaminée d'emblée. Si on demande au Conseil de l'Ordre « est-ce que l'on peut partager le secret médical ? », forcément il va dire non. Par contre, est-ce que l'on peut parler, sans dire le diagnostic, avec nos partenaires en vue d'éclairer la décision d'autrui tout en gardant le secret professionnel ? Ce n'est pas pareil.

Animateur 3/ D'autant qu'au service de la Promotion de la santé, il y a un médecin, un psychologue : ce sont des professions qui sont soumises à un devoir de réserve au minimum et au maximum de secret. Effectivement, on ne peut pas parler de secret partagé mais d'une concertation entre des personnes soumises au secret de par leur profession.

Elu 5/ ..., quand tu reçois le certificat, tu peux appeler la psychologue en disant « j'ai reçu la demande d'hospitalisation pour un tel, que pouvez-vous me dire ? ».

Elu 4/ La psychologue n'est là que depuis six mois. Elle n'est pas sur ces situations là. Elle va plutôt aller sur les autres situations presque de notoriété publique pour ne pas arriver à des HO, mais tenter l'accès aux soins.

Elu 5/ Est-ce que tu sais qui appeler toi ? Le directeur du service Santé le sait tout ça ?

Elu 4/ C'est rarement eux que j'appelle. Il m'arrive de joindre les services pour avoir des confirmations plutôt en terme de procédure.

Elu 5/ Mais pour avoir l'histoire, non ?

Elu 4/ Non.

Animateur 3/ C'est-à-dire qu'en fait, il faudrait quelqu'un qui refasse l'histoire comme je l'ai fait.

Animateur 1/ Là, il y a une sorte de rupture du filtrage interne des informations de la ville Y ...

Elu 5/ C'est le filtre qui n'est pas bon.

Elu 4/ On a des excellentes relations de travail. Ce n'est pas du tout pour me cacher des choses, ou une volonté de ne pas travailler ensemble. Depuis le début du mandat, on a plutôt d'excellentes relations de travail. J'ai dû mal à me faire comprendre, parce qu'à plusieurs reprises (suite au travail à l'ORSPERE), il me semblait nécessaire d'avoir plus d'informations, d'avoir des situations moins « désincarnées ». Je me rends compte, avec les années du mandat, que l'on se déshumanise un peu quand même. Et j'avais besoin de me rapprocher des vraies situations et pas seulement des formulaires. Mais ce n'est pas si simple en fait.... Ce sont des concertations : toi en tant qu'élus tu y es ?...

Elu 5/ Non, je n'y suis pas !... Ce sont des points techniques, mais justement je me dis qu'il faudrait que j'y sois ; parce que s'il y a des concertations, c'est qu'il s'agit de cas difficiles... j'en ai l'histoire par ailleurs... je ne découvre pas comme toi le matin... c'est moins grave chez moi... Sauf que je n'ai pas l'information au fur et à mesure. Tout d'un coup on m'appelle et on me dit : « il faut que l'on vous parle de Madame Machin »... et là, je sais qu'il y a une histoire qui doit avoir plusieurs mois, plusieurs années, dont je n'étais pas au courant. Je n'ai pas ce « verrou » administratif que tu as toi, entre les deux...

Cet extrait rappelle les conditions d'interpellation ordinaires des élu(e)s qui, dans la grande majorité de cas des grandes villes, sont appelés par les services techniques pour la mise en œuvre d'une mesure d'HO pour une personne qu'ils connaissent souvent déjà (surtout dans les petites villes), et dont la situation a été « traitée » plus ou moins longuement avant que l'élus(e) ne soit contacté.

4.1.2. Les responsabilités des maires en matière d'hospitalisation sans consentement

La question de la responsabilité pénale et/ou civile des Maires en matière d'HO est souvent posée.

La recherche juridique montre que cette responsabilité est limitée par les textes de référence puisque, d'une part, l'arrêté d'hospitalisation sans consentement qu'ils peuvent émettre a une autonomie maximale de 48 heures, et d'autre part, en dernière instance, celui qui prononce effectivement la mesure d'HO n'est pas l'élus, mais le Préfet.

C'est le Préfet qui, en vertu de ses pouvoirs généraux en matière d'hospitalisation psychiatrique :

- prononce l'ensemble des décisions concernant les hospitalisations d'office (admission, renouvellement, sorties d'essai ou accompagnées, sortie définitive),
- exerce un contrôle sur les établissements d'hospitalisation habilités (les services placés sous son autorité, notamment les DDASS, devraient les visiter une fois par semestre),
- reçoit les réclamations des patients et procède à toute vérification utile,
- est destinataire de l'ensemble des décisions en matière d'hospitalisation sur demande d'un tiers,
- peut transformer une mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office, si les troubles mentaux dont une personne est affectée

compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Par ailleurs, la responsabilité de l'élu peut être engagée s'il est accusé de « séquestration arbitraire » quand il a ordonné une mesure provisoire qui s'avèrerait injustifiée. Précisons cependant que cette responsabilité a été, d'une part, atténuée par la loi du 27 juin 1990, lorsqu'elle ramena la validité de la décision du Maire d'une période « provisoire » mais sans limites temporelles prévue dans la loi de 1838, à une période de 24 à 48 heures : dans le cas où cette faute serait vérifiée, du fait de la validité légale de la mesure inférieure à trois jours, il s'agit désormais toujours d'une infraction qui relève du correctionnel, et non pas du criminel⁷⁶. D'autre part, en pratique, comme l'indiquent les résultats de la recherche jurisprudentielle menée sur la question, il n'y a pas eu de cas où un(e) élu(e) a été personnellement poursuivi(e) pour une mesure de ce type considérée abusive ou erronée par les tribunaux : seule la municipalité a été mise en cause dans l'unique exemple trouvé, dans l'affaire Aïouaz, où le juge a condamné la commune à verser 8.000 euros de dédommagements pour une séquestration de 24h jugée arbitraire (cf. supra p. 128).

Précisons enfin que, d'après les textes et la jurisprudence :

- lorsque la personne est en HDT ou en HO, ce n'est pas l'hôpital qui est en cause mais celui qui a ordonné la mesure,
- pour les fonctionnaires, il suffit d'avoir la simple connaissance d'enfreindre la loi pour relever du correctionnel,
- pour les non fonctionnaires, il suffit d'avoir une intention de nuire pour relever du niveau pénal (aucune jurisprudence de ce genre n'existe en France),
- quant à la responsabilité des médecins, il y a eu un médecin généraliste jugé responsable d'une faute dans l'affaire Camille Dornier (années 1970). En revanche, dans un autre cas, le juge a considéré que le médecin ne pouvait pas avoir sa responsabilité personnelle engagée compte tenu du fait qu'il était intervenu sur réquisition des forces de l'ordre agissant dans le cadre de la police municipale.

Les droits du Maire en matière de contrôle juridictionnel des hospitalisations sous contrainte ont été précisés depuis que la loi du 27 juin 1990 a institué l'obligation pour le Préfet d'informer le Maire lorsque l'un des résidents de sa commune est hospitalisé sous contrainte. Ce dernier peut donc désormais, s'il l'estimait utile, saisir le Procureur de la République afin de demander le contrôle juridictionnel de la mesure, notamment quand celle-ci est effectuée à la demande d'un tiers.

Bien que très rarement utilisé, il est important de noter que ce droit ouvert aux Maires par la loi de juin 1990 en matière d'hospitalisation sans consentement est un droit particulièrement précieux car, dans ces cas, le contrôle de la mesure de rétention par le juge judiciaire (seul compétent en la matière), n'est pas automatique d'après la loi, puisque le parquet agit sur saisine du préfet ou de l'entourage de la personne retenue.

⁷⁶ La gravité de l'accusation de séquestration dépend du délai de rétention de la personne séquestrée, et que celle-ci ne relève de la chambre criminelle que si la rétention est supérieure à trois jours.

En dehors du cas spécifique des rétentions liées à une mesure d'hospitalisation sans consentement, la jurisprudence constante du Conseil Constitutionnel (notamment en matière de rétention des étrangers) indique que le contrôle juridictionnel des mesures ayant conduit à la rétention forcée de personnes pour un délai de plus de trois jours, est de la seule compétence du juge judiciaire qui décide de la légalité de la mesure ainsi que de l'éventuelle poursuite.

Enfin, le Maire peut aussi prétendre à un contrôle indirect des conditions d'hospitalisation sans consentement à partir de ses responsabilités directes en matière de gestion des établissements publics de santé de sa commune. En théorie, car en pratique cela est plutôt rare, le Maire a l'obligation de réaliser au moins une visite annuelle de contrôle de ces établissements, au cours de laquelle il doit recueillir les doléances des patients, et s'il le juge nécessaire, exiger un contrôle de la légalité et de la qualité des activités de l'établissement visité à l'autorité de tutelle.

Ainsi, si le Maire souhaite par ce biais engager une procédure de contrôle indirect des conditions d'hospitalisation sans consentement d'une personne, il devra notamment prendre en considération deux éléments qui déterminent les conditions de fonctionnement du dispositif :

- d'une part, la loi de 1990 et la jurisprudence, qui ont confirmé qu'on ne peut hospitaliser d'office que dans des établissements spécialement habilités,
- d'autre part, le pouvoir des chefs d'établissement d'initier une procédure d'hospitalisation sans consentement en retenant une personne pour des raisons psychiatriques en vue de son transfert dans un établissement habilité où la mesure d'HDT ou d'HO pourra être mise en œuvre par les autorités compétentes (car ils n'ont pour autant pas le droit de mettre en œuvre ce type de mesures).

En pratique, les contentieux pour non-respect de cette obligation sont plutôt lancés à l'encontre des Maires ; dans la totalité des cas examinés, les juges des tribunaux civils ou administratifs ont d'ailleurs systématiquement rejeté les demandes des plaignants, au motif que la personne hospitalisée devait rapporter la preuve que le Maire n'avait pas rempli ses obligations.

4.2. Entre le sanitaire et le sécuritaire, le système d'HSC : un dispositif séculaire en recherche de cohérence

4.2.1. L'évaluation du dispositif légal : des lois aux rapports

La compréhension des difficultés et conditions de positionnement des élu(e)s locaux dans la gestion des problématiques abordées dans le séminaire, passe par la caractérisation du dispositif propre formel relatif aux hospitalisations sous contrainte, qui ne semble pas fonctionner de manière optimale.

Après 152 ans de fonctionnement, le dispositif d'hospitalisation sans consentement institué par la loi du 30 juin et du 6 juillet 1838 sur les aliénés poursuit le processus d'adaptation initié par la promulgation de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, validant notamment les recommandations en matière de sécurité juridique des personnes atteintes de troubles mentaux, adoptées le 22 février 1983 par le comité des ministres du Conseil de l'Europe. Dès lors, en matière d'hospitalisation sans consentement, la loi de 1990 introduit un certain nombre de conditions devant garantir les droits de la personne malade. Elle consacre en outre la possibilité pour le Maire de prononcer l'hospitalisation provisoire d'une personne en cas de danger imminent.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, apportera d'autres garanties : **principalement le critère thérapeutique de l'hospitalisation d'office** et la nécessité d'un « trouble *grave* à l'ordre public ».

Entre 1997 et 2005, plusieurs rapports d'évaluation du dispositif ont pointé ses insuffisances et contradictions, et amorcé par ce biais une nouvelle phase d'actualisation du système, en faisant des propositions concrètes susceptibles de l'améliorer selon que l'on lui donne une orientation sanitaire ou sécuritaire.

Enfin, le dernier épisode du processus a été relancé en septembre 2006 lors de la présentation du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, qui consacrait onze articles à « *la prise en charge sanitaire des personnes qui, du fait de leur état, peuvent, en l'absence de soins adaptés, s'avérer dangereuses pour elles-mêmes et pour la société : les individus souffrant de troubles psychiatriques* [articles 18 à 24 du projet de loi] *et les usagers de drogues* » [articles 27 à 29]⁷⁷.

Comme on pourra le voir ci-dessous dans les conclusions des six principaux rapports d'appréciation et de recommandations techniques que nous avons pu examiner. Plusieurs éléments sont spécifiquement visés :

⁷⁷ L'équilibre du dispositif a à nouveau été remis en cause par le projet de loi de prévention de la délinquance, comme le rappelait le bulletin Internet du Magazine « Santé Social » du 24/XI/06, à travers l'information suivante : « Hospitalisation d'office : la réforme se fera par ordonnance : La commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale a donné, le 22 novembre, son feu vert à une réforme par ordonnance de la loi de 1990 sur l'hospitalisation pour troubles mentaux. En janvier 2007 pourtant, le Conseil Constitutionnel censure, pour vice de procédure, l'habilitation donnée par le Parlement au gouvernement, dans le cadre du projet de loi sur "certaines professions de santé", à légiférer par ordonnance sur l'hospitalisation psychiatrique en y incluant le volet "santé mentale" du texte sur la prévention de la délinquance. Le projet de loi sur la prévention de la délinquance examiné les 13 et 14 février 2007 en séance publique par les députés, n'a pas inclus l'aspect des HSC qui reste un chantier à penser et à réaliser d'une manière interministérielle.

- Les diagnostics des auteurs coïncident lorsqu'ils pointent la nécessité d'optimiser le dispositif en le situant plus clairement soit dans le champ de la sécurité publique, soit dans celui de la santé publique.
- La majorité des travaux insistent sur la nécessité de situer l'expertise psychiatrique de manière systématique au début de la mesure, d'autant qu'elle apparaît déjà comme une condition pour la levée de celle-ci.

On pourra également observer qu'à l'exception du rapport élaboré en mai 2005 par les trois Inspections Générales de l'Administration, la Police Nationale et la Gendarmerie Nationale, les autres rapports mettent en cause la place du Maire dans l'initialisation de la procédure, préférant situer cette fonction soit au niveau du Préfet, soit au niveau du juge chargé des libertés publiques.

Ces travaux mettent en outre en évidence l'intérêt de confier la régulation administrative des mesures engagées aux chefs des établissements hospitaliers spécialisés chargés de l'exécution de la mesure, et insistent souvent sur la nécessité de renforcer les capacités de contrôle du dispositif par les DDASS.

Enfin, un élément fort se dégage des orientations proposées par les professionnels de la psychiatrie, relatif à **la nécessité de différencier, dans l'intérêt du malade et de l'efficacité de leur intervention, obligation de soins et hospitalisation sous contrainte, même si l'une peut être un préalable à l'autre**. Dans la même perspective, ces experts proposent la spécialisation du dispositif d'accueil et d'évaluation des personnes hospitalisées dans ces conditions, préconisant souvent une période maximale de 72 heures d'observation.

Le Rapport Strohl (1997)

En septembre 1997, le groupe national chargé de l'évaluation quinquennale de la loi du 27 juin 1990, présidé par Mme Hélène Strohl, rend un rapport dans lequel il affirme que l'hospitalisation sans consentement doit poursuivre **une logique uniquement sanitaire, et cesser d'être motivée par un objectif d'ordre public. Il préconise d'unifier le régime des hospitalisations d'office et celui des hospitalisations sur demande d'un tiers**. L'entrée dans le régime unifié serait décidée par arrêté préfectoral motivé, sur proposition du médecin hospitalier, tandis que la sortie aurait lieu uniquement sur décision médicale. Le rapport propose, en outre, de permettre l'hospitalisation en urgence de personnes non consentantes sur la base d'un minimum de pièces (un certificat médical) et pour **une période d'observation et d'orientation limitée à 72 heures**. Les décisions préfectorales d'hospitalisation n'interviendraient ainsi, pour les seules personnes non consentantes, qu'à l'issue de cette phase d'observation devant permettre un diagnostic précis.

Le Rapport Piel et Roelandt (2001)

Le Rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » des Docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt (juillet 2001), rédigé à la demande du ministère de la santé, **déplore le maintien du régime de l'internement d'office et son objectif sécuritaire, ainsi que la confusion entre hospitalisation contrainte et obligation de soins**, la première étant souvent utilisée pour servir la seconde. En conséquence, le rapport propose d'abroger le dispositif des hospitalisations sous contrainte pour **lui substituer une possibilité d'obligation de soins décidée par le juge civil et non spécifique à la maladie mentale**.

Le rapport Cléry-Melin/Kovess/Pascal (2003)

Le « plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » de Philippe Cléry-Melin, de Vivianne Kovess et Jean-Charles Pascal (septembre 2003, rapport d'étape), remis au ministre chargé de la santé, **regrette la « confusion » opérée entre les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale au nom de la dé-stigmatisation des problèmes psychiatriques** et réaffirme la place de l'hospitalisation comme moment privilégié du soin. S'agissant plus précisément des hospitalisations sous contrainte, le plan d'actions, comme le rapport Strohl, contient la création d'unités intersectorielles d'accueil au sein des CHS, pour l'application du protocole dit des 72 heures et l'orientation fine des malades. L'entrée en période d'observation serait initiée par la demande d'un tiers, ou, en son absence et en cas d'urgence, par celle d'un psychiatre. En aval, **le rapport ne prévoit pas la suppression du régime des hospitalisations d'office. Tout au plus préconise-t-il de réviser la loi de 1990 pour introduire une obligation de soins en ambulatoire** et aménager différemment les sorties d'essai de longue durée.

Rapport de la Députée Mme Maryvonne BRIOT, fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur la proposition de résolution (n°1459) de Mr Georges HAGE, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 12 mai 2004. Nous l'avons abondamment cité dans l'introduction de ce rapport.

Le Rapport de l'IGA/IGPN/IGN⁷⁸ (2004)

En mai 2004, trois inspections rendent un rapport intitulé « Les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement ».

Il s'agit pour ses auteurs de « remédier à la confusion observée sur le terrain et à la rapidité de l'examen médical pratiqué dans l'urgence, en instituant une phase d'observation commune aux personnes souffrant de troubles mentaux et nécessitant des soins immédiats, mais ne pouvant consentir à l'hospitalisation » (pp. 7-8). Cette période d'observation vise à rendre plus fiable l'expertise médicale et à mieux garantir l'orientation des patients vers le mode d'hospitalisation dont ils relèvent en droit. **Les décisions initiales d'hospitalisation d'office du Maire et du Préfet et les décisions initiales d'HDT du directeur d'hôpital deviendraient toutes les trois des mesures valables 72 heures maximum.**

Par ailleurs, il est suggéré de mettre un terme à la superposition possible des différents types d'hospitalisation. Les personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public seraient expressément exclues du régime de l'obligation de soins.

Pour les personnes dont les troubles mentaux ne portent pas atteinte de façon grave à l'ordre public ou ne compromettent pas la sûreté des personnes, une obligation de soins serait instaurée à l'issue de cette phase d'observation. Elle serait décidée par le directeur de l'hôpital psychiatrique. La personne faisant l'objet d'une obligation de soins pourrait être prise en charge en mode ambulatoire ou être hospitalisée. En l'absence de tiers demandeur, il

⁷⁸ Cf. en annexe 7 extrait du rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement (IGA, IGPN, IGN) n°04-023-01, mai 2004.

reviendrait à l'autorité judiciaire de prononcer cette obligation de soins, sur saisine du directeur de l'hôpital. L'obligation de soins pourrait se traduire par une hospitalisation ou se décliner sous un mode ambulatoire⁷⁹. La sanction du non-respect d'une obligation de soins prévue sous un mode ambulatoire serait une hospitalisation immédiate au bout de 48 heures de fugue.

La mission préconise aussi d'accorder au Maire une compétence de principe pour prononcer une décision initiale d'hospitalisation d'office (non plus uniquement en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes). Le Préfet interviendrait seulement, à ce stade, en cas de carence. Elle propose aussi d'étendre aux psychiatres la possibilité qu'ont déjà les médecins généralistes d'alerter les autorités compétentes au sujet d'un patient qu'ils suivent et dont les troubles mentaux sont susceptibles de provoquer un comportement violent ou dangereux. La mission propose en outre que le Préfet « retrouve sa pleine capacité d'intervention en disposant de la faculté d'ordonner une contre-expertise médicale à toutes les étapes de l'hospitalisation ».

Le Rapport IGAS/IGSJ⁸⁰ (2005)

Les auteurs proposent **une détermination stricte des critères de l'hospitalisation d'office en se référant à l'état de santé et non à la dangerosité sociale.** Constatant que l'exigence préalable d'un certificat médical circonstancié à l'appui de l'arrêté préfectoral est détourné par la tendance des Préfets à se référer au certificat de « 24 heures » rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil, les auteurs du rapport préconisent une période d'observation et d'orientation préalable à toute hospitalisation sans consentement limitée à **72 heures**, dont l'initiative relèverait du directeur de l'établissement, sur la base d'un certificat médical circonstancié émis par un médecin externe ou interne à l'établissement. **L'originalité d'une telle proposition réside dans la transposition de cette phase au régime en vigueur en maintenant l'HO et l'HDT alors que le groupe national dévaluation de la loi de 1990 proposait l'unicité du mode d'hospitalisation sans consentement.** A l'issue de cette période, le directeur déciderait de l'opportunité d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire dont le maintien serait décidé en fonction de certificats de situation périodique (fréquence moins élevée en ambulatoire). La possibilité d'une réintégration en cas de non respect de l'injonction de soins serait admise. L'IGAS et l'IGSJ confirment en outre les conclusions de la DGS et du Conseil Economique et Social⁸¹ concernant le rôle des CDHP (pratiques hétérogènes et difficultés matérielles).

⁷⁹ En cas de décision d'obligation de soins prise par le directeur d'hôpital, un renforcement de la capacité d'analyse des DDASS est préconisé. En cas d'obligation de soins sur décision judiciaire, l'initiative du changement de régime émanerait du Préfet par le prononcé d'une décision d'hospitalisation d'office lorsque les troubles mentaux de la personne compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sur la base d'un certificat médical circonstancié. La décision d'hospitalisation d'office serait alors transmise au juge pour suspension de l'obligation de soins.

⁸⁰ Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990, mai 2005.

⁸¹ Circulaire DGS du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la CDHP ; Conseil Economique et Social, « Prévention et soins des malades mentaux : bilan et perspectives », 24 juillet 1997.

L'approche médicale : les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁸² (2005)

Les « Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », publiées par la HAS en avril 2005, donnent un éclairage supplémentaire aux conditions de fonctionnement du dispositif d'hospitalisation sans consentement, et permettent de mieux comprendre les difficultés de dialogue souvent signalées entre les élu(e)s et cette catégorie d'acteurs clefs.

En effet, comme le montrent les extraits de l'annexe 7, le cadre de référence proposé aux médecins pour aborder ces situations est exclusivement centré sur la dimension clinique du problème, et fait abstraction des autres dimensions du dispositif : il est significatif de constater, que ni dans la description de la procédure, ni dans la liste d'experts ayant participé à l'élaboration des recommandations, le rôle des élu(e) ne semble pas avoir été considéré.

L'avis du Sénat à propos des implications du projet de loi relatif à la Prévention de la délinquance en matière d'HO⁸³ (Septembre 2006)

Il nous a semblé important de compléter ce chapitre consacré au cadre légal de référence des hospitalisations contraintes, en intégrant les récentes observations de la Commission des Affaires Sociales du Sénat au projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, présenté en septembre 2006, en particulier celles du volet II du texte, relatif à « la prise en charge sanitaire des personnes qui, du fait de leur état, peuvent, en l'absence de soins adaptés, s'avérer dangereuses pour elles-mêmes et pour la société », soit, d'une part, les individus souffrant de troubles psychiatriques (articles 18 à 24 du projet de loi), et d'autre part, les usagers de drogues (articles 27 à 29).

Outre l'intérêt de la lecture que peut faire cette institution du sujet, on note que le débat en cours insiste sur la nature éminemment politique de la problématique des hospitalisations d'office souvent considérée comme relevant purement de l'expertise psychiatrique.

Les extraits de l'avis du Sénat présentés ci-dessous, reprennent *in extenso* les commentaires faits à partir du point n°2 qui qualifie la réforme proposée de « pragmatique » (le point n°1 redondant par rapport à nos remarques précédentes, rappelle néanmoins le caractère en permanence « controversé » du dispositif et confirme ses « problèmes récurrents » liés aux difficultés du système français à trouver aujourd'hui un équilibre satisfaisant entre une logique purement sanitaire, et des impératifs d'ordre public pouvant conduire à des privations abusives de liberté). D'après le législateur attentif aux enseignements de l'expérience de fonctionnement du système institué en 1990, il apparaît particulièrement pertinent de faire évoluer le dispositif en retenant les orientations suivantes :

⁸² Haute Autorité en Santé : « Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », avril 2005.

⁸³ Sénat : Avis n°477 (2005-2006) de Monsieur Nicolas About, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 6 septembre 2006.

Extraits des commentaires de la commission des Affaires sociales du Sénat au Titre II du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance présenté en septembre 2006

II. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES MALADES MENTAUX ET DES TOXICOMANES

Outre les dispositions concernant l'action sociale et le logement, la commission des Affaires sociales s'est saisie du volet du texte relatif à la prise en charge sanitaire des personnes qui, du fait de leur état, peuvent, en l'absence de soins adaptés, s'avérer dangereuses pour elles-mêmes et pour la société : les individus souffrant de troubles psychiatriques (articles 18 à 24 du projet de loi) et les usagers de drogues (articles 27 à 29).

A. AMÉLIORER LE SUIVI DES PERSONNES HOSPITALISÉES D'OFFICE

[1. Un dispositif controversé]

2. Une réforme pragmatique

a) La reconnaissance du rôle du Maire

La proposition majeure du projet de loi (article 20), dans son volet relatif à l'hospitalisation sans consentement, vise à faire du Maire, ou du commissaire de police à Paris, l'autorité responsable de la décision initiale d'internement, sur le fondement d'un avis ou d'un certificat médical d'un psychiatre. Il convient de rappeler que son rôle est actuellement limité aux cas d'urgence.

Sa décision doit toutefois être confirmée dans les soixante-douze heures par le Préfet, qui est informé de l'hospitalisation dans les vingt-quatre heures, après expertise médicale. Il peut également décider lui-même de l'internement en cas de nécessité. De fait, le Préfet, dès lors qu'il a confirmé la décision du Maire, demeure l'autorité responsable du suivi des hospitalisations d'office.

Cette reconnaissance législative du rôle du Maire dans les premières heures de la procédure est dictée par la pratique : dans les faits, la majorité des décisions d'hospitalisation d'office sont prises aujourd'hui, dans l'urgence, par le Maire.

b) Un dispositif mieux défini

Le projet de loi, dans son article 20, prévoit également de séparer plus strictement les deux régimes de l'hospitalisation sans consentement. A cet effet, il exclut les individus dont les troubles portent atteinte à la sécurité des personnes ou à l'ordre public de la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers : seule une mesure d'hospitalisation d'office leur sera désormais applicable. L'internement à la demande d'un tiers sera donc limité aux personnes qui ne peuvent donner leur consentement et à celles dont l'état impose une prise en charge immédiate en milieu hospitalier. Il s'agit d'éviter que des individus dangereux pour eux-mêmes et pour les autres soient hospitalisés sous un régime trop souple, notamment pour ce qui concerne les modalités de sortie de l'établissement.

En outre, l'article 24 précise que la procédure d'hospitalisation d'office peut également être prononcée par le Préfet, sur un signalement de l'autorité judiciaire, pour les personnes qui ont bénéficié d'un classement sans suite de leur dossier en raison de leur état mental et dont les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public. Aujourd'hui, cette possibilité est réservée, sans raison apparente, à celles qui se sont vu appliquer, du fait de leur santé mentale, un non-lieu, une décision de relaxe ou d'un acquittement.

c) Une procédure mieux contrôlée

Il s'agit enfin de renforcer les contrôles aux différentes étapes de l'hospitalisation d'office afin d'améliorer la sécurité du dispositif, tant pour les malades, qu'il convient de préparer au mieux au retour à la vie en société et de protéger des internements abusifs, que pour la population dans son ensemble.

Ainsi, l'article 18 propose d'encadrer plus strictement les sorties d'essai dont bénéficient les patients en vue de préparer leur réinsertion sociale. Désormais, le document relatif à la décision de sortie devra préciser l'identité du malade, ses coordonnées, le calendrier des visites médicales qui a été fixé et la date de son retour en établissement. Il sera ainsi plus facile de suivre le patient au long de sa sortie, notamment dans le cas où il ne se présenterait pas aux consultations médicales obligatoires, ce

d'autant que le Maire de la commune où est implanté l'établissement psychiatrique et celui de la commune de résidence du malade seront informés systématiquement de chaque décision de sortie.

Le suivi médical du patient est, par ailleurs, largement renforcé par les articles 22 et 23. Ainsi, dès les premiers jours de l'hospitalisation, il bénéficiera, en plus de l'examen médical pratiqué après vingt-quatre heures, d'un second rendez-vous après soixante-douze heures. Les certificats médicaux correspondants seront transmis au Préfet, chargé de la confirmation de la décision d'hospitalisation, et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. L'information de l'autorité préfectorale sur l'état de santé des individus internés sera également améliorée dans la mesure où le Préfet pourra demander, à tout moment et en plus des examens prévus chaque mois, une expertise psychiatrique destinée à aider le Préfet dans sa mission de suivi des dossiers.

Enfin, l'article 19 du projet de loi crée un fichier national rassemblant, pendant six ans à compter de la date de l'hospitalisation, les informations administratives relatives aux personnes internées d'office. L'accès en sera ouvert au Préfet, au Préfet de police à Paris, au procureur de la République et au directeur de la Ddass, ainsi qu'à toute personne par eux autorisée. L'autorité judiciaire sera également destinataire de ces données. L'objectif est double : améliorer le suivi et l'instruction des mesures d'hospitalisation d'office et renforcer le contrôle de la détention d'armes, le fichier étant notamment destiné à être consulté par l'autorité préfectorale dans le cadre de l'instruction des demandes d'autorisation de détention ou d'acquisition de ce type de produits.

3. Les propositions de la commission sénatoriale

a) Sécuriser les procédures

Si votre commission approuve les modifications apportées par le projet de loi en matière d'hospitalisation sans consentement, elle estime qu'il convient de mieux encadrer le dispositif.

Ainsi, lorsque, en cas de carence du Maire, le Préfet se voit contraint de prononcer une mesure initiale d'hospitalisation d'office, il doit être soumis à des contraintes de procédure identiques (disposer d'un certificat ou d'un avis médical) et sa décision ne doit pouvoir s'appliquer qu'à des personnes dangereuses, afin d'éviter tout abus.

b) Reconnaître le rôle joué par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales

S'agissant de la procédure particulière d'hospitalisation d'office pour les personnes à l'encontre desquelles les poursuites judiciaires ont été abandonnées en raison de leur état mental par une décision de non-lieu, de relaxe, d'acquiescement et, désormais, de classement sans suite, votre commission s'interroge sur la suppression de l'avis donné par la Ddass préalablement à leur sortie définitive, décidée in fine par le Préfet sur les avis convergents de deux psychiatres.

Elle vous proposera un amendement visant à réintroduire cette obligation dans la législation, la Ddass disposant d'informations particulièrement utiles sur la situation sociale des personnes internées.

4.2.2. Les apports de la jurisprudence

L'approche du fonctionnement du dispositif par la jurisprudence nous a permis d'éclairer la problématique sous l'angle de la responsabilité juridique des Maires lorsqu'ils engagent des mesures d'HO.

Cette approche a de suite mis en évidence que la Justice est effectivement amenée à se prononcer régulièrement sur la question, comme le notait la Député BRIOT dans son rapport cité précédemment, lorsqu'en examinant la recevabilité juridique de la demande du Député HAGE de constituer une commission d'enquête parlementaire pour évaluer le fonctionnement du dispositif d'HSC en France, et notamment la question de la mise en œuvre du principe de séparation des pouvoirs législatif et judiciaire, qui interdit à l'Assemblée nationale d'enquêter sur des faits ayant donné lieu à des poursuites judiciaires aussi longtemps que ces poursuites sont en cours. En effet, à cette occasion il est fait état de la réponse Mr Dominique Perben, garde des sceaux, ministre de la justice, qui par une lettre en date du 7 mai 2004 a fait savoir à M. le Président de l'Assemblée Nationale que « *des procédures judiciaires sont régulièrement diligentées à la suite d'internements psychiatriques dénoncés comme arbitraires* ».

Invité à éclairer ainsi la réflexion du groupe de travail du séminaire de recherche-action, dans sa contribution Monsieur Bernardet⁸⁴ a rappelé que l'intervention des élu(e)s était d'abord influencée par la nature et l'histoire d'un dispositif séculaire, dans lequel le Maire a toujours été cantonné à une fonction de police, garantissant dans un premier temps l'assistance aux personnes en leur offrant un lieu spécifique (en particulier un hospice ou hôpital), et dans un second temps, leur prise en charge par les services spécialisés.

Il a également noté que l'inclusion du volet « accès aux soins » s'est faite de manière progressive, par la médicalisation croissante de la prise en charge, qui n'a « réussi » à « s'imposer » de manière légale que 152 ans après la promulgation de la loi de 1838, avec la loi de juin 1990. Cet aménagement peut expliquer en partie les confusions et usages inappropriés repérés actuellement (notamment par les services spécialisés en santé mentale), car s'il « consacre » la tendance historique à considérer le dispositif comme un moyen légitime d'accès aux soins psychiatriques, il ne change pas pour autant son centre de gravité, qui reste avant tout centré sur le volet sécuritaire, avec néanmoins toutes les garanties de respect des droits de l'homme, notamment celles relatives à la liberté, considérées dans la loi de 1990 ainsi que dans les textes de référence au niveau européen et international.

Dans la même perspective, il a aussi rappelé combien il était crucial de relever les observations relatives à l'usage inapproprié des mesures d'HSC, qui privilégie l'HO à l'HDT dans des cas où la question posée est davantage celle de l'accès aux soins que celle de la sécurité publique. Nous reviendrons plus avant dans notre développement, en revenant sur un mouvement de société plus profond, à l'origine de certains dysfonctionnements du dispositif, et partant, du malaise des élu(e)s en la matière : **la disparition progressive des tiers susceptibles de faire fonctionner le volet purement sanitaire du dispositif d'hospitalisation sans consentement et ce malgré l'augmentation, par ailleurs, du nombre des hospitalisations à la demande d'un tiers.**

La loi de 1838 a créé un espace permettant à l'article 64 du Code Pénal de 1804 de s'appliquer : ce dernier, qui rendait les « aliénés » irresponsables pénalement de leurs actes délinquants, ne fournissait pas de solution sanitaire aux malades jugés irresponsables en droit, de sorte que les « aliénés » étaient emprisonnés en dépit de leur maladie.

A l'heure de la réduction massive des lits d'hospitalisation psychiatrique, les orientations du projet de loi de prévention de la délinquance n'ont fait que réactiver ce risque de confusion entre maladie et délinquance, puisqu'il prévoyait encore en janvier 2007 de « re criminaliser » de fait cette catégorie de personnes, en l'incluant dans une population plus large relevant de la compétence de « prévention de la délinquance » des Maires dans leur commune.

Philippe Bernardet/ La particularité de la loi de 1838 était d'instituer l'obligation pour les départements et les communes de se doter d'établissements spécialisés réservés aux aliénés. La loi avait prévu pour les Maires des dispositions particulières puisque l'article 24 est rédigé ainsi: « Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19 jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir au terme de l'article 1^{er}. Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les Maires devront pourvoir à leur logement soit dans une hôtellerie soit dans un local loué à cet effet ».

[...]

Mon apport se situe sur le versant politique, dès lors que mon propos est d'énoncer les garanties juridiques qui ont été posées par le législateur, et de rappeler par la jurisprudence la nécessité de garantir les libertés individuelles. Ca n'est pas une modalité d'accès aux soins qui est traitée ici. La loi de 1838 était une loi d'assistance aux aliénés qui visait la gestion de la

⁸⁴ Juriste, sociologue spécialisé en la matière, cf. son ouvrage ; Bernardet P., Douraki T., Vaillant C., 2001, *Psychiatrie, droits de l'homme, et défense des usagers en Europe*, Erès.

masse des articles 64 du code pénal. Il faut savoir que jusqu'en 1838, l'article 64 du code pénal instauré en 1804 n'était pas appliqué précisément parce que la législation prévoyait qu'en cas de démence « il n'y a ni crime, ni délit, etc. » donc on ne pouvait pas enfermer la personne ; pourtant elle est démente, pourtant elle tue, elle viole, etc. Donc, qu'est-ce que l'on fait ? On n'applique pas l'article 64. On responsabilise le fauteur du trouble. A partir de 1838, l'obligation de créer des établissements d'aliénés permet de gérer la population des articles 64. Les articles 64 commencent à être mis en œuvre et c'est l'objet de la loi de 1838 : gérer les déments. La pratique fait que petit à petit on tire vers le médical, on étend, on étend..., on sort de la loi. Ça va être finalement légalisé avec la loi de 1990 qui va supprimer toute référence à l'état d'aliénation. Mais il faut savoir que la Convention Européenne des Droits de l'Homme continue de maintenir le terme « aliéné » parce que, pour elle, il ne peut y avoir de privation de libertés que dans des cas extrêmes. C'est effectivement une position politique. C'est la position de la démocratie. C'est la position de la Cour Européenne. C'est la position de la convention ratifiée par l'ensemble des pays européens, même davantage puisqu'il y a 45 signataires. La loi de 1990 se veut un mixte : elle est à la fois toujours cette loi de sûreté, d'ailleurs un petit peu renforcée par la loi du 4 mars 2002 puisque la loi du 4 mars 2002 en matière d'HO a prévu que l'arrêté doit être motivé par référence à une « grave » atteinte à l'ordre public (elle a ajouté le terme « grave »), et à la nécessité de soins (qui ne figurait pas dans l'ancienne version). Elle a donc réaffirmé à la fois la mesure de sûreté et la mesure de soins.

Pour le Maire, ça n'a pas changé. Le Maire est là uniquement pour régler un problème de police, selon la loi. Le Maire n'est pas là pour régler un problème d'accès aux soins. L'accès aux soins doit être vu dans un autre contexte et pas dans le contexte de la contrainte par l' élu municipal. Peut-être une contrainte aux soins envisagée par décision du médecin, etc., tout ça est à discuter au niveau du législateur. Mais l' élu communal est en charge de la sécurité sur son territoire et il intervient dans ce cadre là uniquement en cas de danger imminent. Il intervient dans ce cadre-là, au niveau légal. Maintenant, qu'il y ait un tas de pratiques illégales, j'en suis tout à fait convaincu. Que ce soit aussi les pratiques illégales qui font progresser le droit, j'en suis aussi convaincu. Bien souvent, le législateur est mis devant l'état de fait, et légalise ce qui était illégal 10 ou 20 ans plus tôt, et suit le mouvement.... C'est quand même là un travers, que l' élu communal se saisisse d'une loi qui est là pour une mesure de sûreté pour régler un problème d'accès aux soins. L'accès aux soins peut quand même passer par autre chose que par la contrainte de l' élu communal. D'abord, il y a l'HDT, qui est plus du côté de la contrainte de soins. Puisque l'HDT est un état qui ne permet pas d'obtenir le consentement de la personne et qui nécessite des soins immédiats en surveillance constante en milieu hospitalier. A ce moment là, il faut organiser des procédures d'HDT mais il ne faut pas organiser des mesures provisoires par le Maire. Parce que c'est la solution de facilité du professionnel de santé qui va s'adresser à l' élu communal pour signer et endosser la responsabilité de la contrainte de soins.

Par ailleurs, à titre d'information, il n'est pas inopportun de citer *in extenso* ici, le cadre légal et la jurisprudence qui devrait guider l'intervention municipale en matière d'HO, attendu que la méconnaissance d'un tel cadre, constatée chez les élu(e)s, contribue à fragiliser ou à renforcer leur place dans le dispositif tout comme leur sentiment de légitimité.

Philippe Bernardet/ La loi et la jurisprudence montrent que la signature d'un arrêté d'HSC par le Maire, doit considérer les cinq éléments suivants, qui permettent notamment le contrôle de la motivation de la décision :

1- L'obligation de motivation des mesures provisoires de placement

La loi du 11 juillet 1979, notamment en matière de police, astreint à la motivation des actes, en fait et en droit, sauf urgence absolue. L'article 4 de cette loi précise que l'administration qui prend cette décision dans l'urgence absolue doit pouvoir rendre compte -sur la demande de l'intéressé ou de toute autre organe de contrôle- de sa motivation a posteriori, si elle ne le fait pas dans sa décision.

Après avoir visé les articles 1^{er} et 3 de la loi du 11 juillet 1979, le Conseil d'Etat réfute l'arrêté du Maire de Gaillac en précisant que la motivation exigée doit comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision ; il remarque que « si l'article 4 de ladite loi dispense de l'obligation de motivation des actes pris dans les conditions d'urgence absolue, il ne ressort pas des pièces du dossier que l'arrêté du Maire de Gaillac ait été pris dans de telles conditions ; qu'il doit donc être motivé ».

Un arrêt de 1998 va dans le même sens : il est donc établi que les arrêtés des Maires doivent être motivés. Ce qui n'empêche pas le Maire, en cas d'urgence absolue, de ne pas prendre un arrêté, de prendre même une décision orale et de provoquer l'internement de la personne. Mais il faut qu'il puisse en rendre compte a posteriori. On notera ici que le juge administratif se fait juge de l'ordonnance absolue, donc de l'appréciation du bien fondé de la mesure.

2- La nature de la motivation

Les arrêtés municipaux doivent, depuis la loi de 1979, être motivés par des attendus de nature médicale, et par des considérants tenant à l'ordre public et bien évidemment tenant à la notion de danger imminent.

Pour autant, un défaut de motif en fait et en droit a été considéré comme n'affectant pas la légalité, mais il faut que le Maire interrogé puisse dire sur quel fondement juridique il s'est basé. (commentaire de Mallol concernant l'arrêt du Conseil d'Etat de la commune de St Herblain du 11 mars 1996).

Un arrêt du 25 mai 1994 du Conseil d'Etat considère que le juge administratif n'est pas juge du danger imminent alors qu'en 1990, la jurisprudence en fait un juge de l'urgence absolue !

3- Le contenu de la motivation

La description de l'état mental de la personne

En 1969, le Conseil d'Etat considérait qu'au vu d'un certificat médical déclarant Monsieur Trofimoff dangereux pour lui-même et pour les autres, le Maire de St B. (Basse Pyrénées) l'avait légalement fait provisoirement placé le 25 décembre 1967 à l'HP de Pau. Le Conseil d'Etat se limitait donc à un contrôle qui était la stéréotypie de la loi : dès lors que l'arrêté municipal s'appuie sur un certificat médical déclarant la personne dangereuse pour elle-même et pour autrui, cela suffit à motiver la décision. Depuis, la loi de 1979 est intervenue et le Conseil d'Etat a changé de position. C'est ainsi que par un arrêt du 18 octobre 1989 (arrêt Francisco), il considère comme « insuffisamment motivé un arrêté préfectoral fondé sur un certificat médical qui ne comporte aucune description précise de l'état mental du requérant ». C'est le début de la sanction des arrêtés stéréotypés.

Donc, il faut que le certificat médical pour l'arrêté préfectoral précise les troubles mentaux. Il ne sera pas demandé une telle précision pour le certificat médical sur lequel se fonde le Maire mais il faudra tout de même que le certificat médical se prononce sur le caractère imminent du danger.

La communication du certificat à l'intéressé

Par un arrêté du 24 septembre 1998, la Cour administrative d'appel de Paris dans une affaire Leuch, a été amenée à vérifier la régularité des mesures provisoires prises par un commissaire de police (pour des faits arrivés sous le régime de la loi de 1838 mais avant la loi de 1979). Le document qui constitue la décision de transfert de Madame L. à l'IPP est alors considéré comme suffisamment motivé au regard des exigences de l'article 5 paragraphe 2 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (qui prévoit que les personnes internées comme aliénées doivent être informées dans le plus court délai des raisons de leur arrestation), mais la non communication à la requérante du certificat médical auquel ce document se réfère est dite « sans influence sur la légalité de la décision » d'hospitalisation contrainte.

A partir de la loi de 1979, s'est posée la question de savoir comment la personne est informée lorsque la décision est motivée par simple référence à un certificat médical couvert par le secret professionnel. Si l'arrêté n'est pas motivé directement mais par simple référence à certificat médical, la personne n'a aucune information. La cour administrative d'appel de Paris, en 1998, considère que dès lors que le certificat médical figure au dossier, peu importe que la personne n'ait pas pu avoir accès à ce certificat médical et à ses motifs : la décision est suffisamment motivée par référence à ce document, quelles que soient les exigences conventionnelles.

4- La preuve de la notoriété publique

Le 19 décembre 1990, le Tribunal Administratif de Rennes dans une affaire Prigent a annulé l'arrêté du Maire de Trédarzac comme n'ayant pas satisfait aux exigences des dispositions de la loi de 1979 « en l'absence de toute précision complémentaire concrète sur les menaces invoquées qui autoriseraient une contestation utile de l'exactitude de ces faits » et « à défaut de tout certificat médical et de tout témoignage valant notoriété publique concernant un danger imminent ». Le tribunal retient qu'il n'existait au dossier aucun témoignage.

La motivation détaillée des certificats préfectoraux

Les jugements du président du TGI de Bar le Duc (21 juin et 13 octobre 1982) constituent une critique sévère de deux arrêtés préfectoraux de placement d'office comme étant insuffisamment motivés (« l'arrêté doit énoncer les circonstances qui

rendent nécessaires la prise d'une telle mesure » et « la seule référence à un certificat médical ne peut suppléer à l'existence d'une motivation détaillée »).

Un certificat médical circonstancié

Le Tribunal Administratif de Nancy, dans une affaire Didier (jugement du 23 mars 1993) considère que l'arrêté du commissaire de police de la 1^{ère} division de Police Judiciaire de Paris en date du 20 septembre 1989 se réfère bien à un certificat médical établi par un médecin du service des urgences médico-judiciaires de l'hôtel Dieu, que toutefois aucun des trois certificats médicaux produits au dossier ne donnent une description précise de l'état mental de Monsieur D. au moment des faits ; le tribunal annule donc au motif que les trois certificats médicaux lui paraissent insuffisamment circonstanciés au regard de l'existence d'un danger imminent.

5- L'obligation de notification et d'information

Normalement, l'hôpital est en charge de la notification des arrêtés préfectoraux. C'est-à-dire que le préfet notifie à l'hôpital et l'hôpital est ensuite chargé de le notifier. De fait, la responsabilité de l'établissement est mise en cause lorsqu'il n'a pas informé les personnes.

Il y a une autre obligation des établissements : la Convention Européenne des Droits de l'Homme (article 5, paragraphe 2) exige non une notification mais une information « dans un langage compréhensif », ce qui n'est pas forcément le cas de la décision administrative. Par conséquent, elle exige que la personne soit informée en fonction de son état de santé, de sa pathologie au moment où elle peut comprendre dans un langage simple et accessible pour elle. Si l'hôpital ne veut pas rapporter la preuve qu'il s'est efforcé de donner une information accessible, la responsabilité de l'établissement peut-être mise en cause quand bien même la décision d'hospitalisation contrainte aurait été notifié.

Pour les Maires, l'obligation de notification est particulière : l'article L.122-29 du code des communes —qui est systématiquement violé— prévoit que les arrêtés des Maires ne sont exécutoires qu'à compter de leur notification aux intéressés. Cet article suppose que lorsque le Maire n'est pas en état d'urgence absolue, qu'il prend le temps de faire rédiger un arrêté avant même de le mettre à exécution, il devrait le notifier à l'intéressé. Cet article a été remplacé mais le principe est le même par l'article L. 21-31-1 du Code général des collectivités territoriales. Un juge du fond, président du TGI de Clermont-Ferrand, qui, statuant sur l'internement de Madame Marie-Thérèse B., qui s'était opposé à des chasseurs sur sa propriété, a rappelé l'obligation de notification. Les chasseurs ont fini par tirer dans les volets et le Maire, très embarrassé, a décidé de l'interner pour la protéger. Aucune des décisions n'avaient été notifiées alors que l'article 8 de la loi du 7 juillet 1978 dispose expressément que « sauf disposition prévoyant une décision implicite de rejet ou un accord tacite, toute décision individuelle prise au nom de l'Etat, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public ou d'un organisme, fut-il de droit privé, chargé de la gestion de service public, n'est opposable à la personne qui en fait l'objet que si cette décision a été préalablement notifiée ». Le juge a évacué le problème en constatant que finalement, c'était un problème de compétence du juge administratif. Ensuite, il l'a libérée après deux ans d'internement en affirmant que la loi de 1838 n'avait pas pour fonction de protéger les personnes des réactions intempestives de l'entourage à la provocation personnelle.

Une sanction a été prononcée par le Tribunal administratif de Melun dans une affaire Lambert du 9 sept. 1997 qui constate la violation par le Maire de cet article L. 122-29 du code des communes. La loi de 1978 affirme que les décisions ne sont pas opposables alors que l'article 122-29 dit qu'elles ne sont pas exécutoires. Les délais de recours ne courent pas tant qu'il n'y a pas eu de notification. Jusqu'alors, le Conseil d'Etat rappelait que le défaut de notification était sans incidence sur la légalité de la décision mais pour les Maires, c'est particulier : les décisions ne sont pas exécutoires donc la mise à exécution est fautive à défaut de notification. On peut considérer que ça interfère sur la légalité même de la décision.

Un autre élément affine la compréhension des difficultés rencontrées par les élu(e)s en matière d'HO : Monsieur Bernardet renvoie ici à la pratique ordinaire en matière de délégation de pouvoirs entre le Maire et ses adjoints, qui doit respecter les principes légaux. (sur ce point, cf. infra, page, note).

L'ambiguïté des situations traitées par les élu(e)s dans ce cadre, tout comme la relative imprécision des textes en matière apparaissent encore comme l'un des principaux facteurs renforçant le doute des élu(e)s au moment de signer l'arrêté d'HO. En effet, si l'appréciation des situations connaît des interprétations variables d'un élu à l'autre, notamment par le recours à des notions relativement imprécises mobilisées pour justifier la décision (« un danger pour soi ou

pour autrui », « *une dangerosité potentielle* », ou encore « *un risque suicidaire* »), il est certain que les textes de référence n'apportent pas un cadre sécurisant de ce point de vue, même si l'on peut noter un progrès formel entre les lois de 1838 et de 1990 (par exemple, alors que la loi de 1838 indiquait l'usage de la mesure pour toute situation où le comportement de la personne « compromettait l'ordre public... », celle de 1990 exige que le comportement « compromette l'ordre public... »).

Le rapport de mai 2004 IGA-IGPN-IGN, faisait clairement allusion à ce qu'il qualifie de « problèmes d'interprétation administrative de la loi », lorsque, après avoir reconnu que l'articulation entre troubles mentaux et ordre public est relativement imprécise, il indique que les deux articles du Code de la Santé Publique consacrés à l'HO (L 3213-1 et L 3213-2) « *couvrent un champ de situations assez variées : selon les cas, des actes portant atteinte à l'ordre public (dont certains auraient tout autant pu être qualifiés d'infractions pénales et poursuivis à ce titre), ou des comportements dangereux ou seulement potentiellement dangereux, pourront entraîner le prononcé d'une hospitalisation d'office. La manifestation de troubles mentaux, quels qu'ils soient, sera néanmoins toujours nécessaire, puisque le certificat médical doit être « circonstancié » et qu'un trouble mental ne saurait être décelé s'il ne connaît pas un canal d'expression* » (p. 14).

Ces difficultés d'interprétation accroissent le risque d'hospitalisation abusive, auquel les élu(e)s sont très sensibles, tant du point de vue des conséquences psychologiques, sociales et politiques qu'une telle erreur induit pour la personne, que de la responsabilité personnelle et institutionnelle de l'élu(e).

Ici encore, les travaux de l'IGAS et la jurisprudence confortent le malaise des élu(e)s en la matière.

En effet, citant une enquête réalisée en 1985 par trois psychiatres de l'administration sur un échantillon de 10 Centres hospitaliers spécialisés représentatifs à l'échelon national, l'IGAS rappelle que 40% des hospitalisations sans consentement (tous modes confondus) ne répondent pas aux critères légaux et peuvent être considérées « inadéquates ». Un certain nombre d'acteurs reconnaissent l'existence de l'abus et de l'arbitraire mais observent également que les hospitalisations sans consentement sont des mesures de fin de course, dans le cadre de situations où, malgré l'absence des signes décrits par la loi, les troubles psychiques de la personne nécessitent une prise en charge : toutes les autres solutions semblent avoir échoué ; l'HO apparaît alors aux acteurs comme le seul moyen d'exception susceptible de permettre l'accès aux soins.

La jurisprudence confirme la tendance croissante du contentieux à exprimer la confrontation entre les personnes concernées par des mesures d'HO mécontentes et les municipalités (plutôt que les Maires) depuis une vingtaine d'années. Toutefois, de manière générale, il semble que l'évaluation par les juges de ce type de situations demeure encore faible, du fait notamment de la complexité de la procédure du contentieux :

Philippe Bernardet/ [...] Le contentieux est excessivement complexe du fait du régime particulier de l'hospitalisation psychiatrique en France, qui est un régime administratif. En effet, le juge administratif est le juge de la légalité externe (les formes prévues par la loi). La légalité interne est examinée par le juge de l'opportunité, le juge civil (justification de l'internement).

Il y a eu un premier volet de contentieux : des personnes ont cherché à obtenir réparation du dommage né des inégalités commises et se sont adressées au juge administratif. En 1997, un arrêt du Tribunal des Conflits⁸⁵ du 17 février (affaire Mainvielle) répartit les compétences de la façon suivante : le juge administratif est juge de la forme ; le juge civil est juge à la fois du fond mais également de tous les dommages, y compris ceux nés des irrégularités constatées par le juge administratif. Nous sommes maintenant à 7 jugements de conflits (Le tribunal des conflits statue en une vingtaine de décisions maximum par an). Cependant, avec la nouvelle législation de juillet 2000 qui instaure un référé administratif pour la suspension des décisions y compris d'HO, on entre dans une grande complexité car il est possible de saisir le juge administratif en référé pour faire suspendre une décision d'HO. Le juge administratif se trouve donc alors plus ou moins contraint de juger du danger imminent : il entre donc dans le bien fondé de la mesure alors que le juge civil est d'après la Constitution de 1958 (principe remontant à la Charte de 1814), gardien des libertés individuelles.

Les cas présentés ici indiquent un « tournant » dans les pratiques sociales en matière de contentieux à propos des mesures d'HO, qui opère depuis le début des années quatre-vingt, notamment à partir de 1984, lorsque les plaintes en justice contre ce type de mesures commencent à être déposées de manière régulière, et que les premières annulations sont prononcées par les tribunaux.

On peut dès lors mieux appréhender les dysfonctionnements juridiques du dispositif actuel, qui renvoient aux transformations des comportements des « sujets » concernés : ces derniers, ne semblent plus réagir de manière classique et attendue), comme dans le secteur général de la santé. La figure contemporaine du malade est celle d'un sujet disposant de droits : face aux tentatives d'emprise des institutions, les « aliénés », « déments », « patients psychiatriques » et autres « malades mentaux » ont endossés les habits des nouveaux « usagers du système de santé » apparus spontanément dans les années 1980⁸⁶ et reconnus notamment par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Philippe Bernardet/ Dans l'histoire du contentieux, il faut attendre 1984 pour que le Conseil d'Etat annule pour la première fois un arrêté d'hospitalisation d'office. Jusqu'en 1984, aucune décision d'annulation n'existe tant des juridictions administratives de premier degré que du Conseil d'Etat. A partir de 1984, on assiste au développement d'un contentieux assez important : plusieurs centaines de décisions sont annulées chaque année mais il s'agit pour l'essentiel de décisions d'hospitalisations d'office prise par les préfets.

... La jurisprudence est appelée à jouer un rôle de plus en plus important maintenant que nous sommes sous le contrôle de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Or le principe de protection instaurée par la Convention Européenne des Droits de l'Homme est un principe qui tire plutôt vers le droit anglo-saxon sur la coutume définie par la jurisprudence, plus que par la loi écrite. C'est pour cela qu'elle ne définit que des grandes règles et c'est à la Cour de déterminer le cas par cas, comment appliquer ces grandes règles. C'est cette jurisprudence qui finit par faire la loi, y compris pour l'ensemble communautaire. La jurisprudence nationale a aussi eu de ce fait-là un renforcement de légitimité.

[...] La jurisprudence de Libourne n'est pas en incompatibilité avec la loi de 1990 parce qu'il n'en résulte pas qu'il y ait eu une affirmation par les médecins qu'il y avait nécessité d'une hospitalisation, que la personne ne pouvait pas avoir son consentement aux soins du fait de la pathologie. C'est tout le débat qui a lieu en ce moment devant les juridictions : qu'est-ce que le consentement éclairé aux soins et le fait que l'on ne puisse pas recueillir le consentement de la personne. Est-ce que c'est parce qu'elle refuse le soin (mais il y a des refus qui sont légitimes) ? Ou est-ce que c'est parce que ses troubles mentaux font que de toute façon elle est hors d'état de consentir à quoi que ce soit et à la limite, quand on ne peut pas recueillir le consentement d'une personne qui ne résiste pas : normalement, la personne qui ne résiste pas à l'internement, mais dont on ne peut pas avoir le consentement parce qu'elle est « ailleurs », cette personne doit être en HDT ; elle ne doit pas être admise en hospitalisation libre, parce que justement « hors d'état de consentir aux soins ». L'HDT, de ce côté-là est aussi protectrice.

[...] Un autre cas de figure étonnant et révélateur du nouveau type de contentieux qui s'ouvre et qui sort du caractère abusif et arbitraire qui est sur le droit du patient : Monsieur Aïouaz, interné par son chef de département de la municipalité de

⁸⁵ Le tribunal des conflits est un tribunal parisien qui règle les conflits de compétences, qui est composé de 9 conseillers d'Etat et de 9 conseillers de la Cour de cassation. En cas de partage égal des avis au sein du collège, le Garde des sceaux décide.

⁸⁶ Daniel DEFERT, a parlé, en analysant la figure des malades du sida, de « malades réformateurs ».

Montpellier, avait attaqué la décision devant le juge administratif. Or le juge administratif qui ne statue que sur la forme n'a à connaître que des pièces en possession de l'administration au moment de sa décision. Le Maire était donc en possession d'un certificat de ce médecin de médecine du sport et d'un procès verbal de police. Quand la décision du Maire a été attaquée devant la juridiction administrative, le Maire s'est défendu en disant que certes, le préfet n'avait pas suivi mais que l'on pouvait comprendre, considérer que sa décision était justifiée –en tout cas, elle n'était pas aberrante- puisque le médecin hospitalier, dans le certificat de 24h avait confirmé la nécessité du placement. Monsieur Aïouaz a donc attaqué la commune pour violation du secret médical, puisque, évidemment, le Maire n'a pas pu prendre sa décision au vu du certificat de 24h. Le Tribunal Administratif de Montpellier par un jugement du 27 janvier 2006, a constaté qu'effectivement, la production de ce certificat médical de 24h par la commune ne correspondait pas aux exigences du débat contradictoire devant le juge administratif, qu'il n'avait pas eu d'autorisation de la personne de produire ce document médical, et qu'en conséquence, il avait violé le principe du secret médical. Il a donc condamné la commune à verser 2000 euros supplémentaires à Monsieur Aïouaz, en réparation du préjudice de violation du secret médical.

Il faut savoir que les juges commencent à être attentif aux droits des patients, y compris dans les choses un peu pointues de la procédure pour préserver le secret médical.

Les quelques affaires signalées ci-dessous complètent ce « panorama » des contentieux ayant conduit à des sanctions pour des cas d'abus et d'arbitraire, reconnus par le juge du fait de l'absence de justification de la mesure :

- La Cour d'Appel de Bordeaux le 23 mars 1987, saisie d'une procédure de sortie judiciaire a constaté que les troubles de la personne ne l'aliénaient pas au point de la rendre dangereuse pour le tiers ou l'ordre public.

- Dans le cadre de l'affaire Blin, l'arbitraire résultant de l'ancienneté des faits par rapport à la mesure prise, est sanctionnée par les juridictions (cf. infra, note 48, page 80).

- Dans l'affaire Buican, la Cour administrative d'appel de Paris a reconnu dans un arrêt du 14 décembre 2005 que Monsieur Buican avait fait l'objet d'un transfert à l'IPPP injustifié et d'une surveillance illégale de la part de la préfecture de police pendant 20 ans.

- Dans le cadre des mesures provisoires, un arrêt de la Cour Européenne des Droits des l'Homme, du 19 mai 2004 a déclaré un transfert à l'IPPP injustifié médicalement.

Conclusions du chapitre 4

L'examen attentif du cadre de référence légal en matière d'HSC, dans ses modes et conditions d'application telles qu'elles résultent de la lettre des textes, comme dans son interprétation à partir de la jurisprudence, confirme le décalage de l'usage actuel du dispositif constaté sur le terrain.

Les difficultés des élu(e)s comme les dysfonctionnements des dispositifs de terrain observés, sont en rapport avec une méconnaissance assez partagée du cadre légal, avec l'inefficacité du cadre de régulation prévu par les lois de juin 1990 et mars 2002 au niveau des Préfets.

Des améliorations pourraient être proposées au niveau des conditions de recours aux mesures d'HO initiées par les Maires qui, considérant l'importance stratégique reconnue de ces acteurs, pourraient réduire les principales insuffisances du dispositif actuel pour le cas où l'essentiel de la matrice réglementaire perdurerait.

La question de la légitimité juridique du dispositif actuel renvoie d'abord aux limites de son système de régulation, qui fonde l'acte de privation de liberté sur une procédure administrative. Alors que le dispositif est régulièrement désavoué par la jurisprudence et fait preuve d'une étrange variabilité de fonctionnement selon les départements, force est de constater que d'autres modes de régulations pourraient être envisagés afin d'optimiser la transparence et la cohérence du dispositif, plus proches des prérogatives du droit et des pratiques développées, en la matière, dans les différents pays de l'UE⁸⁷.

Mais si l'ajustement des conditions de fonctionnement du dispositif d'HSC paraît aujourd'hui nécessaire, l'analyse des situations considérées montre aussi que, dans une perspective de service public, il n'est pas moins indispensable d'adopter une approche pragmatique de ces « dysfonctionnements », et d'examiner avec attention le sens des pratiques sociales qui se développent à l'intérieur du cadre actuel.

⁸⁷ Depuis quelques années, de nombreux pays de l'Union Européenne ont engagé des réformes dans leur système de gestion de ces questions, qui vont dans le sens d'une judiciarisation des modalités des HSC, tels la Grande-Bretagne, la Belgique, l'Italie, l'Espagne, la Grèce ou les Pays-Bas.

- Chapitre 5 –

5. Santé mentale et troubles de voisinage : de la gestion politique de la plainte sociale à l'initiation d'une mesure d'HO

5.1 Les situations idéal-typiques : L'incurie et la persécution

Les vignettes précédemment exposées ont montré qu'il n'est pas rare qu'un problème psychique se révèle lorsqu'une question de salubrité se pose. Il arrive que la visite au domicile soit l'occasion de découvrir des situations problématiques en termes de souffrance psychique, voire de maladie mentale ("histoires de saletés, d'odeurs, de rats..., de boîtes aux lettres avec des graffitis, d'objets jetés par les fenêtres...") par le biais du service de santé publique qui accompagne le service de la réglementation (service de salubrité)⁸⁸.

C'est pourquoi les élu(e)s ont recommandé d'intégrer les services d'hygiène et sécurité à ceux plus spécifiquement chargés de la promotion de la santé, afin de mieux appréhender et prendre en considération les aspects et enjeux multiples d'une intervention de la municipalité⁸⁹, notamment lorsqu'il s'agit de situations d'incurie difficiles à cerner.

Elu 4/ Il y a à faire évoluer cette question des bureaux d'hygiène pour leur faire intégrer complètement la problématique de la santé publique. Quand on est sur l'habitat insalubre, quand on est sur l'incurie, on est dans des questions de santé et parfois de santé mentale. A Grenoble, le fait que ça soit complètement intégré dans le service santé et justement qu'il y ait cette psychologue qui intervient du côté des inspecteurs d'insalubrité assermentés et en même temps du côté de la santé mentale, permet de ne pas avoir de conflits en interne et de faire levier sur ces situations-là.

Cependant, et alors que les cas d'incurie constituent l'un des motifs les plus fréquents dans les demandes d'HO, la prise en charge de ces situations par le biais d'une mesure d'HO à l'initiative des Maires ne peut être envisagée comme une solution en dehors des strictes conditions prévues dans les textes de référence, confirmant d'une certaine manière la justesse des réticences des élu(e)s confrontés à ce type de demande :

Philippe Bernardet/ D'après le jugement du TGI de Libourne (juin 1989), l'incurie ne permet pas de justifier une mesure d'HO (ou d'HDT), quelle soit provisoire ou définitive, puisqu'elle relève selon le magistrat judiciaire d'une mesure de curatelle ou de tutelle, donc d'une aide à la personne, y compris si elle est dans l'insalubrité, excepté si un médecin estime que les troubles mentaux sont tels que cela nécessite une hospitalisation et que la personne est dans l'incapacité de consentir aux soins du fait de ses troubles. Il est dit dans l'arrêt que l'hospitalisation s'avère nécessaire pour soigner la personne et préparer le retour au domicile mais que « le recours au placement d'office n'est pas un substitut à une carence, ou en l'espèce, à une difficulté passagère de communication entre un suivi médical et un patient ».

⁸⁸ Pour approfondir la question de l'incurie qui a d'abord été décrit par des gériatres se déplaçant au domicile puis par les psychiatres, puis dans le cadre de la précarité sociale, on pourra lire : Meryglod N., 2007, *L'incurie dans l'habitat*, Thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1. Meryglod N., 2008, « Une clinique de l'incurie », in Furtos J. (sous la direction de), *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Edition Masson (à paraître en juin 2008).

⁸⁹ La réponse apportée aux signalements formulés auprès de la ville est également fonction de la charge de l'élu sollicité. Ainsi, un élu parisien chargé des questions de santé regrettait que le traitement de la demande ne se fasse pas en collaboration avec l'élu à la sécurité.

Le jugement indique : « Le Ministère public, rappelant que l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles, remarque que si M^{lle} M. a besoin d'être aidée et présente un délire de persécution, elle n'est pas dangereuse pour autrui ou pour elle-même et présente tout au plus un comportement marginal de laisser-aller. Le Ministère public s'étonne de l'usage du placement d'office pour faire suivre un traitement d'office. Il conclut à la mainlevée de la mesure de placement ». Les commentaires du juge Thierry Fossier, juge des tutelles (La semaine juridique, Jurisprudence, 1990, pp. 21407-21408), indiquent en 1990 que : « De même, une mesure de protection de type tutelle semble être indiquée pour éviter que le sujet ne se retrouve dans l'état d'incurie dans lequel elle se trouvait depuis plusieurs mois ».

L'incurie au plan juridique est l'incapacité de faire face à la gestion de son quotidien. D'après le juge, une mesure de protection tutélaire doit permettre d'éviter d'entrer dans l'état d'incurie aggravé.

Dans les faits, on sait que peu de curateurs ou de tuteurs ont le temps de suivre à domicile les majeurs protégés dont ils sont responsables. D'autres formes d'interactions doivent être construites au cas par cas⁹⁰

La vignette suivante présente une situation dont l'intérêt réside dans la double nature matérielle et relationnelle du débordement sur le vivre ensemble qui révèle la souffrance psychique d'un jeune homme dont l'isolement se fait croissant.

Vignette - Le jeune homme incurique (Grenoble)

Une plainte du bailleur est déposée auprès du service HSE (Hygiène/ Salubrité/ Environnement) de la ville au motif de bruits, odeurs pestilentielles, jets d'objet, agressivité et manque d'hygiène. Le service confirme les dégradations dans les parties communes. L'infirmière et la psychologue du Service Promotion de la Santé se rendent au domicile avec l'inspection Salubrité: comme l'homme est absent, elles rencontrent les voisins. Des premiers éléments cliniques sont dégagés. L'homme a 28 ans, il est visiblement entré chez les voisins par le balcon, sonnait la nuit chez la voisine...

Des liens sont établis avec son père. De nombreuses tentatives de rencontre avec le fils n'aboutissent pas (courriers, déplacements). Le père donne des éléments permettant de reconstruire l'histoire: antécédents psychiatriques depuis 1998, une HO en 2000 dans un autre département (la famille déménage en 2000), un transfert était prévu mais la mesure de contrainte n'a pas suivi. Il a déjà fait deux tentatives de suicide.

Le médecin de famille qui l'avait connu refuse d'émettre un avis car il ne l'a pas vu récemment. La police municipale constate beaucoup de dégradations et le bailleur appelle la mairie plusieurs fois. Cette situation, de l'avis du Service de Promotion de la Santé, nécessite une HO sur notoriété publique. En interne, la direction juge les éléments insuffisants. On transmet donc les éléments à la DDASS. Le SPS attend des plaintes que la police détient. Le Préfet dit qu'il cherchera un certificat si le Maire signe la mesure provisoire.

Le SPS contacte une AS du dispositif RMI et demande un écrit du bailleur: la personne est vu 5 fois au centre social mais il n'attend pas. Il est sans chaussure, des sacs en plastique aux pieds. Le SPS demande une instance d'évaluation auprès du territoire d'action sociale et reste en lien avec le père. La concertation a lieu fin septembre. Le père amène des ordonnances, la police a des plaintes pour petits vols. Le SPS demande à la police municipale une enquête de voisinage car on ne connaît pas l'auteur des dégradations des parties communes avec certitude. Le père signale qu'il voit son fils errer "dans un état très délabré". Le SPS demande un courrier et non un certificat médical à l'ancien médecin traitant (pour la pathologie psychiatrique et la rupture de soins en 2000). Des courriers sont accumulés tout au long du mois de septembre. Le rapport de la police municipale le rend responsable d'un certain nombre de dégradations. Il vit dans un environnement insalubre.

La procédure est déclenchée. La conviction de l'élu est vite emportée. Il est hospitalisé. Le SPS écrit au service psychiatrique pour expliquer "l'avant-HO", notamment l'appartement inhabitable.

On découvre qu'il s'alimentait de détritrus. L'appartement est dans un état jugé dramatique: tout est cassé, les radiateurs sont arrachés, les objets cassés sont reconstitués comme des puzzles, la cuisine est emplie de vomis, d'aliments en putréfaction mais les boîtes de conserve sont bien rangées deux par deux dans un ordre décroissant. L'une des pièces de l'appartement est même extrêmement bien rangée. Tous les courriers, ouverts ou non, sont bien rangés sur une table.

⁹⁰ Cf. par exemple : B. Eyraud, « La clinique du psychosocial confronté aux troubles du voisinage », in rhizome, n° 26, déc. 2007. pp. 56-60.

Pour un psychiatre qui lit cette observation « d'incurie », il s'agit d'une pathologie complexe, chez un jeune homme vraisemblablement schizophrène, et pour lequel se pose un problème qui nécessite une intervention thérapeutique.

La vignette ci-dessous a été reconstituée à partir d'un dossier de signalement de l'ancien « Bureau d'action en santé mentale » ou nouveau « Pôle Signalement » du Bureau de la Protection du Public de Paris.

Vignette – Pathologie mentale, sentiment de persécution et persécution des voisins

Madame C. née en ...

- HDT en 19.. à la demande du père de Madame C.

Le certificat d'admission immédiate de l'hôpital psychiatrique fait état de: « contact difficile et réticence importante. Dit être en communication avec le Président de la République, lequel est à l'origine d'hallucinations cenesthésiques avec "orgasmes à distance". Thèmes érotomaniaques. Pensée floue hermétique dans l'ensemble. Inconscience totale des troubles. A maintenir, à traiter".

Le certificat du généraliste indique quant à lui: " présente une dépression grave avec un délire à type de persécution la mettant en danger pour elle-même... nécessite un placement volontaire⁹¹". Procès Verbal du 5 juillet 19.., sortie le 18/10/19..

- En août 19.., un procès verbal de police du mois d'août indique qu'un mandataire de la société immobilière déclare au commissariat que Madame C revendique indûment la propriété de l'appartement mitoyen du sien. Elle en a d'ailleurs obstrué la serrure.

- En septembre 19.., une plainte au commissariat d'un voisin déclare que Madame C. accuse son épouse de divers maux et sa petite fille de trois ans de vol d'objets de toilette. Le même mois, la plainte d'un autre voisin est enregistrée car Madame C. a fait changer la serrure de son appartement sans l'autorisation de son agence immobilière. Pour la police, son comportement n'est pas dangereux pour elle ou autrui mais il y a des troubles du voisinage importants. La police demande un examen par un médecin spécialisé de l'administration. D'après le fichier de l'Ordre des médecins, Madame C., médecin, n'exerce plus sa profession.

En novembre 19.., Madame C. est convoquée plusieurs fois par le centre médico-psychologique sans succès.

En juin de l'année suivante., un courrier du médecin du centre médico-psychologique adressé au médecin chef de X indique : "il semble que l'état de madame C. se soit aggravé. Les voisins ont déposé une plainte" car Madame C. semble avoir fait de leur petite fille " sa persécutrice désignée". Les seuls contacts entre le centre médico-psychologique et Madame C. ont été téléphoniques: elle se présente alors comme un médecin désirant signaler des voisins "malades"; elle nie toute difficulté personnelle et se refuse à rencontrer le personnel du centre médico-psychologique.

Les parents de la petite fille, par une lettre au Préfet du 23 juillet 19.., signalent l'agressivité de Madame C. et des propos diffamatoires à l'égard de la fille et des parents.

Fin août 19.., une pétition est envoyée à la Préfecture, signée par l'ensemble de la copropriété. Le pôle signalement appelle l'hôpital psychiatrique : Madame C est en placement volontaire depuis le 21 août 19..

En 20.., le procès verbal de police du 4 avril motive l'orientation vers un psychiatre de la manière suivante: "propos incohérents au commissariat où elle s'est spontanément présentée", se dit "suivie par des cleptomane", a fait savoir "qu'elle enfermait dans un sac avec elle des gens expulsés de Maison Alfort qu'elle protège".

Le certificat médical du 5 avril fait état d'une « psychose hallucinatoire chronique » en phase de vaste délire à dimension fantastique et persécutive actuelle. On la vole, on lui téléphone, on pénètre chez elle, ce qu'elle entend et ce qu'elle sent, elle est spoliée, proches et voisins sont impliqués, un médecin est désigné comme persécuteur de cet ensemble, ensemble qui tente de s'en prendre à ses biens et à son argent depuis les années 19.., dit-elle. Note d'intrication entre le malaise d'être barcelée et la jouissance de faire l'attention de la multitude de "jaloux". S'est elle-même rendue au commissariat de police pour se plaindre de vol sur modes "fantaisistes et incohérents". Absence totale de critique de son état. Phase de passage à l'acte. Lettre des voisins en 19... adressant au Préfet pour signalement des troubles. « Hospitalisée sous contrainte en 19..... nécessite une HO ». L'HO est signée le 5 avril et maintenue jusqu'au 6 septembre avec plusieurs sorties d'essai.

La levée de l'HO a lieu le 7 septembre 20...

⁹¹ Avant la loi de 1990, un placement « volontaire » était issu de la volonté d'un tiers.

- En mai 20.., le centre médico-psychologique signale "une rupture de traitement" et des troubles du voisinage (dégât des eaux et début d'incendie notamment).

Dans une lettre du 27 mai 20.., un psychiatre praticien hospitalier indique : "patiente bien connue du secteur connaissant actuellement une accutisation de ses troubles... Nous avons été alertés par ses voisins dans un courrier co-signé par un grand nombre de copropriétaires faisant part de leur inquiétude concernant l'état mental de cette patiente à l'origine de plusieurs dégâts des eaux et de début d'incendie... subexcitation. Une HO nous paraît nécessaire."

Le Préfet saisit les services de D'après le rapport d'enquête de la police du 3 juin 20.., Madame C. a été conduite à l'hôpital psychiatrique (HO le 4 juin 20..). Le certificat de début juin 20.. fait état d'une évolution très faible de son état.

En septembre 2004, plusieurs demandes de sorties d'essai et de traitement en centre médico-psychologique sont accordées. La patiente est toujours en HO en décembre 20.. mais quasiment en permanence en sortie d'essai.

Le certificat médical de décembre 20.. la dit "globalement coopérante aux soins" mais signale des "périodes brèves de réactivation délirante paranoïde à thématique persécutive et dissociative. Ce dernier mois, elle a présenté un état de subexcitation avec une légère euphorie n'entraînant pas cependant de troubles du comportement. Elle s'est rendue régulièrement au centre médico-psychologique et a reçu son traitement retard" (neuroleptique injectable).

A la mi-juillet 20.., Madame C. demande à passer en hospitalisation libre. Il lui est indiqué qu'elle peut saisir le juge ou la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

5.2. L'usage du recours à l'HO pour (r)établir l'accès et la continuité des soins psychiatriques

Le recours aux mesures d'HO comme moyen de rétablissement de la continuité de soins psychiatriques apparaît dans les données examinées, de manière inégale et pas toujours détaillée, comme nous l'avons déjà signalé plus haut.

Ainsi, à Nantes, sur la centaine de personnes concernées par des signalements en 2003 et 2004, près de la moitié étaient connues du CMP, et la majorité d'entre elles avaient rompu les liens avec les services sociaux, les services de soins et/ou leur entourage.

A Grenoble, le Service Promotion de la Santé constate également, dans ses données des années 2002-2003, que la moitié des personnes concernées par des mesures d'HO ont des antécédents psychiatriques connus. Le nombre de personnes signalées au Maire en vue d'une HO dépend directement des pratiques des secteurs psychiatriques, qui peuvent utiliser cette mesure comme un outil de rétablissement de la continuité des soins.

Tableau n°4- Antécédents psychiatriques connus des personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'HSC dans la Ville de Grenoble (Service Promotion de la Santé)

Année	2002	2003
Antécédents psychiatriques	52,0 %	54,0 %
Personnes connues du service de Promotion de la Santé	50,0 %	
Part dans les signalements de l'entourage		73,0 %
Part dans les signalements des bailleurs et agences immobilières		44,5 %
Non renseignés	44,0 %	33,0 %

A Paris, l'étude de Benjamin Christau⁹² a pointé que 20,4% des personnes signalées au BPP étaient en rupture de soins psychiatriques.

De la même manière, l'étude réalisée sur des patients admis à l'IPPP conclue, qu'à l'admission :

- 68,3% des patients avaient des antécédents psychiatriques et étaient en rupture de soins,
- 25% avaient des antécédents psychiatriques et un suivi régulier,
- seulement 6,6% d'entre eux n'avaient aucun antécédent de prise en charge spécialisée,
- 71,6% avaient déjà été hospitalisés dans un service de soins psychiatriques,
- 28,66% n'avaient jamais été hospitalisés,
- et que 60% de ces patients étaient déjà passés à l'IPPP pour un motif différent ou identique.

Au total, 93,3% des patients inclus dans l'étude avaient des antécédents psychiatriques au moment de l'admission.

Il semble en outre utile de noter qu'après l'admission, l'entretien avec les personnes hospitalisées permettra de préciser que, dans la majorité des cas (53,3%), les troubles sont apparus au moins 6 mois avant l'HSC, entre 1 et 6 mois dans 5% des cas, entre 2 jours et 1 mois dans 23,3% des cas, et dans une période inférieure à 2 jours dans 5% des cas, les dates d'apparition des troubles étant inconnues pour 13,3% des patients.

5.3. Les HO pour troubles du voisinage : l'étude de l'IPPP

Nous y avons déjà fait allusion. Benjamin Christau a comparé la population admise à l'IPPP à l'occasion de troubles du voisinage à la population générale envoyée à l'IPPP ; elle paraît proche de la situation générale observée dans d'autres sites.

Les troubles sont le plus souvent anciens et ont débuté il y a plus de 6 mois (55% environ), même s'il existe une proportion non négligeable de troubles récents apparus il y a moins d'un mois (25% environ) ; dans un cas sur deux, la situation est déjà connue du bureau de la protection des personnes ou de la police du fait de mains courantes, de plaintes ou de signalements.

L'envoi du patient à l'infirmerie est dans la majorité des cas secondaire à une incohérence associée à des troubles du comportement sans violence (72% des cas) et 89% des patients présentaient des symptômes psychotiques alors que la proportion de troubles de l'humeur est faible.

L'auteur émet l'hypothèse que les patients déprimés sont silencieux, dans une tristesse dont ils s'accusent et de ce fait, ne sont pas directement « gênants » pour leurs voisins. Pour les patients maniaques, plusieurs interprétations sont envisageables : les périodes de calme et de rémissions sont longues et ils peuvent alors entretenir de bons rapports avec leurs voisins, ceux-ci pouvant même les soutenir lors de rechute. De plus l'excitation maniaque les amène probablement à sortir de leur domicile voire à voyager. Enfin, cliniquement, ils ne sont pas toujours délirants, et lorsqu'ils le sont, les thèmes délirants sont de l'ordre de la mégalomanie plus que de la persécution. Dans 80% des situations, il y a un réseau mobilisable autour d'eux, malgré leur

⁹² Cf. supra. p. 50.

isolement. Globalement, ce sont les situations « dérangeantes », donc pas les dépressions simples, qui mobilisent le voisinage et/ou les intervenants des institutions.

Enfin 90% de ces patients ont déjà été hospitalisés, ce qui est élevé par rapport aux chiffres habituels de l'infirmierie (75,27%) : 62% l'ont été en hospitalisation d'office ce qui est plus important que les 47,9% habituellement recensées dans la population adressée à l'IPPP ; 29% en hospitalisation à la demande d'un tiers (contre 9,82%) et 9% seulement en hospitalisation libre. Le pourcentage élevé d'hospitalisation est lié à la sévérité des symptômes cliniques des patients. Le refus de soins explique la proportion majoritaire d'hospitalisation sans consentement. Les HDT sont relativement nombreuses du fait de la disponibilité des familles en tant que tiers. Enfin, on peut supposer que les HO auraient été plus nombreuses dans un centre d'urgence autre que l'infirmierie où le temps d'observation est limité. L'IPPP permet en ce sens une limitation des HO.

Au total, sur le plan sociodémographique, il se dégage un profil type de patient admis à l'IPPP « pour trouble de voisinage » : une femme, le plus souvent d'âge supérieur à 40 ans, vivant seule, célibataire, avec un niveau d'études secondaire ou supérieur et sans activité professionnelle.

Finalement, il est possible d'affirmer que les patients admis pour trouble de voisinage sont habituellement adressés pour incohérence associée à des troubles du comportement sans violence, qu'ils présentent des symptômes psychotiques dans la majorité des cas et sont peu dangereux dans le sens de la sûreté des personnes.

5.4. La « prévention des HO » : la part des élu(e)s

Dans la grande majorité des cas, les situations abordées dans le cadre de cette étude répondent plutôt à un déficit de prise en charge adaptée de situations longuement « annoncées », et ne présentent que très rarement les caractéristiques de dangerosité décrites dans les textes de référence autorisant le recours à ce type de mesure. Parler de « prévention » vise à traiter une situation avant l'enlèvement sur place ou l'apparition de comportements perturbant le voisinage qui, alors, apparaîtront traitables dans le seul horizon d'une HO.

La vignette suivante décrit l'un de ces cas très connus de personnes souffrant de troubles mentaux qui l'amènent à faire des séjours réguliers en psychiatrie, par le biais de mesures régulières d'HO signées par le Maire, à défaut de pouvoir engager des mesures plus appropriées : HDT⁹³ ou/et un suivi (à domicile ? au CMP ?).

Vignette : Incurie et agressivité

Eric Léger, coordinateur à l'action sociale, Sceaux/ « C'est une personne dont le dossier commence par une HO police. C'est-à-dire que l'on signe un arrêté provisoire. La personne est hospitalisée un certain temps : de juin 2001 à nov. 2002. C'est un homme de 40 ans. Il réintègre son appartement. Un an plus tard, on est interpellés par un courrier du syndic, un bailleur privé, qui nous fait part de difficultés dans le logement, de troubles, de dégradation de logement. C'est un cas assez corsé, mais on le voit souvent, par exemple avec des dégâts des eaux ; ça concerne un certain nombre de logements autour. Suite à ça, on reçoit dans le mois, un courrier de la tutelle (c'est un monsieur qui est sous tutelle), qui a récolté un certain nombre de courriers de voisins, de gens qui se plaignent... et qui nous amène ça en nous disant : il faut faire un placement d'office ! La Préfecture ne se sent pas en capacité de faire des HO pour des profils de personnes un peu agressives. On sent qu'il y a une peur. Quand on a cette sorte de demandes, on fait le tour de nos partenaires. La demande arrive, quelle que soit

⁹³ Entre autres parce que, comme le rappelle aussi l'élue : « bien souvent ce sont des personnes qui sont en rupture avec tous les intervenants ».

l'origine (la tutelle, le bailleur...) : on regarde s'il est connu de la psy. Là, on sait qu'il y a eu une HO quelque temps avant. Mais on ne sait pas forcément s'il est suivi. C'est important de savoir s'il est suivi ou en rupture de traitement. On voit avec le CCAS s'il est connu des services sociaux. C'est pratiquement toujours des personnes isolées. On demande aussi au Conseil Général de nous dire qui suit les familles, mais bien souvent ce sont des personnes qui sont en rupture avec tous les intervenants. On rencontre éventuellement la tutelle. On essaie de savoir s'il y a une entrée possible « salubrité » qui nous permettrait d'aller voir la personne et pouvoir évaluer. On suit la situation avec la personne qui nous a interpellés en premier en nous disant : donnez-nous des informations. On collecte un certain nombre d'informations écrites.

De mai à juillet 2004, on a des courriers : ça commence sur des petites choses « il sonne la nuit, il crie, il insulte tout le monde ». Après, il coupe les tuyaux d'arrivée d'eau... La police est obligée d'intervenir plusieurs fois. On reçoit des mains courantes également. Cette situation se termine le 1^{er} août : il y a une agression sévère sur le voisin qui se retrouve avec une plaie sur le front. La police intervient et l'HO est déclenchée.

Une situation où les choses montent progressivement, l'agressivité monte, et ça se finit par une agression sur le voisin.

Sur la situation, on a une montagne de documents qui arrivent, souvent très répétitifs, et souvent relatant des faits de la dernière HO. Il faut aussi que l'on fasse attention parce que les personnes vont et viennent de l'hôpital à leur logement et quand elles arrivent, les voisins nous appellent tout de suite en nous disant « ça y est, ils l'ont lâché !! », ce qui n'est pas « un argument ».

Sur cette situation, on arrive au mois de juillet : les choses ne bougent pas trop, en fait. Jusqu'à présent, c'est de la dégradation de boîte aux lettres, dégâts des eaux... On trouve que c'est un petit peu limite.

Si l'on prend au sérieux ce type de vignette, « la psychiatrie » intervient souvent en cas de situation chroniquement dépassée, et pas avant ; elle semble condenser dans son intervention, la totalité des interventions du social, des bailleurs et/ou de la police qui peuvent avoir un rôle régulateur au rapport de la loi et des limites ; s'ils sont intervenus, cela n'a pas été mentionnés.

La situation suivante, également évoquée par le coordinateur à l'action sociale de Sceaux, confirme le caractère annoncé de certaines situations dramatiques telles celle de cette dame dont il est question ci-dessous, qui « glissait doucement vers la paranoïa ». Cela confirme aussi le rôle de la psychiatrie publique dans les processus qui mènent à une mesure d'HO à la « demande » du Maire, avec cependant une variante importante puisque, dans certaines villes, cette institution détient de fait l'organisation des mesures (« le médecin du CMP a organisé l'HO ») en « se substituant » au dispositif municipal du point de vue décisionnel.

Eric Léger, coordinateur à l'action sociale, Sceaux/ Cet été, une dame glissait doucement vers la paranoïa : elle avait mis du fil barbelé autour de sa maison et était taxée depuis longtemps de « douce folie ». Elle a ensuite agressé verbalement les personnes qui passaient devant son pavillon. Elle prétendait que le voisin d'en face voulait la tuer, ainsi que ses animaux. Elle construisait des panneaux sur lesquels elle écrivait « au secours » et envoyait des courriers au Maire complètement délirants. Le CCAS a contacté le CMP, et le médecin du CMP a organisé l'HO : il a pris RV avec les ambulances et la police ».

Le cas suivant relaté par un policier parisien montre que, malgré la sophistication du dispositif propre à la capitale, il demeure dans cette démarche une marge d'interprétation y compris de la part des experts qui, face aux symptômes de la maladie mentale, aboutissent parfois à des conclusions qui témoignent de la difficulté de la décision à prendre :

Un Commissaire de Police (Paris) / « Un homme est signalé durant un week-end car il semble surveiller l'entrée de l'hôtel George V. Très tôt le matin, le portier le remarque : il voulait entrer mais le portier ferme la porte. La police intervient et trouve des armes blanches de collection sur lui (plusieurs poignards). Son discours est incohérent. On demande au commissaire de police de venir discuter avec lui. Il l'envoie à Bichat pour un examen de comportement. Le certificat médical affirme ne rien avoir constaté. On le relâche, mais peu de temps après, on le retrouve vers l'arc de Triomphe, avec d'autres armes... il se poste près de la tombe du soldat inconnu et passe ses couteaux à la flamme... On l'emmène, ses propos sont incohérents, il disait « j'ai le pouvoir de connaître les gens et même de les mettre en bouteille »... alors on l'a envoyé directement à l'IPPP !... »

Parmi les sites considérés dans cette recherche, les villes de Nantes et Grenoble apparaissent comme celles où le souci de « prévention » des mesures d'HSC est le plus organisé dans les politiques municipales, qui développent, en plus des stratégies de travail en réseau déjà évoquées, une organisation interne et des moyens prioritairement orientés vers cette approche.

Dans ces villes, le service chargé de la santé essaie régulièrement de travailler sur la « prévention des HO », en essayant notamment d'organiser une certaine coordination autour des cas lourds qui ne relèvent pas toujours *a priori* d'une HO. L'investissement municipal apparaît centré sur la recherche de solutions aux problèmes de santé mentale, à partir de stratégies élaborées avec le Service municipal de Promotion de la Santé qui est particulièrement exemplaire puisqu'il comprend, à Grenoble, une équipe spécialisée conséquente⁹⁴, composée d'une directrice responsable du quartier Mistral (deux autres collègues s'occupent d'autres quartiers), d'une infirmière de formation cumulant une grande expérience de terrain et une culture dite de santé publique, et d'une psychologue clinicienne⁹⁵.

Enfin, l'enquête de terrain a aussi débouché sur un constat fondamental : dans cette ville, les demandes d'HO sont extrêmement variables d'un secteur psychiatrique à l'autre, et sont directement en rapport avec les approches thérapeutiques des services psychiatriques plutôt qu'en rapport avec la lettre des textes de référence. Il est intéressant de mentionner les effets préventifs du choix d'approche fait par l'un des secteurs de la ville, qui cherche à « éviter les HO à tout prix » en raison de leur caractère stigmatisant, par la mise en place d'une stratégie de visites et de soins à domicile⁹⁶, avec un travail conséquent avec les familles : on comptait dans ce secteur seulement quelques unités d'HO entre 2002 et 2004.

5.5. La « prévention des HO » : la part des psychiatres de service public et des équipes de psychiatrie de secteurs.

Cette étude a surtout travaillé à partir du point de vue des élu(e)s, de leurs témoignages qui a notamment porté sur la place des équipes du secteur psychiatrique dans la trajectoire de signature d'une demande d'HO.

Il est apparu que, **majoritairement dans les témoignages recueillis, les psychiatres se situent le plus souvent en aval de l'HSC, à partir de laquelle un soin devient ou redevient possible.**

Dans ce cas, le service public est *receveur*.

Une autre position dont il a aussi été portée témoignage est celle de psychiatres *demandeurs* d'HO, soit parce qu'ils sont au courant d'une situation clinique nécessitant une HSC, soit pour rétablir un lien thérapeutique dont la rupture risquerait potentiellement d'aboutir à des troubles à l'ordre public.

S'agissant d'une étude sur les élu(e)s, nous avons rencontré peu de psychiatres, et seulement lors de nos visites à Nantes et à Grenoble.

⁹⁴ Force est de constater que les moyens de la DDASS sont moins importants, et que son engagement.

⁹⁵ Alors qu'il était convenu initialement de ne pas aller à la rencontre de la personne, l'usage a progressivement pris la forme de tentatives de rencontre avec la psychologue du service. Mais comme la rencontre avec la personne elle-même n'est pas toujours réalisable, l'infirmière et la psychologue rencontrent souvent son entourage, ce qui produit bien souvent un bénéfice indirect.

⁹⁶ La pratique de ce secteur est axée sur les visites à domicile d'un médecin accompagné d'un infirmier, d'un policier éventuellement, que le patient soit connu ou pas. En cas de problèmes, le secteur psychiatrique recherche un tiers susceptible de faire hospitaliser la personne, et ce, même en cas de dangerosité du patient pour lui-même. Le plus souvent, la reprise de soins s'effectue sans HSC.

- A Nantes, le psychiatre et les équipes de psychiatrie participent activement au réseau créé il y a 12 ans, à la demande des bailleurs sociaux, avec le pôle de psychiatrie du CHU de Nantes qui permet l'analyse des situations délicates d'une manière plurifactorielle, avec une construction appropriée de la conduite à tenir, tout en diminuant grandement la stigmatisation des personnes affectées de troubles psychiatriques (cf. supra chapitre 3).
- A Grenoble, les discussions des cas difficiles ont été institutionnalisées dans le cadre d'un Conseil Local de Santé Mentale. C'est dans cette ville que les positions les plus extrêmes ont été décrites : d'un côté, un service animé par la théorie de la pratique de son chef de service qui reçoit un grand nombre d'HO au motif de prévenir des situations qui pourraient devenir « dangereuses » si le lien du soin n'était pas rétabli ; à l'inverse, un service pratiquant de principe des visites à domicile pour intervenir à chaud dans les situations et proposer des conduites à tenir très variées, avec un taux extrêmement faible d'HO (cf. p. 81-82) dernier point est troublant et exemplaire.

« Normalement », les secteurs de psychiatrie ont le devoir d'intervenir au nom du principe fondateur de la logique du secteur : travailler là où les gens vivent et souffrent. A ce titre, le voisinage et ses troubles font partie intégrante de leur mission, non pas en qualité de symptômes d'une maladie, mais en raison d'une situation où il s'agit d'aider des personnes vulnérables, affectées de pathologies mentales, à vivre en société avec un soin et un prendre soin approprié. Nous donnerons quelques exemples de ces modes d'approche qui sont autant des modalités de penser que d'intervenir.

Ainsi, dans un numéro spécial de Rhizome consacré au « Voisinage et ses troubles » (N°29, déc. 2007), Patrick Chaltiel énonce que « *la psychiatrie est une discipline dont l'objet est la 'cohabitation' à différentes échelles : intrapsychique, intrafamiliale, d'immeuble, de quartier, communauté...* ». Il donne l'exemple atypique et limite d'une intervention sur le lieu même du commissariat, lieu de réception des plaintes de voisinage :

« Le voisinage de Mr G. ayant déposé une plainte collective unanime au commissaire de police de la commune, je propose à ce dernier de réunir la copropriété, Mr G. compris, au commissariat, en présence des inspecteurs sollicités à de multiples reprises, de représentants des bailleurs sociaux et de l'équipe de secteur psychiatrique qui s'échine quotidiennement à tenter de pacifier ce contexte explosif.

Le choix du lieu peut étonner. Il est pourtant en lien direct avec l'utopie Bonnaféenne : le lieu de la psychiatrie n'est pas derrière ses propres murs (CMP compris), mais sur la place publique... et pourquoi pas au commissariat de police (entre autres !).

Le commissaire et ses lieutenants, après s'être interrogés, non sans réticence, sur la justification d'une telle entreprise finissent par me concéder, à titre expérimental, cette utilisation « décalée » de leurs locaux, après avoir reconnu l'inanité mortifère et usante des interventions répétées pour tapage, menaces, agressions diverses et persécutions mutuelles.

Nous voilà donc, avec Mr G., au milieu d'un « carré » serré et hostile de voisins et de bailleurs sociaux circonspects, aux lieux de « l'ordre public » garantissant la sécurité de la rencontre et réduisant, par la présence de ses agents, le facteur « peur » à l'origine de toute violence. Ces gens pourront-ils s'écouter ?...s'entendre ?...compatir ?... raisonner ?...collaborer ?...co-construire une dialectique intégrative de la raison et de la déraison qui traverse chaque sujet humain et se déconcentre du « fou désigné » ?

Il s'avère souvent que oui ! ...pourvu que la psychiatrie publique accepte de se prêter à l'art d'une médiation cognitive, empathique et dialectique (tel que la pratique des thérapies familiales, entre autres, nous y entraîne).

Ainsi, à la suite de cette rencontre, l'union sacrée de la peur et de la « raison » marquera-t-elle le pas, face à la narration par Mr G. assisté de ses soignants référents, de son existence jalonnée de « ruptures de trame » et de rejets. Petit à petit, Mr G. construira de fragiles alliances qui lui permettront de s'ouvrir quelque peu à l'émergence d'une solidarité humaine dont il n'avait jamais ressenti, jusqu'alors, les effets.

Ceci ne l'empêchera pas de mourir, quelques années plus tard, d'un « retour de solitude » accompagné de barbituriques à dose létale.

Mr G. ne pose donc plus aucun « problème de voisinage » ! (il n'en a plus posé d'ailleurs dès le décours de la réunion au commissariat), mais il reste présent, dans la mémoire collective de la communauté comme « mythe fondateur » d'un esprit de tolérance et d'un partenariat de Santé Mentale efficient et pacifiant ».

Pour sa part, dans ce même numéro, Jean-Pierre Martin décrit la difficulté du psychiatre confronté à l'intolérance sociale. Il pose la question de la différence de position entre la finalité soignante... des soignants et la fonction d'expertise assignée du psychiatre, en matière d'HSC. Voici quelques vignettes qui illustrent ce questionnement :

« - Une patiente, suivie par le CMP pour des symptômes paranoïaques, a trouvé un équilibre aléatoire chez elle, avec un travail relativement stable et la participation à des activités culturelles dans une association de quartier. Ses rapports avec le voisinage de l'immeuble demeurent distants mais sans incidents majeurs. Cette situation se détériore brutalement avec l'arrivée de nouveaux voisins qui ont acquis leur logement au prix fort de l'immobilier parisien. Est-ce l'inquiétude de la patiente de voir apparaître ces nouveaux venus ? Est-ce celle de ces derniers quand ils apprennent ses antécédents par les autres résidents de l'immeuble ? Un problème de courrier mal distribué entraîne un clash verbal. 48 heures après, la patiente arrive en HO à l'hôpital au nom d'antécédents qui remontent 15 ans en arrière : elle avait jeté un pot de fleur dans la cour pour protester contre l'attitude de la gardienne.

- Un homme SDF dort sur un matelas qu'il range soigneusement tous les matins sur le palier d'un 6^{me} étage. Depuis plusieurs mois il est toléré, voire aidé, par les locataires de l'étage, manifestement par compassion pour sa situation, avec la règle implicite qu'il ne dérange pas. Son histoire est celle d'une dégringolade sociale à la suite d'un divorce, pas d'une pathologie, ce que le voisinage immédiat avait bien perçu. L'arrivée d'une nouvelle gardienne qui le considère comme une nuisance entraîne une intervention de la police un jour où il s'est alcoolisé mais sans comportement tapageur. Il se montre agressif avec les agents venus l'expulser et arrive en HO à l'hôpital pour « alcoolisme dangereux ». Aucune symptomatologie psychiatrique manifeste n'est alors trouvée, mais la levée de l'HO va se heurter à son manque de domicile.

- Il y a des années, dans une cité de la sidérurgie du Nord, une femme est internée à la demande du maire, à la suite d'une exhibition à sa fenêtre. Son mari est décédé quelques mois avant et ses 3 enfants adolescents traversent une période difficile, « laissés à eux-mêmes ». Une pétition du voisinage a entraîné la décision du maire. Mais ici, il y a une suite : le maire, que nous avons contacté, nous convie à une réunion de quartier. Nous expliquons le secret médical à la réunion en faisant part de notre préoccupation sur les conditions de l'hospitalisation. Il apparaît que le mari défunt n'appartenait pas au même syndicat, à l'usine, que ses proches voisins, mais surtout de la désobéissance des jeunes sans perspectives de travail qui ont commis en bande des larcins dans une superette commerciale proche. La réunion se termine par une nouvelle pétition demandant qu'elle soit soignée au dispensaire et la levée de l'hospitalisation. Cette dernière observation qui se situe à Denain (Nord), dans un contexte de réseaux de socialité forte, montre qu'un rejet passager lié à des conflits au sein d'un quartier trouve sa solution dans une mobilisation de l'appartenance et de la communauté d'intérêt.

Conclusion du chapitre 5

L'augmentation du nombre des HSC repose sans doute sur de multiples facteurs rappelés en début de ce chapitre :

- un souci des bailleurs devant l'augmentation des personnes soignées en psychiatrie pour des pathologies « lourdes » de la personnalité et habitant en logement de droit commun, du fait de la fermeture d'une importante part des lits psychiatriques.
- Un souci sécuritaire exprimé de la manière la plus claire par le vote de la loi de prévention de la délinquance de mars 2007, qui peut accélérer l'option de conduites à tenir rapides en authentifiant « les troubles du voisinage » comme une catégorie d'emblée juridique et opérationnelle à résoudre par l'autorité municipale.

En termes de santé mentale, et du point de vue de l'utilisation des services de psychiatrie publique, l'orientation est tendue entre deux options :

1. Une approche de psychiatrie purement médicale des situations, en y intégrant éventuellement les données modernes des neurosciences, qui relève d'un processus de médicalisation expertale qui échappe à l'environnement social et pluri-institutionnel. Dans ce cas, même les élu(e)s ont peu à dire sur la question des HO, juste à signer, le cas échéant.
2. Une approche de psychiatrie et de santé mentale qui continue de faire appel aux fondements philosophiques du vivre ensemble démocratique et aux principes organisateurs comme aux savoir-faire de la psychiatrie publique en situation de reconnaissance inter partenariale.
3. Ces deux options sont parfois métissées, et on peut rêver d'une conciliation de la position technique et de la position politique (au sens du vivre ensemble), qui est certainement intégrée ici et là. Il ne suffit pas d'avoir des moyens et des effectifs, préalable nécessaire, mais il convient surtout d'organiser une répartition appropriée de ces moyens.

Conclusions générales

Cette étude est la première qui aborde le rôle des élu(e)s municipaux dans la santé mentale, à travers l'entrée « troubles du voisinage » pouvant éventuellement conduire à une hospitalisation d'office. Elle vient compléter et approfondir notre première étude publiée en 2005 sous le titre : « Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », (éditions de la DIV).

Ce rôle des élu(e)s est inscrit dans le cadre d'un « partenariat » obligé avec nombre d'Institutions : l'autorité préfectorale, la psychiatrie publique, la police, les bailleurs, les intervenants sociaux, etc... Tous les intermédiaires existent entre une obligation de partenariat sans concertation et un souci de santé mentale partagé en réseau, chacun de la place qui est la sienne.

La question d'une hospitalisation d'office pose un ternaire technique, éthique et citoyen qui doit tenir trois ordres de problèmes : les troubles de l'ordre public s'ils existent, l'accès aux soins, s'il est nécessaire et les libertés individuelles.

On ne cherchera pas dans cette étude une vision d'ensemble sur le HSC, car les HDT n'ont pas été abordées ; comparer l'évolution des HO et des HDT en particulier les HDT d'urgence, reste à réaliser.

1. Chiffres et situations

Les travaux conduits sur les données des Hospitalisations d'Office d'origine départementale et nationale convergent tous vers le constat d'une augmentation régulière du nombre de mesures d'HSC en France depuis 1992, notamment celles qui concernent les Maires : d'après les chiffres de la DGS⁹⁷, les hospitalisations d'office (HO) auraient augmenté de 65 % entre 1992 et 2003, passant de 6 631 à 11 016 mesures annuelles.

La contribution des Maires dans la mise en œuvre de la loi du 27 juin 1990 est élevée : au total, **en 2003, 62 % des mesures ont été initiées par les maires** (sur 94 départements). Cette importance est éminemment variable selon les départements où l'on retrouve des écarts de 1 à 12 dans le nombre des mesures d'HO municipales⁹⁸.

Une des conclusions indiscutable est que ces chiffres ne reflètent ni la morbidité psychiatrique d'une population ni le degré de troubles compromettant la sûreté des personnes et portant atteinte à l'ordre public, mais la manière dont fonctionnent les dispositifs en charge de ce type de problème. L'étude suggère fortement que les taux d'HO sont corrélés à certains facteurs qui concernent l'engagement des villes, les pratiques de la psychiatrie, et le niveau d'implication de l'autorité préfectorale.

⁹⁷ Cf. chapitre 1. Pages 22-24.

⁹⁸ Chiffres de la circulaire DGS/SDGC N° 2006-346, 1^{er} août 2006.

2. L'entrée « troubles du voisinage » pour une mesure éventuelle d'HO

Comme nous l'avons développé en introduction, il s'agit **d'une notion juridique très contextualisée, et non du symptôme d'une entité morbide psychiatrique**. Les « troubles du voisinage » sont des situations complexes dont 80% sont régulées d'une manière primaire par les codes et rituels de base qui définissent des niveaux de tolérance, et donc d'intolérance, et leur régulation au sein d'un espace commun⁹⁹. La tolérance varie d'une cage d'escalier à l'autre, d'un quartier à l'autre, en fonction des habitants, de leur histoire et conduit à assurer des ajustements dans les interactions entre les différents habitants d'une même unité résidentielle.

Mais si la régulation primaire ne suffit pas, ou si elle est court-circuitée et neutralisée, les régulations secondaires deviennent nécessaires. Elles pourront se mettre en œuvre par le biais des plaintes de voisinage l'intervention des associations, des professionnels, des institutions. Il est évident que, s'agissant de la possibilité d'une hospitalisation d'office, nous nous situons d'emblée au niveau d'une régulation secondaire, contraignant la liberté des personnes, qui ne peut être validée que sur des arguments probants et réglementaires.

Le trouble du voisinage est envisagé par le contrat de bail qui contient une obligation réciproque de « jouissance paisible » garantie par le bailleur aussi bien que par le locataire.

Le trouble de voisinage est réglementé d'une manière supplémentaire par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 qui, dans son chapitre III, authentifie nommément les troubles de voisinage comme susceptibles d'être aussi régulés par le Maire, au titre général du bon ordre, de la sûreté, de la sécurité et de la salubrité publique dans sa commune.

Le trouble de voisinage est à l'interface d'une approche sociétale, d'un souci sécuritaire qui va croissant, et d'une préoccupation de santé mentale pour les personnes vulnérables, en particulier pour certaines d'entre elles qui sont affectées de pathologies mentales nécessitant des soins psychiatriques.

Dans cette étude, l'entrée « *trouble de voisinage* » couvre plusieurs motifs pouvant conduire à une hospitalisation d'office :

- soit il s'agit de troubles de voisinage proprement dits, avec éléments d'intrusion directs sur la jouissance paisible du voisinage,
- soit il s'agit de troubles de voisinage indirects, par l'entrée « *incurie dans l'habitat* », qui peuvent aboutir, au bout du compte, à des nuisances en rapport avec des phénomènes tels qu'inondations, odeurs, déchets, etc.
- soit l'entrée « *persécution* » qualifie une personne ayant un sentiment de persécution considéré comme un symptôme psychopathologique. Cet état peut entraîner un phénomène de repli qui aboutira à l'incurie, et on se retrouve alors dans la situation ci-dessus évoquée ; mais assez souvent, les personnes « persécutées » « persécuteront » à leur tour leurs voisins, leurs proches, « pour se défendre », entraînant des troubles de la tranquillité publique et, plus rarement, de troubles médico-légaux.
- La considération du niveau de tolérance du voisinage fait partie des situations.

⁹⁹ Chiffres indicatifs donnés à partir de l'expérience de Aiguillon-Habitat (Rennes), et repris dans la recherche ORSPERE-CESAMES sur « Les troubles du voisinage, la part de la santé mentale », travail soutenu et commandité par la Fondation Nationale des Caisses d'Epargnes ».

Il s'ensuit que **la demande d'HO, dans la majorité des cas, n'est pas en concordance avec le cadre strict de la définition légale**, c'est-à-dire en rapport avec « des troubles graves de l'ordre public » ou avec la notion d'un « péril imminent » en ce qui concerne l'intervention du Maire pour initier cette procédure.

Dans les faits, des troubles de la tranquillité publique et/ou de la salubrité publique, corrélés à des états psychopathologiques, peuvent nécessiter un prendre soin et un accès au soin spécifique, pour lesquels le recours à un tiers, notamment familial, se retrouve souvent en défaut. Il est certain que la « gravité » d'une situation « dérangement » est la plupart du temps plus intense sur le terrain que vue du côté de l'instruction minutieuse d'un dossier.

Cette indiscutable dissociation entre la lettre de la loi et l'effectivité des situations doit être reconnue et suivie des conclusions qu'elle appelle, **car si la « marge de manœuvre » entre ce qui est légalement prescrit et ce qui est effectué permet souvent une adaptation nécessaire à la réalité du terrain, c'est à la condition qu'elle ne devienne pas l'ordinaire, ce qui en l'occurrence est le cas.**

3. Le type d'intervention des municipalités est hétérogène

Dans certaines villes, l'avis et/ou le certificat médical circonstancié est automatiquement suivi de la décision municipale d'HO.

Ailleurs, le rôle de la police vis-à-vis de troubles du comportement accompagnés d'incohérences et de bizarreries, avec le soutien de l'expertise médicale, oriente la décision.

La signature d'HO municipales sur notoriété publique est très rarement effectuée, bien que légale.

Certaines grandes villes ont la capacité et la volonté politique de se donner la possibilité d'instruire les dossiers de plaintes du voisinage qui leur parviennent. Dans notre étude, deux villes, Nantes et Grenoble ont ce souci par la médiation d'un Service de Promotion à la Santé.

Le cas de l'IPPP (Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris) constitue une sorte de paradigme de cette capacité : il ne faut pas oublier que le Préfet de Police de Paris exerçait, jusqu'en 1977, des pouvoirs normalement attribués au Maire.

La régulation de l'ensemble du dispositif d'HO, en l'état de la loi, reste du registre du Préfet et de ses services ; soit qu'il initie d'emblée la mesure, soit le plus souvent qu'il valide les mesures initiées par les Maires, (ou par les commissaires de Police, à Paris).

La concertation entre les services municipaux s'occupant de la salubrité, de l'hygiène et de la promotion de la santé est recommandée.

Dans les petites villes et les communes rurales, la proximité de l'élue favorise la prise en charge des situations d'incurie mais rend très difficile une mesure de contrainte signée par le Maire.

4. Du côté de la psychiatrie publique

Cette étude n'a pas directement porté sur les pratiques de la psychiatrie publique, pourtant essentielles ; cependant certains types de fonctionnement ont été décrits, notamment dans les rencontres sur sites et à partir des vignettes cliniques amenées au cours des séances de travail du séminaire. L'intervention précoce des soignants dans les situations critiques, *en amont* d'une décision potentielle d'HO, aboutit plus volontiers à un accès aux soins hors HO : par HDT, hospitalisation libre ou soins ambulatoires ou à domicile ; elle peut aussi conduire à une résolution autre que psychiatrique, de type accompagnement social, par exemple.

A l'inverse, si un service de psychiatrie commence systématiquement le soin *en aval* de l'HO, ce qui semble la règle, le taux d'HO sera supérieur.

5. Peut-on parler d'une clinique psychosociale ?

On sait que la souffrance psychosociale s'exprime sur les lieux du social, qu'elle est le plus souvent adressée aux intervenants sociaux de première ligne, et qu'elle se caractérise par une certaine indétermination où les éléments psychiques et les éléments sociaux sont étroitement intriqués. Ici, dans cette recherche sur la possibilité d'une hospitalisation d'office, la notion de clinique psychosociale semble d'abord moins pertinente que dans notre première étude. Certes, il existe toujours un mélange inextricable entre les éléments psychopathologiques et les éléments sociaux, mais les situations qui nous ont été rapportées, comme les chiffres, indiquent plutôt des situations dépassées qui nécessitent un prendre soin de différents services, notamment des services de santé mentale. **Pour le dire autrement, les vignettes et situations que nous avons été amenés à connaître au cours de cette étude nous paraissent des situations explicitement psychiatriques.**

Mais, si nous devons accepter les situations telles qu'elles sont, nous devons les penser plus loin. Le trouble dit de voisinage est par essence « psychosocial », il renvoie à la capacité de vivre ensemble et à ses avatars, comme nous l'avons rappelé plus haut.

Dans ce contexte, il convient de préciser que l'étude approfondie de la clinique psychosociale et des effets psychiques de la précarité, rendent évidentes deux grandes tendances : l'isolement des personnes, qui peut aller jusqu'à l'incurie, et le climat persécutoire où chacun devient dangereux pour chacun. Ces tendances lourdes concernent aussi bien les pathologies mentales, exacerbées par le climat contextuel, que des situations hors de la nosographie classique¹⁰⁰. Or, dans le cadre de cette étude, nous avons authentifié ces deux situations idéales-typiques de l'incurie et de la persécution comme celles rencontrées par les Maires, et cette superposition des signes est troublante, pour le moins.

Nous avons aussi rencontré un élément surprenant : l'absence relative de plainte de voisinage dans certains quartiers dit « sensibles » probablement corrélée à un taux plus faible d'HO, et qui ne peut être décodée de manière uniquement psychiatrique. Il s'agit, dans certains cas, d'une peur diffuse de représailles en cas de plaintes ; et dans d'autres cas, d'une meilleure « tolérance » aux troubles de voisinage¹⁰¹. Dans les deux hypothèses, l'abord psychosocial et politique est indéniable. **Il s'ensuit que la manière de privilégier une approche « santé », et/ou une approche « sécurité » se situe bien du côté de l'appréciation politique de l'élue(e) local, au sein d'une évolution des politiques nationales et des mentalités qui n'est jamais fixée, et par nature conflictuelle.**

¹⁰⁰ J. Furtos. « L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance », in : les cliniques de la précarité, Masson, Juin 2008, page 11-23.

¹⁰¹ Sur le thème de « L'hyper tolérance », Rhizome n° 29, « Le voisinage et ses troubles ». C. Melato et C. Mouglin : « Les troubles de voisinage urbain », p. 41-46, déc 2007.

Trois principes sont issus de cette étude :

Premier principe : Il convient de reconnaître à sa juste place l' élu(e) municipal(e) qui, à travers et au-delà des problèmes de sûreté, de sécurité, de salubrité, exerce une responsabilité en terme de souci de santé mentale, c'est-à-dire en termes de préoccupation pour la vie psychosociale de ses concitoyens. Le prendre soin (care) peut conduire si besoin au soin spécialisé (cure). On ne peut oublier l'histoire de la Santé Publique qui s'est toujours développée préférentiellement dans les villes qui l'ont concrètement voulue. Il semble bien qu'il en soit de même pour la santé mentale¹⁰².

Il existe une tension constitutive entre l'ordre social, l'ordre public, et ce souci pour la santé de chacun dans son être bio-psycho-social.

Plusieurs rapports officiels ont souligné le rôle de proximité du maire et de ses adjoints dans le cadre du territoire dont il a la charge. Certes, comme tous les élus, les Maires sont souvent contraints par le calendrier électoral, mais dans le même temps, ils se trouvent indiscutablement dans une proximité généraliste avec leurs concitoyens et avec les professionnels. Percutés par les paroles, les cris et les silences des uns et des autres, ils ont la capacité d'initier des actions à visée individuelle et collective, notamment, dans le cadre réglementaire des hospitalisations sous contrainte.

Les acteurs de terrain ont moins disqualifié le dispositif d'HSC en tant que tel que ses usages déviants en raison des déficits des réponses de droit commun. Ils n'ont pas de surcroît invalidé la pertinence du rôle de l' élu local dans sa légitimité à initier une mesure d'hospitalisation d'office. Il s'agit donc d'optimiser le fonctionnement général du dispositif d'HSC, de le restreindre à la stricte nécessité de son application, tout en garantissant les droits attachés à la confirmation des mesures initiées par le maire. En conséquence, le maire paraît donc bien légitime et en capacité d'assumer un rôle de proximité lui confirmant un pouvoir provisoire.

Second principe : Il convient que la psychiatrie publique joue un rôle de conseil, de soutien et d'accès au soin dans le décours de l'instruction des situations difficiles abordées dans cette étude, à partir de l'esprit des principes fondateurs de la psychiatrie de secteur. C'est déjà une pratique effective dans certaines communes et secteurs qui travaillent en réseau et/ou en partenariat.

Troisième principe : Il convient que le législateur prenne en compte l'actuelle dissociation entre la lettre de la loi sur les HO et la réalité clinique du terrain. La préconisation de séparer l'obligation de soin en rapport avec une pathologie qui le nécessite, et les procédures liées aux troubles de l'ordre public, semblent découler impérativement de cette dissociation. Nous rejoignons ici l'une des préconisations du rapport PIEL-ROELANDT.

Le recours au juge compétent en matière de libertés publiques, s'agissant d'une privation des libertés individuelles, serait en accord avec les recommandations du Conseil de l'Europe. La confirmation des mesures provisoires, qui atteste de la nécessité d'une privation de liberté associée à une hospitalisation psychiatrique, relèverait légitimement du juge des libertés.

¹⁰² Lion Murard, 1996, « L'hygiène dans la République », Ed. Fayard et oct. 2006, « Ville et santé : l'initiative de l'invention aux communes », in *Rhizome* n°24, p. 2-3.

Recommandations

Les recommandations résultent des trois principes issus de cette étude (cf. supra p. 140) :

1. - La juste place de l' élu municipal en terme de souci de santé mentale, à travers notamment l'entrée « trouble du voisinage » pouvant conduire à une hospitalisation d'office, doit être mieux définie à trois niveaux :

- reconnaissance et valorisation de cette place par l'Etat et le législateur,
- reconnaissance de cette place par les associations de maires et d'élus municipaux dans le but de promouvoir la formation et l'information des élus par rapport à ce rôle,
- reconnaissance de ce rôle par les maires eux-mêmes quant à l'importance de la santé mentale dans sa tension constitutive entre l'ordre social et public, le souci de santé mentale et le respect des libertés individuelles, dans le cadre de la loi.

En conséquence, il convient :

- de mettre en place pour l' élu **une formation** à la loi des hospitalisations sous contraintes et aux variétés de situations rencontrées ; dans cette perspective, l'élaboration d'un manuel à l'usage de l' élu(e) pourrait être intégré à la « Mallette de l' élu(e) », afin que le cadre réglementaire et les procédures d'application recommandées soient les mêmes sur tout le territoire. Ce support de travail pourrait être conçu en articulation avec la formation proposée.
- de promouvoir **une régulation intra municipale** entre les services d'hygiène et de salubrité, les services de promotion de la santé et les pouvoirs de police du maire ;
- de promouvoir des **conseils locaux de santé mentale** ;
- d'utiliser et/ou de construire **un partenariat interinstitutionnel**, en particulier avec la psychiatrie publique, les bailleurs et les services sociaux ;
- de diffuser **les expériences des villes** ayant déjà ce type de réseaux et de partenariat.

2. - **La psychiatrie publique** a un rôle de conseil, de soutien et d'accès aux soins dans les situations de troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office, rôle qui doit être reconnu et favorisé :

- **Les interventions à domicile des équipes de psychiatrie publique doivent être encouragées** dans les projets de Pôles et d'Etablissements, par les ARH et ultérieurement par les ARS. Toutes les actions permettant d'intervenir en amont d'une décision d'hospitalisation sous contrainte doivent être considérées dans le **cadre ordinaire** de la psychiatrie de secteur et de ses principes fondateurs.
- **La constitution d'équipes mobiles de psychiatrie doit être encouragée et soutenue** : il en va de la crédibilité de l'institution psychiatrique. Les équipes peuvent être indépendantes ou en renfort à celles déjà orientées sur la grande précarité, elles peuvent être formalisées ou fonctionnelles.
- **Des recherches transversales et longitudinales** sur les situations abordées dans ce rapport doivent être promues, autant pour la clinique psychiatrique et psychosociale que pour le lien social comme bien commun.

3. - En ce qui concerne **la législation des hospitalisations sans consentement**, cette étude a envisagé cette question sous l'angle de la responsabilité du rôle des maires. Nos conclusions confirment, outre le rôle du Maire, certaines conclusions déjà issues de rapports officiels précédents :

- la nécessité impérative **de mieux dissocier** l'accès aux soins comme nécessité médicale et l'accès aux soins dans le cadre des troubles à l'ordre public ;
- la nécessité **d'instituer un système d'observation nationale** sur les données quantitatives et circonstanciées des hospitalisations sans consentement ; il est de la compétence de la DGS, dans un cadre interministériel, de définir quelle structure suffisamment indépendante pourrait se charger de cette tâche ;
- la nécessité **d'inclure plus clairement les usagers et associations d'usagers** du système de santé dans l'information sur les dispositifs des hospitalisations sans consentement, le rôle de chacun des acteurs et le rapport à la Loi ;
- **les magistrats chargés des libertés publiques** devraient avoir un rôle en accord avec les recommandations du Conseil de l'Europe.

Bibliographie

Bernardet P., Douraki T., Vaillant C., 2001, *Psychiatrie, droits de l'homme, et défense des usagers en Europe*, Erès.

Chaltiel P., 2007, « Les ressources cachées et l'ennemi intime », *Rhizome* °29, pp. 20-23.
DIV/ONSMP-ORSPERE, 2003-2004, *Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, Séminaire, Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé*, PUF, Paris.

Foucault M., 1976, *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*, NRF, Ed. Gallimard, Paris.
Furtos J., 2008, *Les cliniques de la précarité*, Contexte social, psychopathologie, dispositifs, Masson.

Larcher P., Poloméni P., 2001, *La santé en réseaux*, Masson.

Lecorps P., Paturetin J.-B., 1999, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

Melato C., Mouglin C., 2007, « Les troubles de voisinage urbains », *Rhizome*, n° 29, pp.41-45.

Meryglod N., 2007, *L'incurie dans l'habitat*, thèse de médecine présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Murard L., 1996, *L'hygiène dans la république*, Fayard.

Murard L., oct. 2006, « Ville et santé : l'initiative de l'invention aux communes », *Rhizome* n°24, pp 2-3.

ORSPERE, oct. 2006, « les élu(e)s locaux et la santé mentale », *Rhizome*, n°24.

ORSPERE, 2001, *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ?*, Séminaire Résidentiel, Arbresle, (Actes).

Réseau d'Information du Troisième Secteur (RITS) du Brésil, session « réseaux »
<http://www.rits.org.br>

Rhenter P., 2004, *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*, Thèse de doctorat de science politique, Université Lyon 2.

Rhenter P., oct. 2006, « usages et mésusage de l'hospitalisation d'office », *Rhizome*, n°24, pp.7-8

Wacquant L., 1999, *Les prisons de la misère*, Ed. Raisons d'Agir (diffusé par les Editions du Seuil), Paris,

Wacquant L., 2004, *Punir les pauvres – Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Ed. Agone, Marseille.

Rapports

Hélène Strohl, IGAS, Martine Clémente, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.

Antoine Lazarus, Hélène Strohl, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995

Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, Rapport de mission " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001,

Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003

Rapport sur les problèmes de sécurité liés au régime des hospitalisations sans consentement, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale, mai 2004

Maryvonne Briot, Rapport du fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n° 1459) de M. Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, 12 mai 2004

Recommandations pour la pratique clinique, modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Haute Autorité de Santé, avril 2005

« Santé, justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice, Ministère de la Justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005

Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la DIV, nov. 2005.

« L'organisation des urgences psychiatriques dans le département du Rhône », Rapport d'inspection, DDASS du Rhône, octobre 2005

« L'hospitalisation sans consentement : l'accessibilité des soins psychiques en question ? », C. Piégay, D. Cornillon, C. Zaragoza, Bordeaux, 24 –25 novembre 2004, DIM du CH du Vinatier.

« Dispersion des durées d'hospitalisation selon les modes d'hospitalisation des patients », Analyse pour l'établissement dans son ensemble Exercice 2005, Service de l'Information Médicale, Centre Hospitalier de Saint-Egrève

Rapport d'activité et statistiques de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Rhône, DDASS du Rhône, Année 2004

Textes réglementaires et débats parlementaires

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, *Journal Officiel* n°150 du 30 juin 1990.

Circulaire DGS du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la CDHP ; Conseil Economique et Social, « Prévention et soins des malades mentaux : bilan et perspectives », 24 juillet 1997

DGS, rapports d'activité des CDHP, chiffres hors DOM-TOM, Circulaire CDHP 2000-2001.

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel* du 5 mars 2002, p. 4118 et suivantes.

Projet de loi de prévention de la délinquance

- Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, n° 433, déposé le 28 juin 2006
- Avis n° 477 déposé le 30 juin 2006 par M. Nicolas About, Commission des lois
- Projet de loi , adopté par le Sénat, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3338, déposé le 22 septembre 2006
- Projet de loi , modifié par l'Assemblée nationale, relatif à la prévention de la délinquance, n° 102, déposé le 6 décembre 2006
- Projet de loi, adopté avec modification, par le Sénat, en 2e lecture, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3567, déposé le 11 janvier 2007

Annexes

Annexe 1 - Protocole de recherche-action

Annexe 2 - Liste des personnes consultées

Annexe 3 - Le cadre légal des HO

Annexe 4 - Statistiques nationales des HSC

Annexe 5 - La mallette de l'élus d'astreinte- Exemples

Annexe 6 - Extrait du rapport de l'IGA/IGPN/IGN de mai 2004

Annexe 7 - Extraits des recommandations de la Haute Autorité de Santé, avril 2005

Annexe 8 – Des faits datés...

Annexe 9 – Schéma présentant le circuit parisien

Annexe 1 : Protocole de recherche-action

Séminaire de réflexion avec les élu(e)s	Visites sur site	
<p>Animation et analyse : Jean Furtos, Fernando Bertolotto, Pauline Rhenter</p> <p>Retranscription : Valérie Battache</p>	<p>- Déplacement pour des entretiens individuels ou collectifs avec les services internes des municipalités impliqués dans les HO ou les signalements en lien avec la santé mentale</p> <p>- Méthodologie : présentation des circuits mobilisés autour de cas typiques, problématiques et issues, obstacles et facteurs facilitant la résolution de la situation</p> <p>- Retranscription et analyse</p>	<p>- Déplacement en binôme sur site avec les acteurs mobilisés en matière d'HO et de santé mentale</p> <p>- Analyse</p> <p>- Validation et discussion en équipe puis en séminaire</p>

Grille de recueil des données

- 1) Caractéristiques de la ville (nombre d'habitants, agglomération)
- 2) Nombre d'hospitalisations d'office par année depuis 1990
- 3) Rapport entre le nombre d'hospitalisations d'office municipales et préfectorales (et HDT)
- 4) Nombre d'arrêtés provisoires municipaux confirmés
- 5) Type de problématiques pointées/Rapport aux troubles du voisinage
- 6) Profil de la population (âge/sexe)
- 7) Origine de la demande (signalement ou hospitalisation d'office)
- 8) Suites de la demande
- 9) Circuit des acteurs mobilisés dans une hospitalisation d'office
- 10) Dispositifs de gestion de la procédure (acteurs, protocole, réseau)

Sources des données quantitatives

Direction Générale des Affaires Juridiques et des Relations Administratives, ville de Roubaix

DDASS du Rhône

DDASS du Nord, Pôle Santé Publique, Service des Politiques de santé

Mission Santé Publique de la ville de Nantes

Service Promotion de la Santé, Direction Santé Publique et Environnementale de la ville de Grenoble

Bureau de la Protection du Public, Pole Signalement du Bureau de la Protection du Public, la Préfecture de Police de Paris

Infirmierie Psychiatrique près la Préfecture de Police de Paris

Service Enquête de la ville de Lyon, Direction Sécurité et Prévention

Mission Santé et Handicap de la ville de Lyon

CCAS de la ville de Montagny

CCAS de la ville de Sceaux

CCAS de la ville de Bron

CCAS de la ville de Dardilly

CCAS de la ville de Nanterre

DIM du Centre Hospitalier Le Vinatier

Grille de recueil des données de la DDASS du Rhône

SEXE: F M

ANNEE DE NAISSANCE:

1) Ville de résidence de la personne hospitalisée:

LYON
BRON
GIVORS
MONTAGNY
DARDILLY
TASSIN LA DEMI-LUNE
AUTRES

Sans domicile fixe ou connu, de passage

Si la personne est sans domicile fixe ou sans adresse connue, cocher (ci-dessus) la ville d'appartenance de l'élu municipal signataire (3213-2).

2) Ville d'appartenance de l'élu signataire (en cas d'HO 3213-2) :

LYON
BRON
GIVORS
MONTAGNY
DARDILLY
TASSIN LA DEMI-LUNE
AUTRES

3) Type d'arrêté d'hospitalisation d'office:

Direct (Article L 3213-1):

Municipal (Article L. 3213-2)

Confirmation d'un arrêté municipal

Infirmité d'un arrêté municipal

Autres articles (3213-6, 3213-7, D398CPP)

4) Etablissement hospitalier d'accueil

VINATIER
SAINT-JEAN DE DIEU
SAINT-CYR

5) Durée de l'hospitalisation d'office

inf ou égale à 72 heures

de 72 h à 15 jours

de 15 jours à 3 mois

supérieur à 3 mois

Annexe 2 : Liste des personnes consultées

1) Entretiens individuels

Jacqueline Barras, Service Enquête de la ville, Lyon

Patricia Beaugrand, Pôle signalement, Bureau de la Protection du Public, Préfecture de Police de Paris

Daniel Bérou, chef d'UPQ, Police Urbaine de proximité, 8^{ème} arrondissement de Paris

Emmanuel Bonifay, commissaire de police, Chef du Département de Police de Quartier et de la Voie Publique, Police Urbaine de proximité, 8^{ème} arrondissement de Paris

Benjamin Christau, interne en psychiatrie, Infirmerie Psychiatrique, Paris

René Enfrunt, Directeur des Transports et de la Protection du Public, Préfecture de Police de Paris

Jacques Feillard, psychiatre, chef de service, I.P.P.P., Paris

Patricia Geoffroy, directrice du CCAS de Bron

Christiane Gross, responsable des aides légales et municipales, Centre Communal d'Action Sociale de Nanterre

Eric Léger, coordinateur à l'action sociale dans la ville de Sceaux

Claire Piégay, Département d'Information Médicale, CH Le Vinatier

Alain Quéant, Contrôleur Général, Sous-Directeur de la Police Territoriale, Préfecture de Police de Paris

Claire Sellier, médecin inspecteur de la DDASS du Rhône

Jean Seltenspenger, lieutenant UPQ du quartier Madeleine, Police Urbaine de proximité, 8^{ème} arrondissement de Paris

2) Entretiens collectifs

- 18 novembre 2005 - Ville de Grenoble

Christiane Chastel Donnet, psychologue clinicienne au Service Promotion de la Santé

Didier Diebolt, responsable du service Formalités/Elections au Service des Bureaux Publics

Isabelle Gamot, responsable du Service Promotion de la Santé

Patricia Lerebourg, infirmière Service Promotion de la Santé

- 6 mars 2006- Centre Médico-psychologique – Ville de Grenoble

Patrice Baro, psychiatre

Pierre Murry, psychiatre

Edith Razafindramasina, psychiatre

Patrice Schoendorff, psychiatre

- 6 mars 2006 – Ville de Grenoble

Isabelle Bonnet, médecin inspecteur à la DDASS.

Christiane Chastel Donnet, psychologue clinicienne, Service Promotion de la Santé

Didier Diebolt, attaché principal, Direction des Bureaux Publics, Formalités administratives

Isabelle Gamot, responsable du Service Promotion de la Santé

Marina Girod de l'Ain, Maire adjointe à la santé.

Marie-Thérèse Grange, assistante sociale au Centre social.
Cyril Jacob, directeur du Service Prévention et sécurité
Jean-Luc Chomat, directeur adjoint du service santé.
Patricia Lerebourg, infirmière, Service Promotion de la Santé
Magali Vadon-Gagnaire, auditrice de justice, stagiaire à la direction Prévention Sécurité
Danielle Monet, responsable des bureaux publics, service chargé de la gestion administrative des HO.
Christine Morel, Formalités administratives, gestion des HO.
Jean-Philippe Mot, adjoint au Maire.

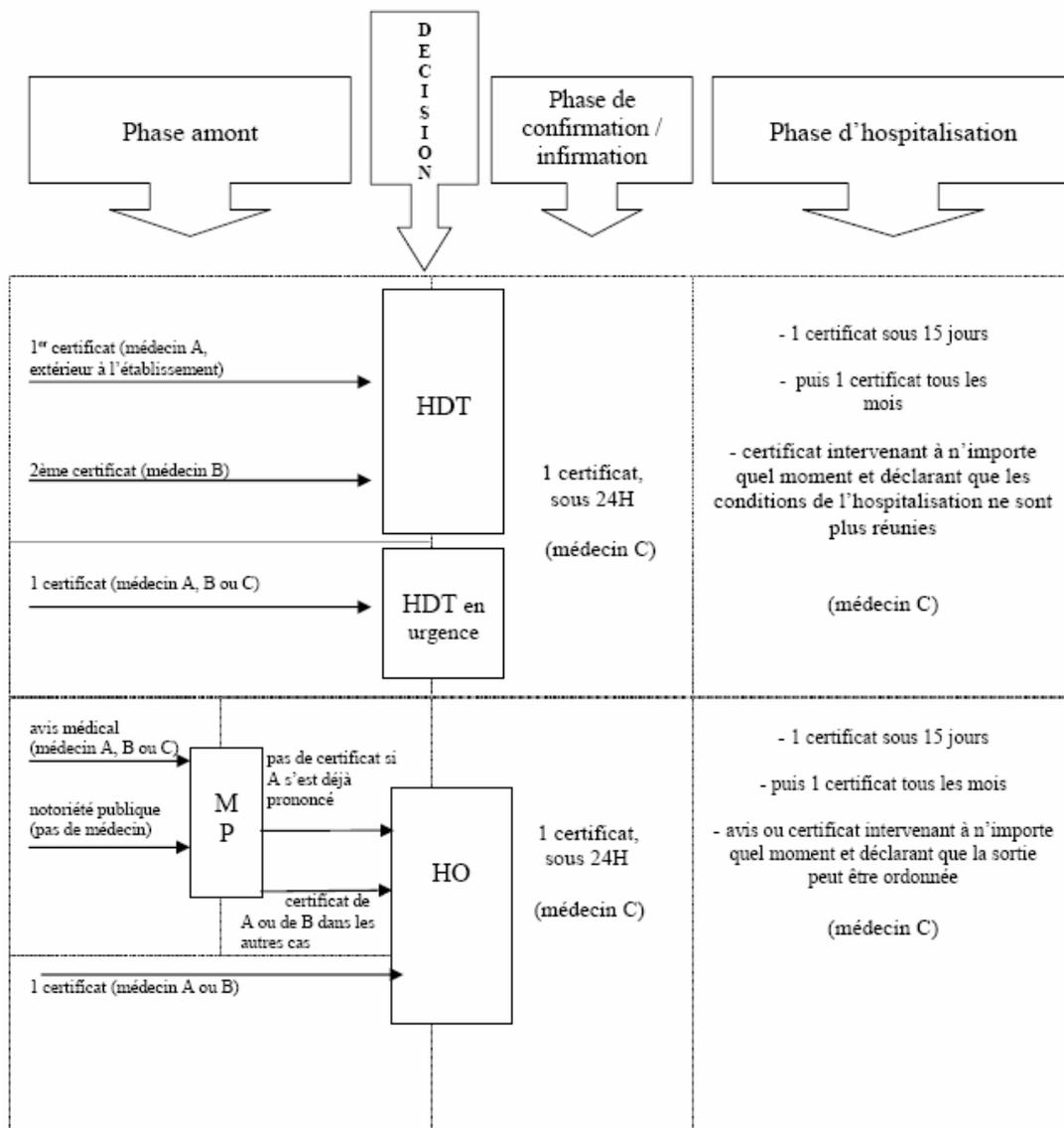
- 17 mai 2006 - Nantes

Katell Briauc, Nantes Habitat, l'Office public HLM de la Ville de Nantes.
Catherine Choquet, Maire adjointe à la santé et aux personnes handicapées
Michel Delonde, psychiatre au SMPR
Jean-Luc Durin, éducateur de santé du Pôle de psychiatrie du CHU De Nantes.
Sylvie Gauthier, directeur adjoint au CHU de Nantes et directeur référent du Pôle de psychiatrie.
Claudine Fénuce, infirmière au CMP Ouest.
Stéphane Genin, infirmier de secteur, CMP Est.
Corinne Lambert, chargée de projet en santé publique, ville de Nantes.
Vincent Legrogne, commissaire de police
Hélène Lepoivre, médecin directeur de la santé publique, ville de Nantes.
Marilyne Hervouet, infirmière coordinatrice des admissions –ICA-, Hôpital St Jacques.
Sylvie Martignat, infirmière au CMP Est.
Wilfried Martino, psychiatre hospitalier, médecin chef du secteur sud.
Eric Maska, commandant de Police et chef du service du CAR, Commissariat central de Nantes.
Guy Le Movellic, directeur juridique, ville de Nantes.
Maurice Salin, infirmier au CMP Ouest.
Isabelle Tempromogel, cadre de santé au CMP Est.
Pierre Vignal, psychiatre.

Annexe 3 : Le cadre légal des HO, schéma

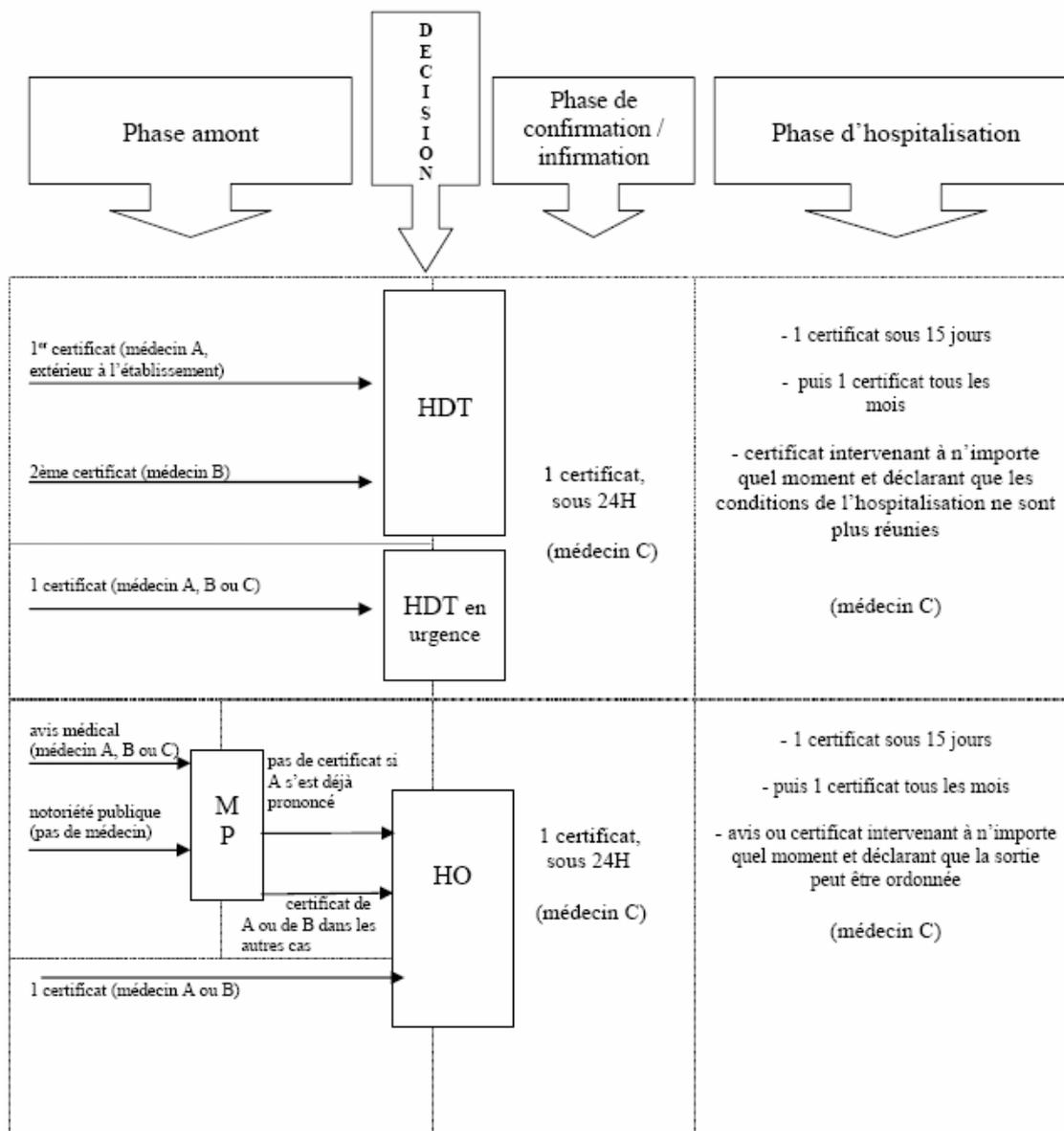
Légende :

Médecin A : extérieur à l'établissement dans lequel le patient est ou va être hospitalisé, il est généraliste ou psychiatre ou autre ;
 Médecin B : il peut être extérieur à l'établissement ou faire partie de son équipe médicale. Il est généraliste, ou psychiatre, ou autre ;
 Médecin C : psychiatre appartenant à l'établissement d'accueil.
 HO : hospitalisation d'office
 HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
 MP : mesures provisoires



Légende :

- Médecin A : extérieur à l'établissement dans lequel le patient est ou va être hospitalisé, il est généraliste ou psychiatre ou autre ;
- Médecin B : il peut être extérieur à l'établissement ou faire partie de son équipe médicale. Il est généraliste, ou psychiatre, ou autre ;
- Médecin C : psychiatre appartenant à l'établissement d'accueil.
- HO : hospitalisation d'office
- HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
- MP : mesures provisoires



Code de la santé publique

Article L3213-1

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article [L 3222-1](#) des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article [L 3222-5](#) un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles [L 3213-2](#), [L 3213-4](#) à [L 3213-7](#) et les sorties effectuées en application de l'article [L 3211-11](#) sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article [L 3212-11](#), dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article L3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le Maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article [L 3213-1](#). Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Article L3213-4

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article [L 3222-5](#).

Article L3211-11

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article [L 6121-2](#).

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

- 1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;
- 2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Annexe 4 : Statistiques nationales des HSC

Evolution des conditions légales d'hospitalisation sans consentement

107

		Hospitalisation sous contrainte de type HO			de type HDT	
Avant 1990	type d'HSC	« placement d'office »			« placement volontaire »	
	critères	- état d'aliénation - atteinte à l'ordre public ou la sûreté des personnes			aliénation mentale nécessité de traitement nécessité d'enfermement	
	certificats amont	aucun dans les textes			un, émanant d'un médecin extérieur à l'établissement aucun en cas d'urgence	
	contrôles	au 1 ^{er} mois de chaque semestre			certificat sous 24h, dans les 15 jours, puis tous les mois	
	décisions	tous les six mois				
	procédure de sortie	Décision expresse du préfet, sur avis médical			quand le psychiatre considère qu'il y a guérison, sur décision du préfet, demande de sortie par un tiers autorisé	
passerelles	Le maire peut, sur alerte du psychiatre, s'opposer à la sortie d'un placé volontaire, à charge, pour le préfet, de décider d'un placement d'office sous 15j s'il l'estime nécessaire. Le préfet peut, à tout moment édicter un ordre spécial empêchant la sortie des placés volontaires.					
De 1990 à 2002	Type d'HSC	Hospitalisation d'office	« toute mesure utile » pour les cas d'irresponsabilité pénale		HDT	
	critères	- troubles mentaux, - qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.	- application de l'art. 64 CP - compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes		troubles mentaux troubles rendant le consentement impossible nécessité de soins immédiats et d'une surveillance	
	certificats amont	Un	un		Deux, dont un de l'extérieur Un en cas d'urgence	
	contrôles	24h, 15j, 1er mois, tous les mois			sous 24h, sous 15j, au bout du 1 ^{er} mois, tous les mois	
	décisions	1er mois, 4e mois puis tous les 6 mois			tous les mois	
	procédure de sortie	- Décision du préfet - caducité automatique	Décision de deux psychiatres extérieurs, attestant que l'individu n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.			psychiatre : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies préfet : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies demande de sortie par un tiers autorisé caducité automatique
passerelles	préfet : transforme HDT en HO (voir le commentaire de la colonne HDT)	aucune			préfet : transforme HDT en HO si critères réunis (à tout moment ou 15j après suris à la sortie sur alerte du psy)	
partir de 2002	Type d'HSC	HO préfectorale classique (L3213-1 CSP)	« toute mesure utile » à la suite d'infraction pénale avec abolition discernement (L3213-7 CSP)	Mesure judiciaire d'assistance éducative à mineurs (375-9 CC)	HSC préfectorale pour détenus (L3214-3 CSP)	HDT
	critères	- troubles mentaux, - nécessité de soins, - sûreté des personnes compromise ou atteinte, de façon grave, à l'ordre public	application L122-1 CP nécessité de soins sûreté des personnes compromise ou atteinte, de façon grave, à l'ordre public	Enfance en danger, conditions d'éducation compromises, trouble mental	- troubles mentaux, - consentement impossible, - soins immédiats, - surveillance constante, - danger pour soi ou autrui	- troubles mentaux - troubles rendant le consentement impossible - nécessité de soins immédiats - nécessité d'une surveillance constante à l'hôpital
	certificats amont	Un	L'expertise psychiatrique sur laquelle s'est appuyé le juge	un	un	Deux, dont un de l'extérieur Un en cas d'urgence
	contrôles	24h, 15j, 1er mois, tous les mois	non précisé	15j, puis tous les mois	comme pou HO	24h, 15j, 1er mois, tous les mois
	décisions	1er mois, 4e mois puis tous les 6 mois	aucune	15j, puis tous les mois	idem que pour HO	tous les mois
	procédure de sortie	- Décision du préfet - caducité automatique	Décision de deux psychiatres extérieurs, attestant que l'individu n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.		idem que HO	psychiatre : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies préfet : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies demande de sortie par un tiers autorisé caducité automatique
passerelles	préfet : transforme HDT en HO (voir le commentaire de la colonne HDT)	non	les mineurs peuvent aussi être sous HO du préfet	A l'expiration de la peine, le cas échéant	préfet : transforme HDT en HO si critères réunis (à tout moment ou 15j après suris à la sortie sur alerte du psy)	

Tableau synoptique des différentes catégories d'hospitalisations sous contrainte (HSC)

IGA-IGG-IGPN

mai 2004

Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement

Annexe 5 : La mallette de l'élue d'astreinte - Exemples

Guide méthodologique pour les hospitalisations d'office d'urgence – Ville de Grenoble - 12 avril 2002	
<p>L'Hospitalisation d'Office d'Urgence est une mesure législative (Article Code Santé Publique L 3213.2 ORD. N° 2000.548 du 15 juin 2000). Elle fait partie des pouvoirs de police sanitaire du Maire.</p> <p>Mesure coercitive et provisoire dont le but est de préserver l'ordre public devant un comportement non responsable mettant en danger la personne ou autrui. Elle reste une solution d'exception devant les personnes atteintes de troubles mentaux quand le droit commun n'est plus adapté à la situation d'urgence.</p> <p>A la ville de GRENOBLE, c'est le service de la Promotion de la Santé qui est chargé du recueil des informations pour mener à bien cette hospitalisation. En relation avec le service des Bureaux Publics dans l'objectif de réaliser l'hospitalisation le plus rapidement possible.</p>	
I	<p><u>L'objet</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Décrire les différentes étapes nécessaires à la collecte d'informations pour estimer au plus juste les notions:<ul style="list-style-type: none">- de trouble mental manifeste- de danger imminent pour la sûreté des personnes, (danger imminent pour les autres, danger imminent pour la personne elle même)- d'un rapport de cause à effet entre les 2 critères afin de permettre au maire ou à son adjoint de prendre les mesures provisoires nécessaires (code de la santé publique L.3213-2).
II	<p><u>Le Contenu</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Enquête (cf. Annexe 1) Il est capital de recueillir le maximum de renseignements sur la personne concernée et son environnement pour pouvoir évaluer au mieux l'état médical et les ressources pouvant être sollicitées.✓ Informations à recueillir sur la personne et son entourage<ul style="list-style-type: none">- Coordonnées de la personne signalée : nom, prénom, nom d'usage, date de naissance, adresse précise (pour retrouver un logement sans marque d'identification précise, digicode, ...), n°téléphone- Des renseignements sur la connaissance de cette personne par le secteur psychiatrique : antécédents auprès du : CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE ST Egrève ou Hôpital SUD si la personne a déjà été hospitalisée- Coordonnées de la famille (parents, fratrie, enfants) ou des proches de la personne signalée : nom, prénom, adresse- Coordonnées d'un voisin plaignant pouvant confirmer que la personne est présente si intervention prévue- Coordonnées du responsable civil si personne protégée (préciser tuteur ou curateur)✓ Informations à recueillir sur le signalement : vérifier les dires, estimer l'imminence du danger, le trouble mental<ul style="list-style-type: none">- Origine de la demande- Nature de la demande- Nature des faits par des témoignages écrits descriptifs des personnes signalant ou témoins de la situation : date, faits, mots, attitudes- l'existence d'un trouble mental relevant de la psychiatrie (attesté par un avis médical ou mieux par un certificat médical)✓ Identifier les intervenants sur le terrain<ul style="list-style-type: none">• Le réseau médico-social :<ul style="list-style-type: none">- Assistante Sociale soit la sous-direction des circonscriptions, ou soit le CCAS pour les personnes âgées ;- Médecin traitant ;- Médecin spécialiste psychiatre.• Les autres intervenants connus :<ul style="list-style-type: none">- la police nationale;- les voisins ;- le plaignant.

Transmission des renseignements au Bureaux Publics si l'hospitalisation d'urgence est envisagée à Madame XXXXXXXXX

Transmettre au service Formalités Administratives tous les documents : certificats, témoignages.

Le service Formalités Administratives s'occupe des dispositions pratiques :

- rédaction et signature de l'arrêté municipal
- réquisition d'un serrurier, de la police
- trouver une place dans un établissement qui assurera le transport de la personne
- transmission des mesures au Préfet

III Le domaine d'application

- Les pouvoirs du maire sont limités à sa ville.
- Champs d'application : **3 éléments cumulatifs obligatoires** sont nécessaires pour initier la procédure
 - l'existence d'un **trouble mental** relevant de la psychiatrie (attesté par un avis médical ou mieux par un certificat médical),
 - la notion d'**urgence** et même d'imminence (faits décrits récents, danger imminent pour les autres ou contre soi-même),
 - le comportement **dangereux**.

- Deux types de procédure d'hospitalisation

- Avis médical :

Il est établi par tout médecin inscrit à l'ordre, même non spécialiste, même s'il s'agit d'un médecin de l'hôpital d'accueil du malade.

Le médecin peut établir un avis alors qu'il n'a pu rencontrer le malade en se basant sur la connaissance de son dossier.

Il doit être signé et comporter le numéro d'enregistrement du médecin à l'ordre.

Il doit contenir la **description** d'une pathologie mentale, préciser les **faits directement constatés ou rapportés** qui décrivent un danger imminent, conclure à la nécessité d'une hospitalisation d'urgence.

Toute imprécision, tout manque d'information conduira à demander des compléments ou à refuser l'hospitalisation.

- Eléments de notoriété :

témoignages écrits et signés, plaintes de voisinage, procès-verbaux de police, relevé de main courante, simples lettres...

Ces éléments doivent permettre de conclure que la personne en cause est atteinte de troubles mentaux et que son comportement présente un **danger imminent pour elle ou pour autrui**.

- Le Maire doit pouvoir faire le partage entre des comportements qui relèvent de la psychiatrie et ceux qui relèvent d'autres pathologies comme l'alcoolisme, la drogue, la délinquance ...

IV Les documents associés

- fiche dossier de l'unité de promotion de la santé (fiche individuelle de signalement)
- Liste des CMP de Grenoble et limite de leur secteur d'intervention
- Liste des circonscriptions d'action sociale

V Les références

- Le Maire détient depuis toujours des pouvoirs de police à l'égard des aliénés.

Ainsi , le Code général des Collectivités Territoriales a repris dans son article **L. 2212-2** les dispositions anciennes du Code des Communes : « **le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés ;** »

- Arrêté du Maire Code Santé Publique **L 3213-2** ORD. N°2000.548 du15/06/2000

« **En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou à défaut par la notoriété publique, le Maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office...** »

Seule la notion de "**danger imminent**" requiert les pouvoirs attribués au Maire (dont ceux de police sanitaire).

Les autorités administratives ont une compétence partagée mais complémentaire dont la mise en œuvre est plus ou moins difficile.

Le **Maire** ne peut connaître que des **situations d'urgence** motivée par la dangerosité du comportement du malade. L'urgence motive que le Maire ne vise qu'un avis médical plus facile à obtenir ; voire dans le cas de la notoriété que son action se passe de l'intervention d'un médecin. La mesure est provisoire, elle ne dure que quarante-huit heures.

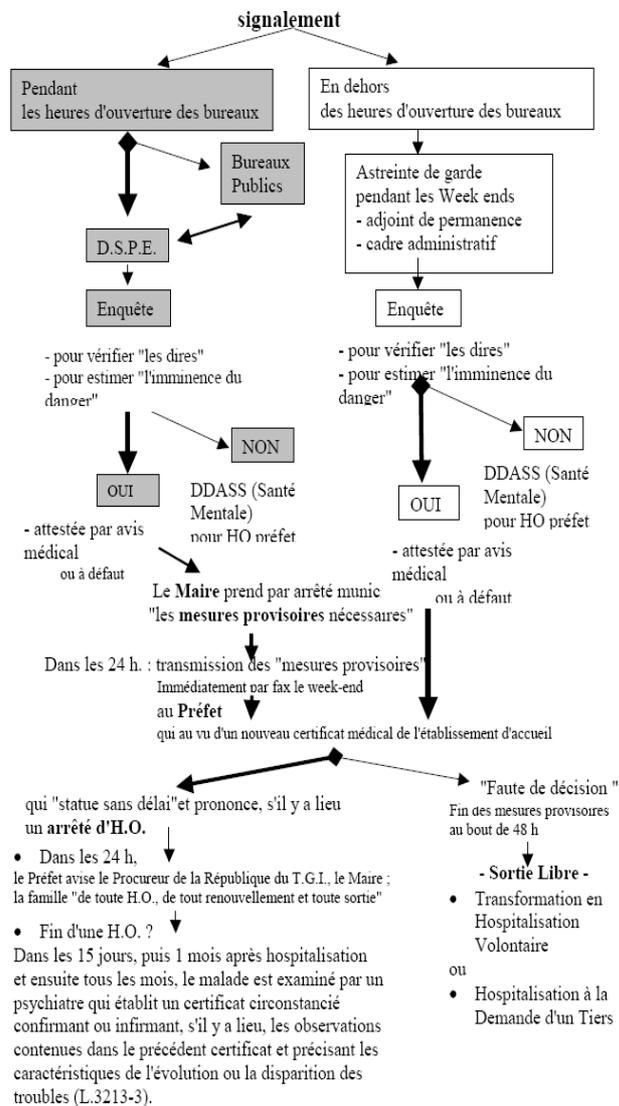
A l'inverse, le **Préfet** est compétent dès qu'il y a trouble à l'ordre public, *qu'il y ait danger ou non*. Il doit cependant, disposer d'un **certificat médical d'un médecin extérieur à l'hôpital**, plus difficile à obtenir.

Pour toute autre procédure de prise en charge, vous pouvez solliciter le **service Santé Mentale de la DDASS**.

LOGIGRAMME de la mallette d'astreinte – VILLE DE GRENOBLE

- Algorithme décisionnel où

- tâche = rectangle, (la procédure concernant directement la DSPE = rectangles grisés)
- enchaînements = flèches,
- alternatives = losanges.



III HOSPITALISATION D'OFFICE

Article L3213-2 du Code de la Santé Publique
(ci-joint, en annexe)

I / LE ROLE DE L'ADJOINT DE PERMANENCE:

A/ Le principe :

1. L'adjoint d'astreinte de la Mairie Centrale, délégué par Monsieur le Maire est seul compétent, pour la mise en œuvre de cette procédure.
2. Les agents de la Police Nationale sollicitent son intervention, lorsqu'une personne révèle des troubles mentaux manifestes qui font courir **un risque imminent** pour la sûreté des personnes ou pour lui même.
3. La personne doit avoir été interpellée **sur le territoire de la Ville de Lyon** (sinon, c'est le Maire de la commune concernée qui doit prendre en charge la procédure).

B/ Les formalités :

L'adjoint d'astreinte doit remplir, signer un réquisitoire et y apposer le sceau de la Mairie (imprimé et tampon disponibles dans la serviette d'astreinte).

Ce document permet d'une part, de soumettre l'intéressé à un examen médical et d'autre part, de procéder si nécessaire, à son hospitalisation d'office.

Remarques :

Le réquisitoire est un support administratif important.

Il est utilisé par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale qui prend, par la suite, l'**arrêt d'internement**.

Il est donc essentiel d'être rigoureux au moment de la rédaction de ce document notamment, de **vérifier les dates et lieux mentionnés et de veiller à orthographier les noms correctement**.

2 / LA PROCEDURE :

En règle générale, les agents de police **ont transporté la personne à l'hôpital** pour qu'elle soit examinée rapidement.

Les différentes opérations administratives se règlent alors par transmission de télécopies.

1. L'adjoint complète le réquisitoire à l'aide des informations contenues dans l'avis médical qui lui aura été préalablement communiqué.
2. Il donne le 1^{er} feuillet à l'hôpital, le 2^{ème} au médecin qui examine le patient. Il conserve le dernier feuillet et le double de l'avis médical.
3. Ces documents devront être transmis ensuite, **sans délai**, par fax, au Service des Enquêtes de la Direction de la Sécurité et de la Prévention.

Attention !!! MENTIONS OBLIGATOIRES

Sur le réquisitoire :

- La date précise (jour, année) et heure de la réquisition.
- Les nom, prénom et date de naissance du malade (lisibles et correctement orthographiés).
- Les nom, prénom et adresse du médecin.
- Les nom, prénom de l'adjoint qui remplit le document.
- Le nom du centre hospitalier choisi (les 3 seuls possibles sont : le CHS Saint Jean de Dieu à Lyon 8ème, le CHS du Vinatier à Bron, le CHS de Saint Cyr au Mont d'Or).

Sur l'avis médical:

- La date, l'heure et le lieu de l'intervention.
- Le résumé chronologique et les symptômes du malade (sans toutefois fournir d'indication sur son état de santé).

Annexe 6 : Extrait du rapport de l'IGA/IGPN/IGN de mai 2004

Les propositions du rapport IGA/IGPN/IGN de mai 2004

1. Donner plus de cohérence au dispositif des hospitalisations sous contrainte en :

- instaurant des mesures initiales d'hospitalisation par le Maire ou le Préfet et une phase d'observation et de diagnostic de soixante-douze heures minimum permettant de confirmer ou d'infirmer la décision prise ;
- instituant une obligation de soins, qui remplacerait l'actuelle hospitalisation à la demande d'un tiers, distincte de l'hospitalisation d'office. Aucune superposition ne serait par ailleurs possible entre les deux régimes, les personnes dangereuses ne pouvant être prises en charge que sous contrainte, même si le passage de l'un à l'autre demeurerait envisageable ;
- supprimant les incohérences du régime d'hospitalisation des personnes dangereuses à l'encontre desquelles les poursuites pénales ont été abandonnées ;
- aménageant les régimes d'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux afin de mieux protéger l'ordre public.

2. Faciliter le travail des acteurs de terrain en :

- renforçant le rôle du Maire, qui serait désormais chargé, en premier chef, des décisions initiales d'hospitalisation d'office ;
- instituant une procédure d'alerte par les psychiatres de secteur ;
- permettant l'accès au domicile du malade pour faciliter la mise en oeuvre des mesures initiales d'hospitalisation d'office ;
- clarifiant les responsabilités en matière de transport des malades : les équipes sanitaires, et non plus les forces de l'ordre, en seraient ainsi chargées ;
- mettant un terme à l'extra-territorialité des aéroports de Roissy-Charles-de-Gaulle et du Bourget pour en restituer la responsabilité au département de Seine-Saint-Denis en matière d'hospitalisation d'office.

3. Renforcer la prise en compte des impératifs de sécurité publique aux stades de l'instruction et de la décision administratives en :

- confiant la compétence en matière d'hospitalisation d'office au directeur de cabinet du Préfet ;
- enrichissant les informations contenues dans les dossiers présentés à l'autorité préfectorale pour signature ;
- reconnaissant au Préfet le pouvoir de demander des contre-expertises médicales des personnes hospitalisées ;
- créant un fichier national des hospitalisations d'office pour mieux exploiter les informations disponibles, notamment dans le domaine de la législation sur les armes.

4. Améliorer les modalités d'hospitalisation dans la perspective d'une meilleure prise en compte des impératifs de sécurité publique en :

- réorganisant le régime des sorties d'essai ;
- appliquant plus rigoureusement les règles relatives aux autorisations de sortie de courte durée des personnes hospitalisées d'office ;
- définissant la notion de fugueur et en prévoyant les moyens de réaction appropriés ;
- précisant les limites géographiques des établissements afin de n'autoriser leur franchissement qu'aux titulaires d'autorisation.

Annexe 7 : Extraits des recommandations de la Haute Autorité de Santé, avril 2005.

Hospitalisation sans consentement : une dérogation au principe général du consentement

La législation française, depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique.

Le consentement aux soins s'inscrit de façon dynamique dans le développement d'une relation thérapeutique. Il n'a pas de caractère définitif et peut varier dans des intervalles de temps très courts chez les patients atteints de troubles mentaux, car leur conscience des troubles peut fluctuer au cours du temps, en particulier s'ils sont psychotiques.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, modifiée par la loi du 4 mars 2002, conserve donc toute son actualité et sa pertinence. Elle considère que c'est l'absence de soins qui crée préjudice au patient remplissant les conditions prévues par cette loi et non pas leur mise en oeuvre autoritaire. Elle ne distingue pas l'obligation de soins de la contrainte par l'institution hospitalière (hospitalisation à temps plein ou sorties d'essai). Son préambule rappelle que le consentement aux soins demeure la règle et que le recours à la contrainte doit rester l'exception.

L'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement n'est pas bien étudié, mais ne serait pas à négliger. Il est donc utile de rappeler que la décision d'hospitalisation sans consentement doit être limitée au strict nécessaire.

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et le procureur de la République veillent à ce que le patient bénéficie effectivement de soins et que le maintien à l'hôpital ne relève pas de la rétention arbitraire.

La participation de l'environnement familial et social à la mise en oeuvre d'une hospitalisation sans consentement et sa nécessaire implication dans les soins sont peu évoquées dans la littérature. En particulier, les difficultés pouvant résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement rédigée par un tiers directement impliqué dans la relation avec la personne du fait de certaines pathologies (paranoïa) ou situations (conflit conjugal ou familial) ne sont pas mentionnées. Ces difficultés semblent pourtant fréquentes.

I.4. Cadre légal

La loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, est reprise dans les articles L.3212-1 et suivants, L.3213-1 et suivants du Code de la santé publique (www.ordmed.org) qui définissent le champ et les modalités d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Il existe 2 types d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).

Pour l'HDT, la loi se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Pour l'HDT d'urgence, elle introduit la notion de péril imminent, c'est-à-dire de risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation.

Pour l'HO, elle se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- la nécessité de soins ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Dans la loi, il n'existe pas de critères pour définir la nécessité de soins. Il est donc recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié.

Contrairement à d'autres pays, la loi n'écarte a priori aucun diagnostic psychiatrique.

Annexe 8 - Des faits datés

Le 14 décembre 2005, la Cour Administrative d'Appel de Paris, dans une affaire *Blin*, a rappelé l'exigence que les faits qui figurent dans les arrêtés soient datés –il s'agit d'un arrêté préfectoral mais il n'est pas exclu que cette jurisprudence puisse s'étendre aux arrêtés municipaux. Il est vrai que le juge administratif n'est pas juge du fait mais la Cour a annulé l'arrêté comme insuffisamment motivé au motif que les circonstances de l'espèce non datées, ne permettaient pas un contrôle suffisamment libre.

4-La technique de motivation : la motivation directe ou par référence

La motivation directe a fait l'objet d'un rappel par le Conseil d'Etat dans un arrêt du 28 juillet 2000 (affaire *Eric*). Il s'agit là d'un arrêt de principe, d'ailleurs un arrêt d'assemblée sous sections réunies, qui a expressément indiqué que les arrêtés préfectoraux doivent être motivés en énonçant de façon précise les circonstances de fait qui ont motivé la décision. L'arrêt constate que l'arrêté préfectoral était suffisamment motivé dans son énoncé quand bien même les certificats médicaux sur lesquels il s'appuyait n'étaient pas annexés à la décision. Il a donc écarté la question de la légalité de la motivation par simple référence, utilisée massivement par l'administration depuis les années 70.

Avant les années 1970, les arrêtés étaient motivés à la main de façon très consciencieuse au niveau des faits ; à partir de 1970 avec l'accroissement des techniques de « coupé/collé » sur les machines électroniques, on a eu la généralisation d'arrêtés pré-imprimés et de motivation par simple référence. Le principe de la motivation par référence simple avait été validé par le Conseil d'Etat dans un vieil arrêt de 1911, et rappelé en 1984 dans une affaire *Léoni*. Mais c'est surtout par un arrêt de section que le Conseil d'Etat a été appelé à réaffirmer sa doctrine le 31 mars 1989 dans un arrêt concernant Monsieur L., commenté à l'AJDA par différents conseillers d'Etats. A cette époque, bien que la loi de 1979 ait été promulguée, bien que la Convention Européenne s'applique, le Conseil d'Etat considérait que le fait que la personne hospitalisée n'ait pas accès à la motivation contenue dans les certificats médicaux lorsque les arrêtés étaient motivés par simple référence, importait peu. Le contentieux s'est développé sur cette question et a abouti à des situations très curieuses inaugurées par le Tribunal Administratif de Caen en 1992 qui a considéré que le principe du secret médical ne permettait pas au juge administratif d'accéder lui-même aux certificats médicaux justifiant les mesures, si la personne ne l'y autorisait pas. Le tribunal n'était donc pas en état de vérifier la légalité de la mesure et a rejeté la requête. Le Conseil d'Etat s'est saisi de la question, a effectivement pendant un certain nombre d'années suivi le Tribunal Administratif de Caen. Ca a provoqué un certain nombre de nouvelles décisions :

- Le TA de Dijon le 5 janv. 1993 va prohiber la motivation par référence (« une référence implicite ne peut être admise en ce domaine sans vider l'obligation de motivation de son contenu »). Le 7 février 1991, le TA de Rennes avait déjà prohibé la motivation par simple référence sans qu'il y ait appropriation des motifs expressément indiqués dans l'arrêté et sans qu'il y ait une annexion précisée dans l'arrêté du certificat médical fondant la décision¹⁰³.

- Un arrêt a été pris par la Cour Administrative d'appel de Paris le 7 juillet 1998, qui s'est saisie de la Convention Européenne de sauvegarde et du Pacte international de l'ONU sur les droits civils et politiques pour insister sur la nécessité d'informer désormais le patient. Elle avait censuré l'arrêté au motif qu'il ne prévoyait pas les modalités d'information alors qu'il était simplement motivé par référence à un certificat médical. Cette affaire a permis quand même de faire évoluer les choses puisque le commissaire du gouvernement, Madame Mireille H. à l'époque, était allée jusqu'à soutenir qu'il devait y avoir annulation parce que le code de la santé publique n'était pas conventionnel parce qu'il ne prévoyait aucune modalité d'information des personnes en cas de motivation par simple référence de ce genre (alors que c'était une pratique constante).

- La cour administrative d'appel de Marseille par un arrêt du 6 juillet 2000, affaire des époux : annulation de l'arrêté municipal et préfectoral motivé par simple référence.

- D'après un arrêt de principe du 9 nov.2001, arrêt *Deslandes*, il ne peut y avoir motivation par référence que s'il y a expressément annexion, mention d'annexion et appropriation des motifs figurant à la décision (arrêt publié avec les conclusions du commissaire du gouvernement aux Petites affiches du 5 avril 2000).

La situation actuelle est marquée par un début de sanction des décisions des Maires (cf. le jugement du TA de Marseille qui sanctionne un arrêté du Maire de Montpellier du 29 mars 2004, motivé par référence sans appropriation de motif et sans annexion, et un jugement du TA de Versailles du 25 novembre 2004 qui va dans le même sens.

L'état actuel du droit valide donc la motivation par simple annexion, à condition qu'il y ait mention expresse de l'annexion.

Un arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris a d'ailleurs considéré que toutes les pièces visées, y compris les arrêtés

¹⁰³ Voir ici l'article publié par Philippe Bernardet et Elisabeth Bernard dans la revue de Droit Sanitaire et Social.

précédents devaient être remis à la personne lorsque c'est un arrêté de maintien ; toutes les annexes doivent être à ce moment là remises à la personne au moment de la notification de la décision.

Annexe 9 - Schéma présentant le circuit parisien

