

## Etude descriptive des modalités d'hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital Razi.

Rym Rafrafi, Haifa Bergaoui, Nesrine Bram, Lilia Bahrini, Leila Robbana, Wahid Melki, Zouheir El Hechmi.

Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, CHU Razi, Service de psychiatrie F, 2010, La Manouba, Tunisie.

R. Rafrafi, H. Bergaoui, N. Bram, L. Bahrini, L. Robbana, W. Melki, Z. El Hechmi

R. Rafrafi, H. Bergaoui, N. Bram, L. Bahrini, L. Robbana, W. Melki, Z. El Hechmi

Etude descriptive des modalités d'hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital Razi.

A descriptive study of the procedures of psychiatric admissions at Razi hospital.

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°10) : 583-588

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°10) : 583-588

### R É S U M É

**Prérequis :** La loi 92-83, a permis d'établir le droit des malades mentaux au respect de leur liberté individuelle et aux soins adaptés. Cependant certaines lacunes ont abouti à sa révision par la loi 2004-40.

**But :** Etudier l'évolution du nombre des hospitalisations avec ou sans le consentement entre les années 2000 et 2009.

**Méthodes :** Etude rétrospective portant sur les archives de l'unité de santé mentale de l'hôpital Razi. La population étudiée comporte les patients hospitalisés sous le mode libre ou sous contrainte que ce soit d'office ou à la demande d'un tiers

**Résultats :** Une progression croissante du nombre des hospitalisations sans le consentement de 2000 à 2009 a été notée. Le nombre des hospitalisations d'office était passé de 1048 à 1443 et celui des hospitalisations à la demande d'un tiers, de 22 patients à 1323. Ainsi, le nombre d'hospitalisations libres a diminué alors que celui des hospitalisations sans le consentement a augmenté aboutissant à un nombre total d'hospitalisations a peu près constant. Le sexe ratio a augmenté pour les hospitalisations d'office passant de 2,04 à 5,83, alors qu'il a diminué pour les hospitalisations à la demande d'un tiers passant de 10 à 1,7.

Les hommes étaient hospitalisés d'office plus qu'à la demande d'un tiers, à l'inverse des femmes.

**Conclusion :** Le recours progressif aux hospitalisations sous contraintes plus qu'aux hospitalisations libres dénote-il d'un souci du respect de la législation ou d'un abus dans la privation de la liberté des malades?

### S U M M A R Y

**Background:** The law 92-83, has established the rights of the mentally ill to respect for individual freedom and to appropriate care. However some gaps in its implementation led to the revision by Act 2004-40.

**Aim:** To study the evolution of the number of admissions with and without consent (hospitalizations at the request of a third party and compulsory hospitalizations), between 2000 and 2009.

**Methods:** Retrospective study of the archives of the mental health unit of Razi hospital. The study population included inpatients under the mode of voluntary and involuntary admission either compulsory hospitalizations or at the request of a third party.

**Results:** An increase in the number of hospitalizations without the consent from 2000 to 2009 was noted. The number of compulsory hospitalizations and the one of hospitalizations at the request of a third party rose respectively from 1,048 to 1,443 and from 22 to 1,323. So the number of free hospitalizations has decreased while the number of involuntary hospitalizations has increased, leading to a constant number of total hospitalizations. The sex ratio for compulsory hospitalizations has increased from 2.04 to 5.83 while it markedly decreased for hospitalizations at the request of a third party (from 10 to 1.7). Men, unlike women, were more likely to be hospitalized compulsorily than at the request of a third party.

**Conclusion:** There is a larger use of hospital admissions under constraints than free ones; is it due to a concern for the respect of law or an abuse in the deprivation of freedom for some patients?

### M o t s - c l é s

Santé mentale, Hospitalisation, Législation comme sujet, Urgences, Droits de l'homme.

### Key - w o r d s

Mental health, Hospitalization, Legislation as topic, Emergencies, Human rights.

Le malade mental a connu différents statuts: d'un marginal assimilé à un hors la loi, emprisonné, à celui d'un aliéné déshumanisé, il a fini par rejoindre la communauté et le droit humain. L'institution de lois relatives à la santé mentale a réglementé son statut et sa prise en charge. La législation en matière de santé mentale en Tunisie, s'est progressivement mise en place depuis l'époque beylicale. D'abord par le décret beylical du 9 Avril 1953 qui était inspiré de la loi française de 1838 jusqu'en 1953, date où les premiers textes de base ont été mis en place. Néanmoins les droits des malades mentaux et les libertés individuelles n'étaient pas pris en considération dans cette réglementation. Il a fallu attendre l'année 1992 pour combler ces défaillances. En effet, la loi 92-83 du 3 Août 1992 est venue marquer l'histoire des lois relatives à la santé mentale. Elle a établi le droit des malades mentaux au respect de leur liberté individuelle, aux soins adaptés ainsi qu'à toutes les mesures permettant leur réinsertion socioprofessionnelle et leur protection de toute forme d'abus et d'exploitation. Elle a fixé aussi les structures habilitées à accueillir et à soigner ces patients. La référence au consentement nécessaire pour tout soin en psychiatrie et au libre arbitre pour l'hospitalisation comme pour la sortie, constitue un apport fondamental dans le respect des droits du malade mental. Par ailleurs, cette même loi a réglementé l'hospitalisation sans le consentement des patients qui sont incapables de donner leur accord aux soins et qui présentent une dangerosité pour eux même ou pour autrui. Ainsi cette loi a permis de protéger le droit des malades mentaux et celui de leurs concitoyens.

Cependant, l'applicabilité de cette loi était limitée dans certaines situations dont principalement l'urgence (la procédure d'hospitalisation sous contrainte nécessitait un délai incompressible même devant un danger imminent), la continuité des soins notamment à l'échelle du secteur ou des conditions de sorties des patients médico-légaux ayant bénéficié d'un non lieu pour cause de démence. La loi 92-83 a été complétée par la loi 2004-40 du 3 Mai 2004, avec comme principaux buts la consolidation de la sectorisation, le renforcement des garanties de sécurité pour les malades mentaux médico-légaux autant pour la sortie que pour le suivi et l'assouplissement de la procédure d'hospitalisation sous contrainte en urgence. Quels sont donc les effets sur la pratique hospitalière ?

Objectif :

Etudier l'évolution du nombre des hospitalisations avec consentement (HL) ou sans consentement (HSC) entre les années 2000 et 2009 afin d'analyser l'état des lieux et de cerner l'éventuel impact des évolutions sociales et des textes législatifs relatifs à la santé mentale.

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les archives de l'unité de santé mentale de l'administration de l'hôpital Razi sis à La Mannouba. Cet hôpital est l'unique structure du nord de la Tunisie pouvant prodiguer des soins mentaux intra-hospitaliers. La population étudiée a comporté la totalité des patients

hospitalisés (admissions et réintégrations) à l'hôpital Razi, sous le mode d'hospitalisation libre (HL) ou sous contrainte (d'office(HO) ou à la demande d'un tiers(HDT)) conformément aux articles de la loi 92-83 du 3 Août 1992, durant la période s'étalant du 1er Janvier 2000 jusqu'au 31 Décembre 2003 et conformément aux articles de la loi 2004-40 durant la période s'étalant du 1er Janvier 2004 au 31 Décembre 2009. Les données ont été recueillies à partir de la base de données du service de santé mentale de l'administration de l'hôpital Razi. Ce travail a comporté :

-Une étude descriptive de l'évolution des différentes modalités d'hospitalisation avec le consentement (HL) et sans le consentement (HSC) (HSC=HDT+HO) pour la période s'étalant de 2000 à 2009 et de l'évolution du ratio HDT/HO.

-Une étude comparative entre HO et HDT selon la moyenne des variables étudiées sur la décennie 2000-2009.

L'évolution des variables quantitatives dans le temps a été étudiée à l'aide du test de corrélation bivariée de Spearman ( $r$ ). Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test de « Student indépendant » en cas de comparaison de moyenne entre deux groupes et d'une analyse de variance (ANOVA) en cas de comparaison entre 3 groupes. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de khi-deux et/ou du test exact de Fisher. Un seuil de significativité  $p < 0,05$  a été retenu.

## RESULTATS

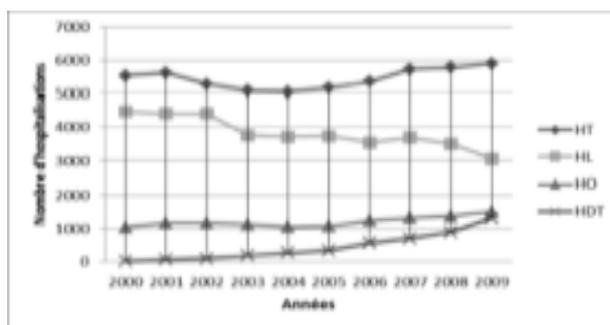
### 1. Évolution des différentes modalités d'hospitalisation :

#### 1.1. Évolution brute des hospitalisations :

L'évolution des différentes modalités d'hospitalisation (figure 1) était la suivante :

Pour les HL, leur nombre a diminué passant de 4469 en 2000 en 3057 en 2009 ( $r = -0,929$ ;  $p = 0$ ).

**Figure 1 :** Evolution du nombre des HT, HL, HO et HDT pour la décennie 2000-2009.



Pour les HO, leur nombre a augmenté passant de 1048 en 2000 à 1512 en 2009 ( $r = 0,815$  ;  $p = 0,004$ ).

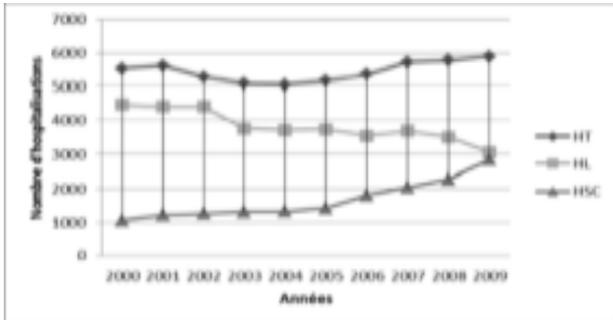
Pour les HDT, leur nombre a augmenté passant de 22 en 2000 à 1323 en 2009 ( $r = 0,947$  ;  $p = 0$ ).

Ainsi le nombre total d'hospitalisations était constant ( $r = 0,447$  ;  $p = 0,195$ ).

Le taux des HSC a augmenté de 2000 à 2009 passant de 19,3 à 48,11% ( $r = 0,958$ ,  $p = 0$ ) alors que le taux des HL a diminué

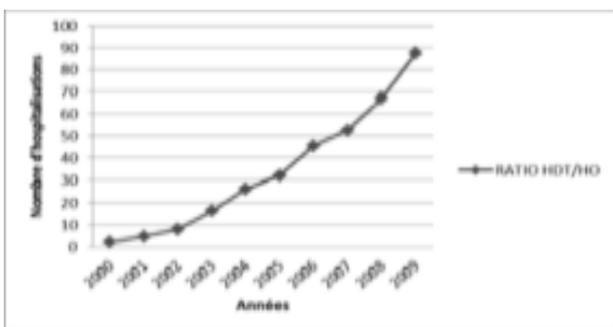
passant de 80,6% en 2000 à 51,88% en 2009 ( $r=-0,962$  ;  $p=0$ ). (Figure2).

**Figure 2:** Evolution du nombre des HT, HL et HSC pour la décennie 2000-2009.



Le ratio HDT/HO était en augmentation progressive de 2000 à 2009 ( $r=0,976$  ;  $p=0$ ) (figure 3).

**Figure 3:** Evolution du ratio HDT/HO pour la décennie 2000-2009.



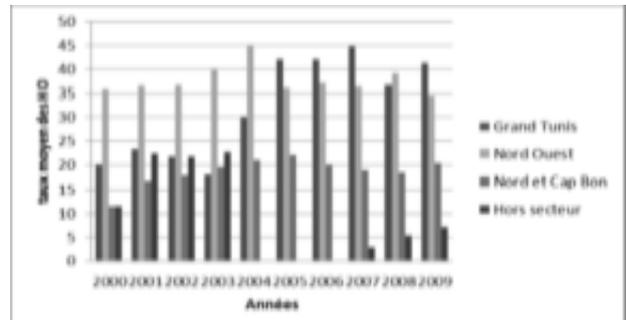
**1.2. Évolution des modalités d'hospitalisation selon le sexe**  
 A noter qu'il y avait une prédominance masculine pour les HO et pour les HDT ( $p=0,00$ ).  
 De 2000 à 2009, il y avait aussi une progression du nombre total d'hommes hospitalisés sous contrainte (HSC) passant de 704 à 1232 pour les HO et de 20 à 561 pour les HDT. Pour les femmes, le nombre d'hospitalisations sous contrainte était en augmentation pour les HDT, passant de 2 femmes en 2000 à 317 femmes en 2009, et en diminution pour les HO passant de 344 en 2000 à 211 en 2009.

**1.3. Évolution des modalités d'hospitalisation selon le gouvernorat d'origine :**

Pour les HO ; de 2000 à 2004, le Nord-Ouest occupait le premier rang, suivi du Grand Tunis avec le hors secteur puis du Nord et le Cap Bon. A partir de 2004, le Grand Tunis s'est classé en premier suivi du Nord-Ouest ; du Nord ; du Cap Bon, et du hors secteur. A compter de 2007, une recrudescence des HO hors secteur a été notée. Ce nombre était passé progressivement de moins de 1% en 2006 à 7,2% en 2009. (Figure 4)

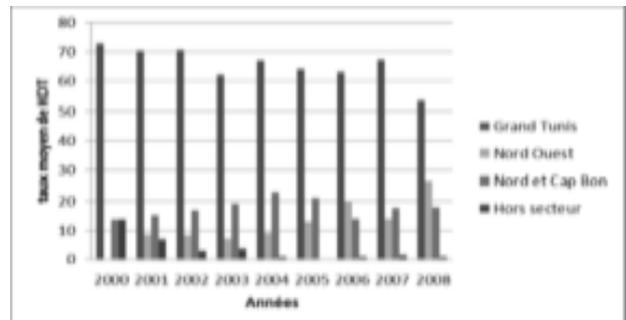
La différence des taux moyens sur la décennie étudiée des HO entre le Grand Tunis, le Nord-Ouest, le Nord et le Cap Bon, n'était pas statistiquement significative. (Figure 4)

**Figure 4:** Répartition du taux moyen des HO selon l'année et le gouvernorat.



Pour les HDT, de 2000 à 2005 et en 2007, le Grand Tunis occupait le premier rang, suivi du Nord avec le Cap Bon, du Nord-Ouest et du hors secteur en dernière position. En 2006 et 2008, le Nord-Ouest était classé en deuxième position après le Grand Tunis et avant le Nord et le Cap Bon. (Figure 5) Une différence statistiquement significative a été trouvée entre les taux moyens sur la décennie étudiée des HDT au Nord-Ouest et au Grand Tunis ( $p<0,01$ ) et entre le taux des HDT du Nord-Ouest et du hors secteur ( $p<0,05$ ). (Figure 5)

**Figure 5:** Répartition du taux moyen des HDT selon l'année et le gouvernorat.



**2. Comparaison entre HO et HDT : (tableau 1)**

**2.1. Selon le sexe :**

Les hommes étaient plus fréquemment hospitalisés selon le mode HO que selon le mode HDT ( $p=0,03$ ). Les femmes étaient plus fréquemment hospitalisées selon le mode HDT que selon le mode HO ( $p=0,03$ ). (Tableau 1)

Le sexe ratio, pour les HO, a presque triplé passant de 2,04 en 2000 à 5,83 en 2009 ( $p=0,019$ ) à l'inverse de celui des HDT, qui a diminué progressivement passant de 10 en 2000 à 1,7 en 2009 ( $p=0,008$ ). Il y avait une différence statistiquement significative entre le sexe ratio moyen des patients hospitalisés selon le mode HO (4,7) par rapport au mode HDT (2,9) ( $p=0,04$ ).

**Tableau 1** : comparaison entre les mode d'hospitalisation d'office (HO) et à la demande d'un tiers (HDT) selon les taux moyens ou le nombre moyen sur la période 2000-2009 des variables sexe, âge, le gouvernorat de résidence et le secteur d'origine des patients.

Paramètres étudiés		Taux moyen par HO	Taux moyen par HDT	Significativité (p)
Sexe	Homme	81,7 ± 5,3	70,6 ± 8,5	0,03
	Femme	18,1 ± 5,3	29,46 ± 8,6	0,03
Age (intervalle d'âge en années)	0-20	4,2 ± 3	5,1 ± 2,7	0,4
	20-40	59,5 ± 5,3	58,4 ± 4,1	0,6
	40-60	33,2 ± 6,5	32,2 ± 4,6	0,7
	>60	4,6 ± 2,6	3 ± 1,1	0,1
Gouvernorat de résidence	Grand Tunis	30,2 ± 11	65,6 ± 5,7	<0,001
	Nord-Ouest	37,8 ± 3,1	11,8 ± 7,7	<0,001
	Nord et Cap Bon	18,4 ± 3,2	17,54 ± 3,1	0,5
	Hors secteur	48,9 ± 20	24 ± 14,6	0,09
Secteur d'origine (les secteurs sont définis par la loi 92-83 du 3 août 1992)		Nombre moyen des HO	Nombre moyen des HDT	Significativité (p)
	A	164	85	0,05
	B	142	28	<0,001
	C	191	66	<0,001
	D	159	70	<0,001
	E	180	39	<0,001
	F	160	61	0,001
	G	150	76	<0,001
Psychiatrielégale	47,5	0,7	<0,001	

### 2.2. Selon l'âge :

Plus de la moitié des patients hospitalisés selon le mode HO (59,5% ± 5,3) et HDT (58,4 % ± 4,1) étaient âgés entre 20 et 40 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge des patients hospitalisés selon le mode HO et celui des patients hospitalisés selon le mode HDT. (Tableau 1)

### 2.3. Selon les gouvernorats d'origine :

Les patients qui habitaient le Grand Tunis étaient hospitalisés plus fréquemment selon le mode HDT (p<0,001) alors que les patients qui habitaient le Nord-Ouest étaient hospitalisés plus fréquemment selon le mode HO (p<0,001) et que les patients qui habitaient hors couverture sectorielle étaient hospitalisés plus fréquemment selon le mode HO (p<0,09) (tableau 1).

### 2.4. Selon le secteur d'origine:

Le nombre moyen sur la décennie étudiée des hospitalisations d'office était significativement supérieur au nombre moyen sur la décennie étudiée des hospitalisations à la demande d'un tiers dans tous les services de l'hôpital Razi (chaque service desservant un secteur). (Tableau 1)

Les services qui accueillaient le plus de patients selon le mode HO étaient les services de psychiatrie C (Kef) et E (Jendouba). Les services qui accueillaient le plus de patients selon le mode HDT étaient les services de psychiatrie A (Beja), D (Ben Arous et Zaghuan) et G (Bizerte). (Tableau 1).

## DISCUSSION

### 1. Intérêts et limites du sujet :

En traçant l'évolution des modalités d'hospitalisation des secteurs relevant de l'hôpital Razi (soit près de la moitié de Tunisie), pendant la décennie 2000-2009, ce travail a tenté de détecter certains indicateurs nous permettant de tracer une

certaine évolution des pratiques avec notamment un recours de plus en plus fréquent aux HSC, un nombre total constant d'hospitalisations, une tendance à privilégier les HO pour les hommes et les patients géographiquement éloignés de l'hôpital, et à privilégier les HDT pour les femmes et les patients géographiquement proches de l'hôpital. Ce travail a montré une relative réussite « précaire » de la politique de sectorisation des soins. D'autres indicateurs n'ont pas été retrouvés dans les registres administratifs. Il s'agit essentiellement du nombre des hospitalisations d'office indiquées en urgence, selon l'article 24 bis de la loi 2004-40.

### 2. Evolution du nombre et des modalités d'hospitalisation:

Le nombre des hospitalisations totales était presque constant de 2000 à 2009. Pour les HL, leur nombre a diminué à l'inverse des HO dont le nombre n'a cessé d'augmenter. De même, dans un travail de thèse de Zalila mené en 2001 à l'hôpital Razi sur la période de 1994 à 1999, la part des HO par rapport au total des hospitalisations a doublé passant de 10 à 18%.

Ainsi, le recours à l'hospitalisation n'a pas augmenté, ce sont les modalités légales d'admission qui ont penché en faveur des soins sous contrainte. Certaines hypothèses peuvent être formulées.

S'agit-il d'un souci éthique et d'une mesure de respect de la procédure légale d'admission des malades mentaux non consentants aux soins ? La constance du nombre total des patients hospitalisés plaide en faveur de cette hypothèse. Il semblerait que certaines hospitalisations pratiquées depuis les premiers textes issus des régimes Beylical et Français sous le mode libre ne se souciaient pas véritablement du consentement du patient cette dernière fut longtemps occultée par l'attitude paternaliste des soignants.

S'agit-il d'un véritable changement de la nature des troubles aboutissant à l'hospitalisation ? Cette hypothèse, bien que théoriquement possible, est peu probable vu l'amélioration de la couverture sanitaire et de l'accès aux soins psychiatriques aboutissant à une amélioration de l'observance thérapeutique des soins et l'amélioration du pronostic de plusieurs maladies. S'agit-il d'un abus de recours à ces modalités parfois proposées pour pallier à des défaillances familiales ou sociales? Le pourcentage d'HO est d'ailleurs plus grand dans les régions éloignées et pauvres de la Tunisie. La pratique hospitalière montre que les familles nécessiteuses ont souvent recours aux hospitalisations d'office qui les déchargent des frais d'hospitalisations et que les familles rejetantes cherchent dans l'hospitalisation sous contrainte un substitut aux structures sociales de long séjour, encore manquantes dans notre pays. Pour les HDT, leur nombre a amplement augmenté. Alors que de 1994 à 1999, dans la thèse de Zalila, le nombre des HDT était sensiblement constant à raison d'une vingtaine d'hospitalisations par an. Le mode d'HDT ne représentait que 0,4% du total des hospitalisations. Ceci est probablement dû au fait que les familles des patients sont actuellement de plus en plus au courant de cette modalité d'hospitalisation sous contrainte et que cette formule offre une plus grande facilité et une grande maniabilité pour les familles comme pour les médecins généralistes, psychiatres non hospitaliers et même psychiatres des urgences.

Une étude menée par Coldefey [1] en France concernant l'évolution des données des hospitalisations sans le consentement de 1992 à 2001 a permis de mettre en évidence la prépondérance des HDT (représentant 87% des HSC) avec une forte croissance depuis plusieurs années (croissance de 103% entre 1992 et 2001). Cette tendance à la progression des HDT est aussi remarquable en Tunisie, mais les HO restent actuellement la modalité d'hospitalisation prépondérante. Les différences entre les résultats de notre étude et celles faites en France seraient dues au fait que la loi 2002-303 relative à la santé mentale en France diffère de la loi tunisienne en certains points :

- La loi tunisienne définit dans l'article 11 les conditions générales de l'hospitalisation sans le consentement indifféremment de la modalité ultérieurement «choisie» par la famille ou par le procureur de la république. La procédure de l'HO est du ressort de la magistrature et celle de l'HDT est du ressort de l'administration hospitalière sous contrôle des autorités judiciaires.
- En France, le préfet de police et les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office 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. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Ainsi les conditions d'application de l'HO en France sont plus restrictives que celle des HDT et encore plus restrictives que celles des HO en Tunisie.

L'HDT en France, régie par les articles L 3212-1 et L 3212-3 du

Code de la santé publique, répond à trois conditions préalables: la présence de troubles mentaux, l'impossibilité par le patient à consentir à son hospitalisation et la nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

En France, les HO et les HDT diffèrent dans leur essence. L'HO est réservée pour les cas avec trouble de l'ordre public. Alors qu'en Tunisie, l'HO et l'HDT répondent généralement aux mêmes conditions. Le procureur peut et doit hospitaliser un patient en mode HO quand il présente des troubles de l'ordre public, mais la famille a le choix entre les deux modalités.

### **3. Différences entre HO et HDT :**

#### *3.1. Selon le sexe :*

Le recours privilégié aux HO pour les patients hommes et aux HDT pour les patientes femmes est retrouvé en Tunisie et ailleurs. Lochard dans un travail de thèse à Besançon a retrouvé cette nette prédominance masculine pour les HO avec une proportion de 10 hommes pour une femme. Pour les HDT, le sexe ratio était de 1,5. Dubreuil [2] a retrouvé cette prédominance masculine, avec un sex ratio 2. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les membres des familles des patients n'arrivent pas à ramener facilement le patient homme aux urgences de l'hôpital Razi du fait de leur agressivité potentielle. Ils ont par conséquent davantage de recours aux HO. Les femmes présenteraient moins de dangerosité dans leurs états d'agitation, sont mieux maîtrisables et arrivent à être ramenées par leurs familles aux urgences d'où leur hospitalisation selon le mode HDT. Cette différence pourrait aussi être expliquée socio-culturellement. En effet, la procédure d'HO obligeant le recours aux forces de l'ordre (au moins pour le transport de l'intéressé) suscite une certaine réticence de la famille des patientes, vu l'image stigmatisante de la maladie mentale d'une part et de la procédure judiciaire d'autre part.

#### *3.2. Selon l'âge :*

Notre travail a montré la nette prédominance des patients âgés entre 20 et 40 ans pour les HO et pour les HDT et il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge des patients hospitalisés et le mode de l'hospitalisation. Dans la thèse de Zalila faite à Razi sur la période 1994-1999, le nombre de femmes hospitalisées sous le mode HO augmentait après 40 ans et doublait après 60 ans. Dans la thèse de Nacef en 1996 traitant de l'évolution de l'hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital Razi de 1994 à 1995, les femmes devenaient majoritairement hospitalisées selon de mode HO après 50 ans. Ceci serait probablement dû au fait que la possibilité d'un mariage devient fort réduite après cet âge pour la femme et que la maladie mentale déjà chronicisée devient lourde pour la famille. Ce changement depuis 1994 à 2009 pourrait dénoter d'une évolution sociale.

#### *3.3. Selon le gouvernorat de résidence et le secteur d'origine :*

D'après notre travail, et d'après les thèses de Zalila et de Charrad, comprenant une étude de l'application de la loi n°92-83 du 1er Janvier 93 au 31 Décembre 94 (Charrad) et de 1994 à 1999 (Zalila), il ressort que de 1993 à 2003, la région du Nord-Ouest était la plus pourvoyeuse d'HO avec en tête de liste le gouvernorat de Jendouba mais à partir de 2004, c'est le

Grand Tunis qui est passé en tête de liste. Cette évolution de 1993 à 2009 reflèterait l'état de la couverture sanitaire régionale qui s'est améliorée à partir de 2004 suite à la création d'une consultation de psychiatrie à l'hôpital régional de Jendouba. Notre travail montre cependant que les services desservant les secteurs les plus éloignés de l'hôpital demeurent encore les plus pourvoyeurs d'HO. Le recours à l'HO dans ces secteurs serait probablement expliqué par les conditions socio-économiques précaires et par l'éloignement géographique puisque cette modalité d'hospitalisation offre l'avantage du transport des patients à l'hôpital en plus de la gratuité des soins. Parallèlement, les services qui hospitalisaient le plus de patients selon le mode HDT desservaient des gouvernorats plus proches de La Mannouba avec un accès plus facile pour les familles.

Par ailleurs, à partir de 2004, le nombre des hospitalisations hors couverture sectorielle pour les HO et les HDT, a nettement régressé. Dans les résultats de la thèse de Zalila, le taux d'HO hors secteur était d'une moyenne de 20,1% pour les régions du Centre, du Sahel, de Sfax et du Sud dans la période allant de 1993-1999. Ceci témoigne d'une efficacité dans l'application de la loi de la sectorisation qui a été renforcée par le décret n°141 paru au Journal Officiel de la république Tunisienne le 26/10/1999. Son application a été effective à partir du 1/10/2003. Cependant, à compter de 2007, une recrudescence des HO hors secteur a été notée. Les services situés dans les régions hors secteur auraient une capacité d'accueil insuffisante depuis 2007.

Certes, la loi 2004-40 du 3 Mai 2004 a consolidé la sectorisation et les patients pouvaient accéder dans certains secteurs à des soins de proximité. Mais ce bénéfice reste en deçà des attentes. L'absence d'équipes pluridisciplinaires dans tout le territoire sectoriel, la capacité d'accueil restreinte des services de psychiatrie au Sahel et à Sfax par rapport à Tunis et l'absence de services fermés pour les hospitalisations d'office

## References

1. Coldefy M, Salines E. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats Octobre 2004 ; 342
2. Dubreuil S, Alric V. Evaluation de l'application de la loi n°90-527 du 27 Juin 1990. Synapse 1991 ; 80 :39-42.
3. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, et al. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Questions d'économie de la santé Août 2009; 145.

des hommes au centre hospitalo-universitaire de Sousse sont autant de facteurs handicapant la qualité et la proximité des soins.

Un travail a été mené en France afin d'évaluer les résultats de la sectorisation psychiatrique. Il a montré que cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation, les secteurs psychiatriques se caractérisent par d'importantes disparités en termes de moyens humains, matériels et financiers [3-4]. Pour Mignot [5], l'un des maîtres d'œuvre de la rédaction du texte législatif, «l'équipe de secteur a vocation de s'occuper des problèmes de santé mentale du territoire », elle est mue par « la volonté d'en finir avec les attitudes rejectives et ségrégatives qui pèsent encore sur certains malades mentaux ». Ainsi, la mise en place régulière et continue de la sectorisation psychiatrique s'est donc traduite en France par une désinstitutionnalisation progressive avec la persistance d'importantes disparités d'un département à l'autre [6-7]. De même, pour la Tunisie, des stratégies de soins doivent être élaborées afin de bénéficier amplement des apports de la loi 2004-40 relative à la santé mentale en termes de sectorisation en évitant les lacunes de l'expérience Française.

---

## CONCLUSION

---

La société tunisienne vit un bouleversement social et culturel important dans le domaine de la santé mentale. Le malade mental n'est plus cet être dépourvu de tout discernement et de tout droit à la liberté dont celui de choisir les modalités de sa prise en charge. Les textes législatifs ont permis aux malades ainsi qu'à leurs familles de mieux accéder aux soins, cependant, il reste encore du chemin à faire pour une proximité de prise en charge et une intégration sociale du malade mental au sein de son secteur.

4. Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives. Annales Médico-Psychologiques 2002 ; 160:786-793.
5. Barbier D. Secteur de psychiatrie générale. Éditions Techniques, EMC Psychiatrie 1995 ; 37-915-A-10 : 5 p.
6. Kovess V, Lopez L, Pénochet JC, et al. Psychiatrie années 2000, Organisations, Évaluations, Accréditations. Paris: Flammarion Médecine-Science; 1999.
7. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission juillet 2001.