N°99-100

Mars 2013



1993-2013

La MNASM
vous informe que,
sur décision de
l'Administration
Centrale
et après 20 ans
de fonctionnement,
elle cesse ses activités
au 31 mars 2013.

La Loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ?

Loin d'être le fruit ou le reflet d'une politique, la loi du 5 juillet 2011 traduit le télescopage forcé, fortuit, d'une carpe et d'un lapin. La première était le projet de réforme de la loi de 1990, préparé par toute une série de rapports et d'interventions politiques les années précédentes, dans un sens sécuritaire, et qui accentuait le rôle déterminant des préfets. Le deuxième est le fruit d'un recours, une question prioritaire de constitutionalité, aboutissant à constater ce que tout le monde savait depuis 1838, mais sans en tirer les conséquences juridiques fondamentales: l'internement, c'est-à-dire l'hospitalisation sous la contrainte ou sans consentement, est une privation de liberté, et l'absence de son contrôle par un juge des libertés n'est pas conforme aux droits fondamentaux garantis par la Constitution.

On peut faire plusieurs remarques à ce sujet : tout d'abord, et c'est plutôt admirable, c'est le recours déposé par une personne malade qui a entraîné cette décision historique. Cela illustre, s'il en était encore besoin, le rôle et la place des usagers et, au-delà, de leurs familles, dans les droits les concernant et l'évolution des pratiques de la psychiatrie. Ensuite, si de nombreux psychiatres, des associations d'usagers et de multiples membres de la société civile ont réclamé depuis longtemps la « judiciarisation » du processus, nombreux parmi les professionnels se sont accommodés de la situation, ne faisant pas du tout de l'intervention du juge une revendication prioritaire. J'ai fait partie des praticiens qui, en 1990, considéraient que la réforme de cette année-là était cosmétique et traduisait plutôt une méfiance à l'égard des psychiatres. Comme quoi...

On remarquera également que, pendant les 170 années précédentes, la France ne s'est pas caractérisée par un nombre d'internements abusifs ou d'abus de droits plus élevé, comparé à la plupart des pays d'Europe occidentale ou des USA, qui avaient adopté depuis toujours, ou beaucoup plus anciennement que nous, une pratique de judiciarisation de l'hospitalisation sous contrainte. Celle-ci ne peut tenir

SOMMAIRE

P2

- L'intervention du juge dans le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement.
 - Réforme des soins psychiatriques sans consentement.

Marion Primevert Isabelle Reghi, magistrats

- Interview de Mme Isabelle Rome, magistrage, conseiller à la Cour d'Appel de Versailles.
- Réflexions d'un avocat un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

_ Raphaël Mayet, avocat

P7

- II. Paroles de représentants d'usagers et de familles.
 - La nouvelle loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques. |ean Canneva
 - Interview de Claude Finkelstein, Présidente de la FNAPSY.
 - Les difficultés de l'accès au droit pour les patients sous contrainte. Constat et propositions.

André Bitton

• **Témoignages** Patricia de Portefax

PI4

- III. Les questions en suspens.
 - \bullet Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011.

Dr Marie-Christine Cabié

• La contrainte en psychiatrie : une fatalité ?

Philippe Clément

 Paradoxes et contradictions de la nouvelle loi

Aude Menu, Dr Philippe Meyer

lieu à elle seule de garantie pour les personnes malades. L'éthique et la formation, la qualité et la quantité des équipements et des professionnels, l'existence de conditions de travail et de temps professionnel suffisant, jouent certainement aussi un rôle dans l'émergence, le maintien ou la dégradation du respect des droits des personnes. Il en est de même de l'attention portée par la société civile aux personnes malades mentales, société qui doit être informée, sensibilisée et mobilisée par toutes sortes de canaux réguliers.

Mais la rupture du 5 juillet rappelle à quel point la liberté est le droit précieux et constitutionnel fondamental, et que les personnes vulnérables, comme celles qui présentent des troubles mentaux, doivent être traitées comme tous les autres citoyens. Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, autre institution d'inspiration européenne, joue également un rôle croissant, et pas seulement pour les personnes malades, on l'a encore vérifié dernièrement à Marseille.

Les interviews ou articles de ce numéro de *Pluriels* ont l'ambition de dresser un panorama de l'expérience concrète et réflexive suscitée par les premiers mois d'application de la loi, ainsi qu'un ensemble de questionnements juridiques, pratiques, organisationnels, cliniques, de la part des différents acteurs impliqués. On remarquera tout d'abord à quel point tout le monde dans le pays, malgré les difficultés du calendrier d'application et bien d'autres questions pratiques et d'apprentissage, malgré quelques exceptions, a « joué le jeu ». Ensuite, on observera que la loi est imparfaite, insuffisante ou irritante (soins ambulatoires sans consentement, périodicité et nombre des certificats, tenue de l'audience, etc.). Les contentieux ne sont probablement pas terminés et peut-être qu'une loi plus générale pour la psychiatrie toilettera, complètera les dispositions nécessaires. Même s'il est trop tôt pour dire que cette loi de « carpe et de lapin » clôt définitivement un cycle sécuritaire et de stigmatisation des personnes malades et des professionnels qui les soignent, un tel espoir est là.

Ensuite rappelons-nous une fois encore quel rôle ont joué les personnes malades et leurs représentants. Ce devrait être un exemple et une incitation forte pour la vie quotidienne et les pratiques dans les institutions psychiatriques dont on sait à quel point elles abritent parfois encore, loin des regards, même si elles peuvent paraître minimisées ou banales, de très nombreuses restrictions et privations, ou dénis de droit des personnes.

Dr Serge Kannas,Psychiatre,
Ancien coordinateur de la MNASM.

2

I. L'intervention du juge dans le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Réforme des soins psychiatriques sans consentement.

L'apparent choc des cultures n'a pas eu lieu. L'intervention systématique du juge dans les hospitalisations psychiatriques sans consentement devant perdurer au-delà de quinze jours, démontre, quelques mois après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2005, que le juge ne se substitue pas au psychiatre, mais qu'il est bien le gardien des libertés de la personne.

Par sa décision du 26 novembre 2010 suite à une question prioritaire de constitutionnalité en effet, le Conseil Constitutionnel a réaffirmé ce que soulignait depuis son institution le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté : il ne peut pas y avoir, en France, de lieux où l'on attente à la liberté des personnes de manière institutionnelle sans le contrôle systématique du juge judiciaire. Que cette atteinte soit conditionnée par l'état de santé d'une personne et *a priori* et de toute évidence poursuivie dans son intérêt n'y change rien. L'article 66 de la Constitution institue le juge judiciaire gardien de la liberté individuelle. Son contrôle doit être systématique, les saisines facultatives antérieures ouvertes aux patients n'étant pas suffisantes pour répondre à cet impératif.

Évidente, la solution l'était. L'hospitalisation sans consentement met en cause deux libertés : la liberté d'aller et de venir d'une part ; celle du libre consentement aux soins que l'on reçoit d'autre part. La psychiatrie est le seul domaine de la médecine où de telles restrictions à la liberté sont permises. Et plus encore, aucune autre branche de la médecine ne peut intervenir contre le gré d'une personne majeure.

Aucune défiance dans cette décision. Juste un contrôle nécessité par la forme républicaine de notre démocratie. En quoi consiste-t-il ? S'agit-il de remettre en cause le savoir médical des médecins ? S'agit-il de prescrire à leur place ? Pas du tout. Simplement, de contrôler, quand il

Pluriels n°99-100 Mars 2013

Interview de Madame Isabelle Rome, magistrate, Conseiller à la Cour d'Appel de Versailles.

Isabelle Rome a été pendant cinq ans, jusqu'en septembre 2012, juge des libertés et de la détention au TGI de Pontoise. Elle publie aux Éditions du Moment, *Vous êtes naïve, Madame le Juge*.

Comment percevez-vous globalement l'introduction du juge judiciaire dans le contrôle des mesures d'hospitalisations psychiatriques sans consentement ?

L'article 66 de notre constitution dispose que « le juge judiciaire est le gardien de la liberté individuelle ». Les mesures d'hospitalisation complète sans consentement constituant des atteintes à la liberté individuelle (bien que prises a priori dans l'intérêt des patients), il est donc cohérent qu'elles soient contrôlées par le juge judiciaire. C'est ce que le Conseil Constitutionnel a rappelé dans sa décision du 26 novembre 2010. Celle-ci est intervenue à contre-courant de l'évolution législative de ces dix dernières années qui tendait à toujours plus de sévérité, avec notamment l'instauration des peines planchers. Elle a été, à mon avis, un signal positif pour notre société, où l'on considère trop souvent les malades mentaux comme des délinquants potentiels.

Il est vrai qu'il aura fallu attendre plusieurs années pour obtenir cette intervention du juge judiciaire.

Effectivement, ce n'est pas comme en matière de garde à vue, où la France a été sommée d'agir en quelques mois sous la pression de la jurisprudence de la CEDH. Il n'y a pas eu d'arrêt décisif obligeant la France à statuer aussi rapidement, même s'il y avait une tendance de fond en ce sens depuis quelques années. En fait, cette réforme est intervenue tardivement en France probablement parce que, hélas, les problèmes de santé mentale n'intéressent pas suffisamment la société, à part les patients eux-mêmes, leur famille, les médecins, et les soignants.

En tant que JLD vous avez eu, depuis l'été 2011, à traiter de plusieurs situations de personnes hospitalisées sans leur consentement. Vous sentiez-vous préparée à cet exercice nouveau et comment avez-vous fait face aux éventuelles difficultés rencontrées ?

Tout d'abord, il faut rester un juge, ne pas chercher à être un psychiatre ou à établir un diagnostic. Ce que la Constitution et la loi demandent au juge, c'est de vérifier si le maintien d'une hospitalisation complète sans consentement, au-delà du délai de quinze jours, est bien nécessaire, adapté et proportionné aux objectifs poursuivis. Ces derniers varient selon le mode d'hospitalisation. Dans le cadre de l'article L3212-1 (impossibi-

lité de consentir, nécessité de soins constants), ce que le juge doit vérifier au vu des éléments qu'il a en sa possession et notamment de l'avis conjoint des deux psychiatres qui fonde sa saisine, c'est si l'impossibilité totale de consentir aux soins ainsi que la nécessité de soins constants sont toujours suffisamment caractérisés. Dans le cadre de l'article L3213-1 (troubles mentaux compromettant la sécurité des personnes et risquant de porter atteinte de façon grave à la sûreté des personnes), il doit avoir une démarche similaire s'agissant, dans cette hypothèse, du risque grave de porter atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes.

Ensuite, il y a eu un apprentissage progressif de cette nouvelle mission à travers la tenue des audiences, car nous ne connaissons pas et nous ne savons pas ce que c'est que la maladie mentale. Nous ne savons pas non plus quel type de patient nous avons en face de nous. Il me semble que le maître-mot doit être le respect de la dignité : faire toujours attention à ne pas blesser le patient dans la tenue des débats et aussi par une éthique de motivation des décisions. J'estime que le juge, dans sa décision, ne doit pas employer de termes médicaux, il n'a pas à motiver sa décision en disant par exemple : « parce que le patient est schizophrène ». Il statue au vu des éléments que lui donne le psychiatre. S'il veut s'appuyer sur le certificat médical, il doit mettre des guillemets quand il le cite. On ne doit pas *a priori* employer de termes médicaux dans une décision de justice.

Personnellement, j'étais très sensible - même s'il y a une part de subjectivité - aux conditions d'hospitalisation et à la manière dont elles étaient supportées. Par exemple, quand je rencontrais des femmes âgées qui n'avaient jamais été hospitalisées et qui se retrouvaient là, d'un seul coup confrontées à la promiscuité, mon contrôle était plus aigu dans ce genre de situation.

Le délai maximal de quinze jours d'hospitalisation avant le premier contrôle vous paraît-il adapté à la spécificité des situations des personnes privées de liberté pour raisons de soins psychiatriques ?

Plusieurs débats existent autour de ce délai. Certains pensent qu'il faudrait un contrôle dans les 48 heures de l'hospitalisation, d'autres au bout d'un mois. Je ne suis pas sûre que le délai de quinze jours soit mauvais. Dans les 48 heures, le patient est en crise bien souvent. Le juge peut-il vraiment apprécier la

nécessité de l'hospitalisation ? Au bout d'un mois, c'est peutêtre un peu long, si la personne va rapidement mieux ou si elle a été hospitalisée de manière un peu hâtive.

Selon quelles modalités le juge pourrait-il intervenir dans le contrôle, souhaité par les associations de patients, des mesures de soins ambulatoires sans consentement?

Il existe d'ores et déjà une possibilité de contrôle par le juge sur requête du patient. La loi prévoit que le patient peut saisir le JLD. L'existence de cette possibilité de contrôle du juge sur requête du patient me paraît suffisante pour garantir le respect de ses droits et de sa liberté individuelle dans un tel cas.

Sur le déroulement et l'organisation des audiences qui font encore beaucoup débats, quelle est votre position : êtes-vous favorable au déplacement du juge ? Au maintien des audiences publiques ou faut-il au contraire favoriser les débats en chambre du conseil ? Que pensez-vous de la visio-conférence ?

Effectivement, la justice doit être rendue publiquement, mais toujours dans le respect de trois principes : la dignité des personnes, l'intimité de leur vie privée et le secret médical qui doit être protégé.

Au vu de ces trois éléments, il nous a semblé préférable, avec mon collègue du TGI de Pontoise, d'organiser les audiences à l'hôpital malgré des avis souvent contraires au sein de notre institution. En effet, non seulement les personnes n'ont rien demandé, elles ne sont pas requérantes, elles ne sont pas citées mais, de surcroît, elles sont dans un état de santé fragile ou précaire. Par ailleurs, en termes de respect de la dignité de la personne, cela nous semblait la meilleure solution. Imposer un déplacement au tribunal, dans quelles conditions de transport ? Quelles conditions d'attente : les faire attendre à côté de gens menottés en comparution immédiate ? Tout cela ne me semblait pas respecter leur dignité. Cependant, la condition pour tenir les audiences à l'hôpital, c'est que les salles utilisées dans les hôpitaux soient réservées à ces audiences, bien signalées dès l'entrée, bien visibles, bien identifiables.

S'agissant du déroulement des audiences, pour les mêmes raisons, nous avons décidé de tenir les audiences, et donc les débats, en Chambre du Conseil. Mais les décisions doivent être rendues publiquement. Donc, nous rendons les décisions « porte ouverte ».

Enfin, s'agissant de la visio-conférence, personnellement, je n'y suis pas du tout favorable et je renvoie d'ailleurs à l'avis du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté qui s'est

clairement prononcé contre. Il doit y avoir rencontre avec le juge. De plus, et les psychiatres le diraient mieux que moi, certains patients peuvent être très perturbés par l'intrusion de quelqu'un à travers l'écran. Par ailleurs, il y a beaucoup de choses que la visio-conférence ne permet pas d'apprécier : vous ne voyez pas un geste, vous ne voyez pas une attitude, parfois le visage n'est pas très bien « cadré »... Il y a toute une communication qui existe au-delà du langage, surtout avec des personnes qui vont mal, et qui ne passe pas par la caméra. Cela fait partie de la relation humaine. Je sais qu'il y a des problèmes de moyens, mais restons extrêmement vigilants et n'acceptons pas de rendre une justice désincarnée!

Seriez-vous favorable au transfert de compétence en matière de contrôle des mesures de soins sans consentement du JLD vers le juge des tutelles, éventuellement rebaptisé « juge des personnes vulnérables », comme le suggère la CNCDH dans son rapport de mars 2012 ?

Le juge des tutelles n'est pas un juge des libertés. C'est un juge qui protège les personnes, mais qui prononce des mesures de protection qui sont aussi, par ailleurs, des mesures d'atteinte aux libertés. Or, ce n'est pas dans un objectif de protection que l'intervention du juge a été imposée par le Conseil Constitutionnel pour le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement. C'est dans celui du contrôle de l'atteinte à la liberté individuelle que constitue toute mesure d'hospitalisation complète non consentie. Par conséquent, confier ce contrôle au juge des tutelles ne me paraît a priori pas conforme à l'esprit de notre Constitution.

Comment voyez-vous l'avenir des relations psychiatre/justice au regard de ce nouveau dispositif législatif?

Elles nécessiteront un « apprivoisement réciproque », ce qui n'est pas toujours facile. Je crois que ce qui doit commander notre manière d'agir aux uns et aux autres, c'est pour les soignants et les médecins l'intérêt des patients et, pour les juges, celui des citoyens qu'ils sont aussi. Les malades mentaux sont des citoyens comme les autres, ils ont les mêmes droits que les autres et c'est au nom de ce principe que nous devons accepter cette double intervention. Je crois beaucoup en l'échange pluridisciplinaire. Il faut éviter toute guerre de pouvoir, il ne s'agit pas, pour le corps judiciaire, de contrôler de quelque manière que ce soit le corps médical. Il s'agit, dans une démocratie vivante comme la nôtre, de veiller simplement à ce que tous les citoyens soient égaux en droit. Notre République considère la liberté individuelle comme une valeur hautement protégée, cette exigence s'impose à tous.

s'agit d'atteintes à la liberté individuelle, que les conditions légales ont été respectées. L'exception à la liberté doit en effet rester cantonnée aux cas et dans les conditions prévues par la loi.

Les conditions légales principales : elles existaient déjà et la loi du 5 juillet 2011 ne les a pour ainsi dire pas modifiées ou peu, sauf à renommer les différents cas d'ouverture et à en diviser un en deux branches (péril imminent urgence avec risque d'atteinte grave à l'intégrité du malade). Elles étaient par ailleurs précisées par des recommandations de la Haute Autorité de Santé, spécialement concernant les critères d'évaluation de la capacité à consentir aux soins psychiatriques, la nécessité de soins en urgence et la rédaction des certificats médicaux. La loi a principalement ajouté la période d'observation de 72 heures et les certificats médicaux attenants.

Que permet cette réforme ? Elle reconnaît que les patients en psychiatrie ont droit au juge, comme toute personne et dans les mêmes conditions que les autres. Et peut-être permet-elle à la psychiatrie de sortir d'une image singulière et la restaure à sa juste place au sein d'une société qui attend tellement d'elle. Car les médecins ont toujours eu l'obligation de motiver leur prescription dans le sens de la contrainte. Rien ne change, l'obligation reste d'être précis, circonstancié et motivé dans sa prescription au regard des conditions légales.

Enfin, elle est une possibilité formidable de faire connaître la vie des patients souffrant de troubles psychiques, leurs traitements, les perspectives qui leur sont ouvertes et le travail des psychiatres et infirmiers par un regard extérieur qui permet, de sa seule existence, un échange qui, jusqu'ici, n'était qu'épisodique et partiel : échange entre les médecins et professionnels de santé, qu'ils soient infirmiers ou directeurs d'établissement, les magistrats, les patients, les associations d'usagers, les familles. La réforme est donc une formidable occasion. Celle de restituer, légalement, sa place à part entière de sujet au patient et de réfléchir ensemble à l'amélioration des pratiques de chacun.

Marion Primevert

Magistrat, Vice-Président, Tribunal de Grande Instance de Paris

Isabelle Reghi

Magistrat, Conseillère à la Cour d'Appel de Paris

Réflexions d'un avocat un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

La loi du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a profondément modifié les rapports entre le monde judiciaire et celui de la psychiatrie, et leur rencontre législative relève pour une bonne partie du mariage forcé. À cet égard, il convient de rappeler que ce sont des personnes hospitalisées ainsi que des associations de patients et d'anciens patients qui ont forcé la porte du Parlement au moyen des questions prioritaires de constitutionnalité.

Il convient aussi de souligner que le conseil constitutionnel s'est déjà prononcé à six reprises sur la constitutionnalité des textes du code de la santé publique, et qu'à six reprises ces textes ont été déclarés, au moins partiellement, non-conformes à la Constitution (décisions 2010-71 du 26 novembre 2010 sur l'hospitalisation sur demande d'un tiers, 2011-135/140 du 9 juin 2011 sur l'hospitalisation d'office, 2011-174 du 6 octobre 2011 sur les mesures d'hospitalisation d'office provisoires, 2011-185 du 21 octobre 2011 sur les hospitalisations après décisions de non-lieu ou de relaxe, 2011-202 du 2 décembre 2011 sur les placements volontaires, 2012-235 du 20 avril 2012 sur certaines dispositions de la Loi du 5 Juillet 2011). Cela démontre qu'à l'évidence, le socle législatif de l'hospitalisation sous contrainte était très insuffisant en ce qui concerne la protection des droits des personnes hospitalisées.

La loi du 5 juillet 2011 est entrée en vigueur le 1^{er} août suivant, et il convient d'en faire un premier bilan après douze mois d'exercice.

Un premier bilan quantitatif nous permet d'envisager que, quoiqu'en disaient certains, ce contrôle systématique était nécessaire. Avant l'entrée en vigueur de cette loi, il y avait en France environ 80.000 hospitalisations sous contrainte. Après une année d'entrée en vigueur de cette loi, il y a eu environ 62.000 saisines du juge des libertés et de la détention, la différence ne s'expliquant sans doute pas uniquement par la création des programmes de soins. Sur les décisions rendues par les JLD, si une grande partie (environ 80 %) sont des décisions de maintien en hospitalisation complète, il existe un nombre significatif de décisions

de mainlevée (5 % du total, soit environ 3.000 décisions par an). Le reliquat étant essentiellement constitué de décisions de non-lieu à statuer qui signifient, dans la plupart des cas, qu'il a été mis fin à l'hospitalisation complète entre la saisine du JLD et la date de l'audience (source : Tableau statistique du ministère de la Justice publié et commenté dans la revue « J'essaime », oct. /nov. 2012).

Si le contrôle systématique par le juge s'avérait nécessaire, il n'est aujourd'hui pas suffisant et doit certainement être amélioré, tant en ce qui concerne l'accès au droit des personnes hospitalisées qu'en ce qui concerne l'amélioration des conditions de la défense.

Vers un meilleur accès au droit des personnes hospitalisées

Nous voudrions être certains que chacun a compris que les personnes hospitalisées sont des sujets de droit et que l'accès à leurs droits ne constitue pas un obstacle à la démarche thérapeutique engagée à leur égard.

À ce stade, il convient de s'interroger sur le point de savoir si les personnes hospitalisées sont systématiquement avisées de la nature de la mesure dont ils font l'objet ainsi que de leurs droits et, plus spécialement, de la possibilité qu'ils ont de faire appel à un médecin ou un avocat de leur choix, conformément à l'article L3211-3 du Code de la Santé Publique. Certains magistrats ont d'ores et déjà tiré les conséquences de manquements en ce domaine en ordonnant la mainlevée d'hospitalisations complètes (JLD Versailles, 16 janvier 2012, 13 février 2012, Ord. 1er Président Versailles 23 mai 2012, source site du CRPA http://www.psychiatrie.crpa.asso.fr).

De même, il convient de s'interroger sur les conditions dans lesquelles les personnes hospitalisées sont questionnées quant à leur souhait d'être ou ne pas être assistées par un avocat, quant à la possibilité pour elles d'assister ou non à l'audience, les pratiques des établissements hospitaliers variant considérablement en la matière.

Lorsqu'une expertise a été ordonnée par le juge des libertés et de la détention, cette mesure s'avère essentielle pour éclairer le juge et, pour autant, la possibilité de faire valoir le point de vue de la personne hospitalisée est réduite presque à néant en l'état des textes réglementaires applicables. Enfin, le *recours aux programmes de soins* à l'approche ou à l'issue d'une audience devant le JLD n'aboutit-il pas à éviter le contrôle du juge à l'égard de certaines hospitalisations, le contrôle systématique du juge n'ayant vocation à s'appliquer qu'aux mesures d'hospitalisation complète ? Dans le même ordre d'idées, dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil Constitutionnel a précisé que les programmes de soins ne pouvaient être assortis d'aucune mesure coercitive. Reste à savoir si, dans la pratique, la précision apportée par le juge constitutionnel est suivie d'effets.

Vers une amélioration de la qualité de la défense

Les barreaux ont été enjoints de fournir aux personnes hospitalisées des avocats dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes, avec un délai très court entre la loi du 5 juillet 2011 et son entrée en vigueur le 1er août suivant.

À de très rares et regrettables exceptions, ils se sont attelés à cette tâche dans l'urgence et avec le souci de fournir aux plus fragiles une défense de qualité; des efforts considérables ont été accomplis pour former dans le plus court délai des défenseurs compétents. Toutefois ces efforts peuvent s'avérer vains si les moyens mis à la disposition de la défense sont insuffisants.

Le premier moyen dont doivent disposer les avocats, c'est du temps nécessaire pour préparer la défense des personnes hospitalisées. Il n'est pas concevable que les avocats découvrent le jour de l'audience l'ensemble des pièces versées aux débats pour solliciter le maintien d'une hospitalisation complète. Un délai minimal pour que le dossier complet soit fourni au juge et que l'avocat puisse consulter le dossier doit être fixé.

Par ailleurs, les avocats doivent pouvoir soutenir l'ensemble des moyens d'irrégularités de fond comme de forme devant le JLD. Ces derniers se sont parfois retranchés derrière la compétence du juge administratif pour s'abstenir de sanctionner des irrégularités formelles par la levée de mesures d'hospitalisations. À compter du 1^{cr} janvier 2013, le juge judiciaire est compétent pour connaître de l'ensemble des irrégularités entachant les mesures d'hospitalisation (art. L 3216-1 du CSP).

Enfin, les avocats doivent pouvoir exercer leur mission en étant justement rémunérés. À ce titre, il est inconcevable que leurs frais de déplacement ne soient pas pris en charge lorsque l'exercice de leur mission implique leur déplacement dans les établissements hospitaliers où les JLD peuvent tenir les audiences.

Dans sa décision du 20 avril 2012, le conseil constitutionnel impose une révision de la loi du 5 juillet 2011 en ce qui concerne les personnes déclarées pénalement irresponsables et celles hospitalisées en Unités pour Malades Difficiles. Gageons qu'à cette occasion le souci d'accès au droit et à une défense de qualité pour les personnes hospitalisées constitue une préoccupation majeure des autorités.

> Raphaël Mayet Avocat à Versailles

II. Paroles de représentants d'usagers et de familles.

La nouvelle loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques.

Introduction

La Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » a pour objet d'adapter les modalités d'hospitalisation de l'ancienne loi de 1990 aux conditions de l'environnement national et européen. Cette révision de la loi aurait dû intervenir dès 1995. Elle fait suite également à des négociations avec les autorités qui avaient manifesté des préoccupations d'ordre assez largement sécuritaire.

Différents rapports ont été publiés dans la perspective de cette révision, parfois relancée à la suite d'accidents médiatisés, sans qu'une volonté se dégage, en particulier sur la nécessité de faire intervenir la justice. Jusqu'au moment où, saisi par une association parlant au nom des usagers, le Conseil Constitutionnel a estimé, en novembre 2010, que l'article L. 337 de la loi de 1990, prévoyant le maintien de l'hospitalisation sans consentement sur la seule décision psychiatrique et sans l'intervention d'un

juge, était contraire à la Constitution. Le Conseil a demandé au Gouvernement de proposer une modification de la loi de 1990 pour une application au 1^{er} août 2011.

L'UNAFAM, qui a une longue expérience de l'accompagnement des personnes en situation de crise, avait émis depuis longtemps des propositions très précises pour que cette révision de la loi se fasse dans un cadre essentiellement sanitaire et pour que les modalités d'intervention de la justice tiennent le plus grand compte de la nature très particulière des troubles psychiques. En outre, la nouvelle loi intervenait après celle dite "Hôpital, Patients, Santé et Territoire" (HPST) qui, du point de vue de l'Unafam, avait ignoré assez largement les spécificités de la psychiatrie, en particulier en matière de « non expression des demandes ». De ce fait, elle ne mentionnait pas, non plus, le rôle pourtant essentiel des aidants familiaux dans l'accompagnement des personnes malades au quotidien.

En ce qui concerne la nouvelle loi, les demandes de l'Unafam concernaient en particulier :

- la confirmation de la responsabilité des soignants spécialisés en matière de « prise en charge », 24 h/24, pour un service dit « de proximité » ;
- la nécessité de pouvoir disposer de compétences psychiatriques dans les services d'urgences y compris, le cas échéant, à domicile ;
- le fait d'associer et d'aider les aidants de proximité, en particulier familiaux ;
- l'obligation de lutter contre l'exclusion des personnes les plus démunies qui ne sont plus en état de demander quoi que ce soit.

Après négociation en commission, le législateur a bien voulu retenir ces quatre orientations et a demandé, en particulier, aux Agences Régionales de Santé (ARS) de « veiller à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles », ... menées par les établissements de soins et par les associations spécialisées.

La demande de « soins psychiatriques » par un tiers demeure

Désormais, la famille *demande des soins*, non une hospitalisation comme par le passé. *Ce sont les médecins* qui décideront si les soins seront « libres » ou « sans consentement », « ambulatoires » ou en « hospitalisation complète »,

Interview de Claude Finkelstein, Présidente de la FNAPSY.

Pensez-vous que la loi du 5 juillet 2011 contribue globalement à une avancée du respect du droit des patients atteints de troubles psychiques?

Nous pensons que la réforme de la loi de 1990 était indispensable, mais qu'elle a été mal faite car travaillée trop vite. L'introduction du juge des libertés et de la détention dans la procédure d'hospitalisation sous contrainte est, bien entendu, et même s'il s'agit à l'origine d'un « coup de force constitutionnaliste », une avancée majeure pour les droits des personnes. C'est un acquis qu'il faut absolument préserver. En revanche, et de ce point de vue nous différons de l'UNAFAM, nous regrettons que la loi ait instauré la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire ainsi que la possibilité d'hospitaliser sans tiers (procédure d'admission en soins psychiatrique prononcée par le directeur en cas de « péril imminent »).

En effet, sur la question difficile de l'hospitalisation sans tiers, la loi répond exclusivement aux besoins de certaines familles qui veulent « faire interner » leur *proche* lorsque ce dernier ne va pas bien et lorsqu'il existe des désaccords ou des conflits sur des choix de vie.

Sur les soins sans consentement en ambulatoire, nous y sommes opposés. Le soin en psychiatrie ne peut réussir que s'il s'appuie sur une solide alliance thérapeutique entre l'usager et le soignant. Les soins sans consentement en ambulatoire, en remplacement des anciennes sorties d'essai, doivent être reformulés. Il doit s'agir d'un contrat entre les soignants et le patient.

Selon vous, l'introduction du JLD a-t-elle tenu toutes ses promesses ?

Comme je l'ai dit, pour la FNAPSY, c'est une avancée majeure, mais dont la mise en œuvre reste imparfaite.

Notamment, il nous paraît incontournable que les audiences aient lieu à l'hôpital, que ce ne soit pas l'usager qui aille au tribunal (il n'a rien fait !), mais bien le juge qui se déplace. Dans le même esprit, le rôle joué par l'avocat dans cette procédure, s'il est fondé en droit pour assurer la défense des personnes, n'est pas toujours bien compris par les patients. Ces derniers ne comprennent pas pourquoi il leur faut un avocat, tout simplement parce que la présence d'un avocat renvoie à l'idée d'une faute commise ou supposée. Mais en réalité, le problème vient du fait que l'avocat

ne peut pas entrer dans les subtilités du soin et de la pathologie où privilégier le droit à la liberté coûte que coûte peut aller contre l'intérêt immédiat de la personne. Donc, il se cantonne aux aspects formels de la procédure, ce qui est souvent insuffisant pour plaider le point de vue du patient et, pire, pousse certains à une position « d'ouverture à la paranoïa ».

Dans ce cas, que proposez-vous?

Il faudrait, dans chaque hôpital, un usager désigné comme « personne de confiance » qui intervienne, en amont, avant que tout cela n'arrive devant le juge. Aux Pays-Bas, il existe une importante association présente dans les établissements et qui assure une mission d' « advocacy », de défenseur des droits. Un usager de cette association, qui est une sorte de médiateur, intervient très rapidement auprès de la personne hospitalisée sans consentement, bien avant le passage devant le juge. Il ne s'occupe pas des questions juridiques, mais uniquement de celles liées au soin, à l'écoute et au respect de la personne. Aux Pays-Bas, la mise en place de ce service, en favorisant l'alliance thérapeutique, a permis le passage de 65 % d'hospitalisations sous contrainte en hospitalisations libres. Pour que cela fonctionne, ces usagers médiateurs ne doivent pas être intégrés dans un service, mais mis à disposition de l'hôpital et des patients.

Vous êtes opposée aux soins ambulatoires sans consentement, mais n'est-ce pas un moyen d'éviter les hospitalisations?

Mais il ne faut pas toujours éviter l'hospitalisation! Nous, usagers, avons conscience que c'est parfois la solution pour pouvoir aller mieux. La maladie mentale, c'est une « pathologie de la limite ». Il nous faut un cadre pour pouvoir être soigné au mieux de nos besoins et de notre intérêt. Ce cadre, il doit être négocié avec le patient. Et comme lorsque la crise survient, on n'est pas toujours capable de discerner ce qu'il faut faire, il faut que ce cadre soit négocié en amont, dans la confiance : établir un contrat de soins qui prévoit que l'on va être soigné chez soi et qui mentionne que l'on accepte que soit prise une décision d'hospitalisation en cas de non adhésion au programme de soins. Ainsi, on parviendrait à instaurer ce qui nous tient à cœur à la FNAPSY : du « soin ambulatoire librement consenti ».

la personne malade étant conduite à l'hôpital dans un « centre d'évaluation » pour 72 heures au plus.

L'urgence nécessite désormais des spécialistes

En imposant aux ARS *d'organiser un dispositif d'urgences* capable d'assurer aux personnes malades des soins « appropriés » à l'état [de la personne] et, *le cas échéant*, « de faire assurer son transport vers [l'hôpital] », la loi va dans le sens des demandes de l'Unafam, à savoir la mise en œuvre d'un dispositif de type SAMU, à condition que ce dispositif s'adjoigne des compétences psychiatriques.

L'hospitalisation sans tiers est aussi possible

Désormais, le directeur de l'hôpital d'accueil peut admettre la personne en soins psychiatriques sans la demande d'un tiers, lorsqu'il « s'avère impossible d'obtenir cette demande » (soit que la famille ou un proche n'en ait plus la possibilité, ou n'existe plus) et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne.

Les soins sans consentement en ambulatoire remplacent les sorties d'essai

Des soins ambulatoires sans consentement peuvent être prescrits à la sortie, soit d'un centre d'évaluation, soit d'une hospitalisation complète. Ils constituent une forme d'obligation de soins. Le patient doit respecter un programme de soins qu'il accepte après négociation avec son psychiatre. S'il y a rupture de sa part, le psychiatre qui « participe à la prise en charge du patient » constate la rupture et propose « immédiatement » au directeur de l'hôpital une hospitalisation complète, accompagnée d'un certificat médical circonstancié (article L. 3211-11). La loi n'en dit pas plus, mais il est assez clair que le directeur, une fois averti, n'a plus besoin de demande familiale, de certificats médicaux ou d'évaluation. La nécessité du soin étant établie, il accèdera à la demande du psychiatre et fera hospitaliser la personne en vertu d'une simple modification de la modalité des soins. La personne malade a été informée de cette éventualité dès l'établissement de son programme de soins. On peut apprécier le chemin parcouru en se rappelant ce que toutes les familles ont connu auparavant!

Cette nouvelle modalité légalise l'ancienne pratique des sorties d'essai qui se prolongeaient souvent durant de longues périodes, parfois des années.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) intervient dans la procédure

La grande innovation est évidemment l'introduction systématique du juge dans la procédure de maintien en hospitalisation psychiatrique complète : désormais, *toute personne* en hospitalisation complète sans son consentement ne peut y rester durablement sans que le JLD n'ait statué, « après débat contradictoire », au cours d'une audience publique en présence de la personne malade.

On peut rappeler d'abord que, sous l'ancienne loi de 1990 comme sous la présente, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques, ses parents, son curateur ou son tuteur, pouvaient toujours saisir le JLD à tout moment aux fins d'ordonner la mainlevée immédiate de la mesure sans consentement (article 3211-12 dans les deux lois).

La nouveauté est ici que l'intervention du juge est *systématique*, *au plus tard* au bout de quinze jours après l'admission, puis au plus tard au bout de six nouveaux mois d'hospitalisation complète continue, et ainsi de suite. Pour ces interventions, le juge dispose bien sûr d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'hôpital, et si la durée des soins excède une période continue d'un an, de l'avis d'un collège de trois personnes (deux psychiatres et un membre de l'équipe soignante pluridisciplinaire). La procédure actuelle pose trois problèmes :

- la présence de la personne ou de son avocat à l'audience du Tribunal;
- la communication des pièces du greffe aux personnes présentes à l'audience ;
- et le lieu où celle-ci se déroule.

Dans la pratique, la personne hospitalisée peut soit refuser d'assister à l'audience, soit en être dispensée par un certificat médical : c'est souvent le cas pour les personnes les plus malades. De la même façon, la personne peut refuser, et refuse effectivement en général, de se faire représenter par un avocat. Dans ce cas, l'avocat n'étant mandaté par personne, n'est même plus commis d'office : pourquoi rémunérer quelqu'un de muet ?

Actuellement, se présente donc en pratique à l'audience une minorité de patients demandeurs, assistés et/ou représentés par un avocat. Les premières expériences vécues soulèvent des problèmes sérieux qui demandent une réflexion plus approfondie :

- tout d'abord la résonance de la démarche judiciaire et de son décorum avec la fragilité et les délires des patients. Certains proposent en outre que ce soit le juge en charge des protections juridiques qui statue en lieu et place des JLD;
- ensuite la difficulté, en l'occurrence, du métier d'avocat : d'un côté défendre *a priori* ce que son « client » lui demande, de l'autre faire la part, chez ce client, du possible et de l'impossible à exprimer ses besoins réels dans l'état où il se trouve et dont l'apparence peut être si facilement trompeuse. Sur ce point, une formation des avocats est absolument indispensable pour éviter le risque de mainlevées hasardeuses et devrait être organisée rapidement.

Certains aspects devraient pouvoir trouver des solutions facilement. En effet, la règle est l'audience publique - toutefois l'audience est également possible « en Chambre du Conseil » (huis-clos) si le juge estime qu'il y a atteinte à l'intimité, ce qui est de plus en plus fréquent. La communication des pièces du greffe, notamment la lecture catastrophique de l'avis conjoint des deux psychiatres par le président du Tribunal, surtout en présence de la personne malade, et encore plus si l'audience est publique, est, nous semble-t-il appelée à disparaître, la Justice accédant en général à la demande des psychiatres. De même, des aménagements devront être trouvés pour les convocations à l'audience, destinés à diminuer les attentes inutiles... Des discussions entre directions des hôpitaux, psychiatres et juges sont en cours localement pour y mettre ordre et raison. Le temps y aidera.

Les lieux, enfin. Il est certain qu'il vaudrait mieux voir les juges se déplacer à l'hôpital que les patients au Palais de Justice. Le temps devrait, là aussi, faire apparaître les réalités de terrain : la géographie et les distances, la disponibilité des personnels, la qualité des relations entre juges et hospitaliers, tout cela dessine des solutions qui pourront être différentes selon les régions, selon les cultures, selon les hommes. Vérité en-deçà, erreur au-delà...

Il est certain que les personnes malades se seraient bien passées de tous ces tracas, mais il est aussi indubitable qu'à terme, la nouvelle Loi respectera mieux leurs droits. Vis-àvis des professionnels de la santé, elle impose un regard extérieur et des négociations qui devraient améliorer les chances d'informer les décideurs et les personnes malades sous une forme qui convient à la complexité des situations rencontrées. Si la loi est correctement appliquée, les conditions de transport à l'hôpital devraient être plus professionnelles et éviter le traumatisme des transports violents bien connus à l'UNAFAM.

Le Juge et le Préfet

Comme pour la précédente hospitalisation d'office, le préfet peut prononcer par arrêté « l'admission en soins psychiatriques d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » au vu d'un certificat médical circonstancié. Avant la nouvelle loi, il subsistait un vrai problème en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre chargé de la prise en charge au moment de la levée d'hospitalisation complète : l'UNAFAM et de nombreux soignants n'admettaient pas que le dernier mot reste au préfet. La présente loi leur donne assez largement satisfaction sur ce point.

Les patients que l'on dit en état de « dangerosité potentielle présumée »...

Trois catégories de patients font l'objet de dispositions spécifiques lors de la levée d'hospitalisation complète ou lorsque le JLD examine la situation de ces personnes :

- les patients qui, ayant bénéficié d'une déclaration d'irresponsabilité pénale à la suite d'un délit, ont fait l'objet d'une mesure d'admission en soins psychiatriques décidée par le préfet ;
- les patients qui sont hospitalisés dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) - UMD où l'admission est prononcée par le préfet ;
- les patients admis à des soins psychiatriques et ayant, *depuis moins de dix ans*, soit bénéficié de l'irresponsabilité pénale, soit passé au moins un an en UMD.

L'UNAFAM s'est opposée à cette « dangerosité présumée », en particulier lorsque celle-ci était fondée sur le seul fait d'avoir été hospitalisé en UMD. Le législateur a maintenu le principe d'une procédure spécifique en cas de passage en UMD, mais a accepté un droit à l'oubli après dix ans.

Pluriels n°99-100 Mars 2013

Les nouvelles dispositions concernant le suivi et la réinsertion des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et le soutien des aidants familiaux

Pour assurer le suivi et la réinsertion des personnes en ambulatoire, la nouvelle loi oblige les établissements de santé à conclure des conventions avec les représentants de l'État, ceux des collectivités locales, et avec les ARS (art. L. 3222-1-2).

De même, la nouvelle loi stipule que les ARS doivent *veiller à la qualité et à la coordination* des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes malades menées par les Établissements de Santé et par les associations comme l'UNAFAM, agréées pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique (art. L. 3221-4-1).

Pour l'UNAFAM, ce dernier article constitue la première étape de la reconnaissance demandée depuis cinquante ans.

En guise de conclusion

Les interventions de l'UNAFAM, en liaison avec ses partenaires habituels, usagers et soignants, ont permis de réelles avancées en même temps qu'elles limitaient certaines dispositions qui paraissaient à l'origine excessivement sécuritaires. Pour le signataire, les dispositions retenues dans la Loi du 5 juillet 2011 doivent être rapprochées de celles de la Loi de 2007 sur les protections juridiques et de l'article 122-1 du Code Pénal. Ces trois textes constituent un ensemble cohérent destiné à « protéger » les personnes qui sont d'abord des êtres en grande souffrance et donc fragiles et vulnérables. Dans cette perspective, il importe que tous les professionnels appelés à intervenir acquièrent, comme les aidants familiaux, des compétences spécifiques qui permettent de faire face avec tact aux conséquences de ce que la loi désigne dans les trois textes précités comme des facultés « altérées » ou « abolies ». Il reste, naturellement, que ce n'est pas la justice qui fait les « justes », mais bien l'inverse. Nul ne doute que l'avenir confirmera à nouveau la réalité de cette interprétation.

Jean Canneva Président d'honneur de l'UNAFAM

Les difficultés de l'accès au droit pour les patients sous contrainte. Constat et propositions¹

Un constat d'ensemble d'ineffectivité de l'accès au droit

Il est incontestable que la Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement a consacré une avancée majeure du droit des patients hospitalisés sous contrainte en rendant obligatoire un contrôle systématique des hospitalisations sans consentement à temps plein avant le délai de quinze jours, puis tous les six mois. Pour autant, ce qui ressort de l'expérience des acteurs du terrain qui œuvrent pour la défense des internés, qu'il s'agisse des acteurs associatifs qui reçoivent les demandes d'aide au recours de concernés ou de proches, ou d'avocats avec qui nous travaillons, c'est un constat d'ensemble qui confine à un constat de carence.

Les patients sous contrainte psychiatrique n'accèdent que difficilement à leurs droits et voies de recours, voire n'y accèdent pas du tout selon les lieux hospitaliers et les services. Ceux-ci restent ainsi trop souvent, malheureusement, de simples dispositions écrites sans traduction concrète. À telle enseigne, d'ailleurs, que des juges des libertés et de la détention ont dû sanctionner de tels manquements d'information des patients sur leurs droits par des mainlevées d'hospitalisations sans consentement en bonne et due forme ².

Ces manquements sont liés évidemment à l'absence d'informations adéquates et pratiques délivrées aux patients - cas le plus fréquent. En effet, nombre d'équipes de soins se contentent d'une vague information, purement orale, de leurs patients au moment de l'admission ou à celui du premier entretien avec un psychiatre du service, sur leurs droits généraux et leur situation juridique, sans délivrance de documents écrits, ou bien même sans que ces écrits trouvent, pour un patient sous neuroleptiques et donc diminué dans ses capacités, une traduction concrète et

^{1.} Voir sur ce sujet le texte d'une intervention de l'auteur le 30 septembre 2011, à la Haute école des avocats conseils de la Cour d'appel de Versailles, par Internet : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/167.

^{2.} Cf. par exemple sur l'Internet du CRPA, les décisions de mainlevée suivantes : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/231, ou bien même : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/268.

Témoignages

J'ai été victime de deux internements d'office (traînée à ce titre à l'IPPP...). Je suis convaincue que la nouvelle loi m'aurait bien aidée car le Juge des libertés aurait demandé la levée ou, au pire, le passage en HDT.

Qui consentirait à être interné d'office, abruti de médicaments donnés par voie intramusculaire de force, c'est-à-dire maintenu par des infirmiers, voire attaché, en cas de refus de prise par voie orale?

Qui consentirait à être traité, souvent dans les hôpitaux psychiatriques, de façon inhumaine ?

Il est parfois possible que des proches compréhensifs, aidés par le psychiatre, puissent enrayer une crise et éviter l'hospitalisation... J'ai aussi vécu ce cas de figure.

Je dois aussi souligner que, deux fois, des policiers m'ont conduite de force, mais avec une certaine humanité, j'avoue, devant des psychiatres. Ces derniers m'ont laissé sortir, livrée à moi-même, en réel danger... J'avais réellement besoin d'aide. En qui faire confiance ? Dans ce cas, le psychiatre aurait pu, au moins, contacter un proche...

Les nouvelles lois ne changeront pas grand-chose, à mon avis, si le reste du système ne change pas avec : il faudrait tout révolutionner, changer le regard des gens sur ceux qui passent en psychiatrie, c'est un sujet trop tabou en France. Peut-être que s'il y avait un gros scandale type Médiator avec un psychotrope, cela obligerait à prendre en compte les effets secondaires parfois dramatiques des médicaments.

Patricia de Portafax, usagère.

DANSENT LES MOTS, DENSES LES MAUX PSY QU'OSE ET PSY QU'ANALYSE

PSYCHOTIQUE - CHAOTIQUE

ÉTIQUETTE PSYCHIATRIQUE

THÉORIQUE - PRATIQUE

PSYCHIATRES ET PSYCHOTIQUES

TOUS PSY QU'ANALYSENT

LES UNS CANALISENT

LE TROP PLEIN QUE D'AUTRES EXTÉRIORISENT

LES UNS LISENT, ANALYSENT

CEUX QUI S'ENLISENT

DANS LEUR FOLIE QUI FRISE

MAIS AUSSI QUI DÉFRISE

QUELQUES-UNS RÉUSSISSENT (GUÉRISSENT ?)

D'AUTRES PÉRISSENT

ON DIT DE BEAUCOUP QU'ILS SE STABILISENT

MAIS IL FAUT SAVOIR CE QUE CES DERNIERS EN DISENT...

PSYCHIATRES ET PSYCHOTIQUES

TOUS PSY QU'ANALYSENT

LA PSY QU'ANALYSE DE QUOI LA PSY CAUSE

C'EST PSYCHO LOGIQUE

une portée pratique. Cette absence d'information va même - comme nous avons pu le constater dans une affaire que nous avons traitée dans le cadre du CRPA sur le ressort de la juridiction d'Amiens ³ - jusqu'à ne pas informer les patients de leur droit de refuser l'audience du Juge des Libertés et de la Détention par visioconférence et à inscrire d'office ces patients comme étant d'accord avec

de telles audiences alors même qu'aucune information loyale sur une telle modalité d'audience n'a été délivrée à ces patients. Cet état de fait constitue ainsi une violation caractérisée du point 2°) de l'article L 3211-12-2 du Code de la Santé Publique.

L'absence d'information adéquate et de formation pertinente des avocats constituent également un aspect redoutable de cet empêchement à un accès aux droits authentique pour les patients hospitalisés sous contrainte. Tout comme le fait que les avocats commis d'office dans

^{3.} Voir notre publication sur cette affaire sur le site du CRPA : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/261.

les contrôles des juges des libertés et de la détention soient désignés au dernier moment, la veille pour le lendemain ou le jour même [...]. Il faut dire d'ailleurs, à ce sujet, que la revendication d'une judiciarisation des internements psychiatriques n'a surtout pas été une revendication des avocats qui, dans l'ensemble, rejetaient toute idée d'une intervention obligatoire de leurs professions dans ce domaine. Il s'agit bien d'une revendication des organisations de patients et anciens patients psychiatriques et, en priorité, du Groupe Information Asiles (GIA) et des avocats collaborant avec cette association. Celle-ci a été prise en relai, à partir du printemps 2011, par le CRPA, qui en est une scission en date de décembre 2010 ⁴.

Ces mêmes avocats, qui se sont formés dans nos divers contentieux, ont formé et passé le relai à leurs collègues lors de l'application effective de la loi du 5 juillet 2011, puisque ce sont eux qui ont assuré les premières formations internes aux Barreaux. Ils se sont basés, au demeurant, tant sur leur expérience que sur nos bases de données publiées sur Internet. Voir, à ce sujet, les rubriques jurisprudences des deux sites faisant souche dans le « rendu public » des progrès du droit dans ce domaine: http://psychiatrie.crpa.asso.fr/+-jd-jp-juri-diction-jurisprudences-+ pour la période actuelle, depuis la décision historique du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, mais également pour le substrat historique, qui remonte aux années 80 : http://www.groupeinfoasiles.org/allfiles%20accueil%20dossiers/jurisprudence/a ccueiljurisprudence.htm.

Un progrès dans un début de changement de mentalité des équipes de soins

Un progrès, néanmoins, a eu cours depuis la Loi du 5 juillet 2011, au contraire de ce qui se passait il y a vingt ans ou même il y a encore dix ans : lorsqu'un patient interné réclame les services d'un avocat auprès de l'équipe de soins, il n'est plus aussi systématiquement qu'en ces années pas si lointaines qualifié d'être en accès paranoïaque procédurier, avec une hausse de ses neuroleptiques à la clé... Car, à vrai dire, il y a une dizaine d'années encore, les patients qui osaient réclamer de vive voix l'assistance d'un

avocat lors d'un internement psychiatrique étaient vus ainsi et risquaient, éventuellement, des représailles internes à la vie pavillonnaire pouvant aller jusqu'à la mise en chambre d'isolement, avec évidemment une hausse des doses de neuroleptiques.

Nos propositions pour une amélioration de l'accès au droit pour les patients sous contrainte⁵

- À l'instar de ce qui se pratique dans les gardes à vue, rendre obligatoire la présence d'un avocat ou d'une personne de confiance, selon le désidérata de l'interné, durant la période d'observation, que celle-ci soit de 72 heures maximum (ce qui est le cas actuellement), ou qu'elle soit réduite à 48 heures (ce qui pour nous serait préférable).
- Judiciariser les procédures de contrainte psychiatrique, qu'il s'agisse de l'hospitalisation sans consentement ou des programmes de soins, à l'issue de la période d'observation (de 48 h ou de 72 h), sans que cette période comprenne une contrainte aux soins. Le contrôle d'opportunité et de légalité opéré par les juges des libertés et de la détention aurait lieu avant la fin de la mesure d'observation et constituerait la décision de l'hospitalisation sans consentement, ou de la remise en liberté de la personne, ou de l'instauration d'un programme de soins. À cette occasion, et de façon systématique, un avocat serait mis à disposition de l'interné sauf si celui-ci souhaite expressément se défendre seul.
- Rendre obligatoire, dans l'hypothèse où le schéma actuel serait préservé par une disposition législative, le fait que l'avocat de l'interné se voie avisé de sa mission (s'il est commis d'office) trois jours avant l'audience en sorte d'avoir le temps de se faire communiquer les éléments de la procédure par le greffe du juge des libertés et de la détention et de déposer des conclusions écrites lors de l'audience. Le mode actuel de désignation de l'avocat commis d'office (la veille de l'audience ou le jour même) ne laisse pas un temps suffisant aux avocats pour pouvoir rédiger des conclusions écrites et les déposer.

^{4.} Voir à ce propos notre article : « La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et "putsch" judiciaire », sur le site du CRPA : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/267.

^{5.} Pour les revendications d'ensemble du CRPA, nous renvoyons au texte rendu public lors de notre conférence de presse du 20 avril 2012, à l'occasion du délibéré du Conseil Constitutionnel pour la QPC n°2012-235 du CRPA sur quatre articles de la loi du 5 juillet 2011 : http://psychiatrie.crpa.asso.fr/220.

- Mettre en place, dans tous les établissements psychiatriques et dans tous les pôles de psychiatrie de secteur, des établissements hospitaliers généraux, des points d'accès aux droits avec des juristes chargés de répondre aux demandes d'information et d'aide juridiques des patients de ces établissements. Les patients retenus dans les unités de soins pourraient joindre par téléphone les juristes de ces points d'accès aux droits.
- Former dans les principaux Barreaux des avocats volontaires, par nos propres associations, indépendamment des directions d'hôpitaux, afin de préserver l'indépendance de ces avocats qui sont des avocats des patients et non des avocats des institutions psychiatriques. Ces formations devraient être abondées selon des fonds à déterminer avec les barreaux, les ministères de la justice, de la santé et de l'enseignement supérieur (voir les UFR de droit des Universités).
- Systématiser la désignation de la personne de confiance dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement. Celle-ci pourrait former une interface très utile entre le patient, l'équipe, l'administration hospitalière, mais également le Barreau et le juge de contrôle.
- Refondre le système actuel de représentation des usagers en psychiatrie.

André Bitton

14

Président CRPA (Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie) andre.bitton2@orange.fr Site internet: http://crpa.asso.fr

Ancien Président du Groupe Information Asiles (GIA)

III. Les questions en suspens.

Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011.

Construite trop vite et avec des impératifs contradictoires, la Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été mise en œuvre « très rapidement grâce à une mobilisation exemplaire de l'ensemble des acteurs concernés » 1. Chacun a fait son possible pour l'appliquer de façon à respecter les droits des patients et à maintenir l'accès à des soins de qualité. Malheureusement, la précipitation n'a pas permis aux acteurs des mondes judiciaire et sanitaire de se concerter au plan national ou même régional. Les moyens donnés pour assurer ce travail supplémentaire ont été, pour l'instant, dérisoires, comparés à l'ampleur des tâches supplémentaires. Il ne s'agit pas ici de faire une critique de l'ensemble de la loi, mais de se centrer sur quelques points qui, à mon sens, posent problème dans le respect des droits des patients.

Il existe de nombreuses disparités dans les modalités d'application de la loi du fait des TGI et de leurs moyens, du fait des pôles et de leurs moyens. La façon dont les droits des patients sont respectés dépend donc en partie de leur lieu d'habitation.

La Loi prévoit que tout patient hospitalisé sous contrainte rencontre le JLD au cours d'une audience et doit bénéficier de l'assistance d'un avocat dans les quinze jours. Plusieurs remarques à ce sujet :

• La rencontre avec le JLD est, en général, bien perçue par les patients. Mais le déplacement au Tribunal, qui induit chez nombre d'entre eux le sentiment d'être jugé parce que malade, et l'attente dans des conditions difficiles, sont contre-productifs. Certains tribunaux et hôpitaux se sont équipés de visioconférence. Si cela évite le transport, cela ne permet pas le contact direct, mais ne faut-il pas vivre avec son temps? Bien sûr, la venue du JLD dans les hôpitaux, à condition qu'une salle soit aménagée et dédiée aux

^{1.} S. Blisko et G. Lefranc (Députés) : Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale du 22 février 2012.

audiences est, du point de vue soignant, la meilleure option;

- L'accompagnement au TGI est très lourd à organiser et très consommateur de temps en personnel. Certains pôles ont donc décidé de modifier leurs pratiques antérieures et de lever, autant que possible, les hospitalisations sous contrainte dans les quinze jours, ou de faire en sorte que le patient passe sous le régime du programme de soins en prévoyant une sortie d'une journée ou d'un week-end avant le quinzième jour. Ce type de décision soulève deux questions :
- le programme de soins mis en place pour éviter le déplacement au tribunal prive le patient de la rencontre avec le JLD, du débat contradictoire autour de cette hospitalisation sans consentement. Cela prive le patient de l'un de ses droits;
- la levée des soins sous contrainte interroge sur les pratiques antérieures. Attendait-on trop longtemps pour demander la levée des mesures ? Si tel était le cas, la mise en place de la loi est un plus pour le respect des droits des patients.

Un autre aspect de la loi est à questionner. En ce qui concerne les hospitalisations à la demande du représentant de l'État, le Préfet et le JLD sont impliqués dans le suivi des mesures, dans leur levée.

Les nombreux certificats que nous sommes amenés à rédiger suivent un circuit compliqué avec, à chaque fois, des risques d'erreur dans leur communication. Or, une erreur de procédure aboutit à la levée de l'hospitalisation, même s'il s'agit d'un problème simplement matériel. Le respect des libertés du patient est alors assuré, mais que dire du droit aux soins dont il a besoin ? D'un autre côté, lorsqu'existent une demande de levée d'une mesure et un désaccord entre le psychiatre et le Préfet, si un autre psychiatre confirme l'avis du premier, alors la mesure peut être levée. Que de circuits compliqués, de temps perdu pendant lequel le patient est contraint sans raison à être toujours hospitalisé!

Puisque maintenant la loi a prévu l'intervention de l'autorité judiciaire, la décision du Préfet est-elle toujours nécessaire ? Une procédure simplifiée ne garantirait-elle pas mieux le respect des droits des patients ? Ne serait-il pas intéressant que le JLD soit le seul décideur, qu'il puisse intervenir dans les 72 heures suivant l'admission et pour la levée de la mesure ? Le représentant de l'État ne pourrait-il pas être considéré comme un tiers particulier, le juge statuant également pour les levées de mesure pour les SDRE ? Deux autres points posent également problème :

- Il n'y a plus de sortie requise. En effet, si une famille souhaite lever l'hospitalisation qu'elle a demandée, elle doit en faire la demande au directeur qui, bien sûr, prend l'avis du psychiatre. Combien de directeurs prendront la décision de sortie contre l'avis du psychiatre ? Certes, cela préserve le droit aux soins mais pas celui des libertés ;
- Dans le cas de péril imminent, lorsque la famille a été contactée mais refuse de signer la demande de soins sous contrainte, le psychiatre est placé devant un dilemme difficile : doit-il être poursuivi pour non assistance à personne en danger ou pour hospitalisation abusive ? Il faudrait que la loi puisse répondre.

Enfin, reste la question du programme de soins. Celui-ci est destiné à régler la question des sorties d'essai qui proliféraient au cours de ces dernières années et qui détournaient la loi en imposant des soins ambulatoires sous contrainte pendant parfois des années. Il n'a pas été prévu de contrôle par le JLD de cette privation de liberté qui peut ne pas avoir de limite dans la durée. Certes, l'accord, le consentement du patient sont requis. Mais n'est-il pas dans l'obligation de donner son accord s'il veut sortir ? Lorsque le patient ne respecte pas le programme de soins, le médecin est placé dans une position de toute puissance : il peut informer le directeur et demander une hospitalisation immédiate, ou décider d'attendre un peu, mais sur quels critères ?

Il faudrait qu'une véritable réflexion soit menée sur les soins ambulatoires sous contrainte, sur ce que l'on en attend, réfléchir à partir des expériences d'autres pays. Qu'attend-on réellement d'un programme de soins ? Est-ce d'assurer l'accès aux soins et leur continuité, ou bien l'objectif est-il avant tout sécuritaire ? Ne faudrait-il pas l'intervention du JLD ? Comment faire en sorte que cet outil devienne surtout thérapeutique ? Et qu'il ne soit pas utilisé pour contourner la loi ou comme recours quasi systématique lors de la sortie d'hospitalisation ?

La Loi du 5 juillet 2011 devrait être revue, notamment sous l'impulsion du conseil constitutionnel. J'espère qu'il

y aura du temps pour une véritable réflexion, qui prenne en compte les deux dimensions de garantie des libertés et d'accès aux soins, et que les acteurs des mondes sanitaire et judiciaire, mais aussi les familles et les usagers soient réellement impliqués. Il serait également important que des espaces de rencontre entre magistrats et psychiatres soient mis en place afin que nous puissions mieux comprendre nos langages respectifs et peut-être en élaborer un qui nous soit commun.

> **Dr Marie-Christine Cabié** PH, Chef du Pôle Paris 11 Hôpitaux de Saint Maurice

La contrainte en psychiatrie : une fatalité ?

Pour Philippe Pinel, la condition préalable au traitement des aliénés était leur isolement dans un espace organisé à cet effet : l'asile. Ce postulat fondateur de la « philosophie » des soins psychiatriques, à la fin du XVII^e siècle, a profondément marqué l'histoire de la psychiatrie. Aujourd'hui encore, le champ de la santé mentale n'est pas indemne de ce postulat originel. Celui-ci a engendré, au fil du temps, ce que j'appellerai une véritable « culture de l'enfermement et de la contrainte » dont la psychiatrie moderne n'est jamais parvenue à se défaire totalement.

Ces dernières années ont même vu une recrudescence du recours à la contrainte (augmentation considérable des mesures d'hospitalisation sans consentement et de l'utilisation de pratiques coercitives au sein de nombreux services) qui doit, à mon sens, interroger les professionnels. On peut évidemment s'indigner, ne voir dans le recours à la contrainte qu'un intolérable manquement au respect de la dignité des personnes qui y sont soumises. Il n'est pas question de jeter l'opprobre sur les principes qui fondent nos valeurs humanistes, mais la réalité les malmène parfois.

Peut-être y a-t-il, dans la folie, quelque chose d'irréductible qui nous oblige parfois à mettre en œuvre des pratiques qui heurtent notre éthique professionnelle. S'agit-il de reconnaître que certaines situations nous confrontent aux limites de notre savoir et de notre savoir-faire de soignants, et nous amènent à prendre des mesures afin, non pas de traiter, mais d'assurer la sécurité des personnes alentour ? Cela éviterait des pirouettes intellectuelles, plus

ou moins élégantes, destinées à nous convaincre que tout ce que met en œuvre une équipe soignante est, par nature, thérapeutique. Assigner une valeur soignante à des pratiques telles que la mise en chambre d'isolement ou la contention physique, par exemple, a pour effet de banaliser le recours à la contrainte. Par ailleurs, les dispositions légales – soucieuses du respect des libertés individuelles – l'aménagent certes, mais ne la remettent jamais fondamentalement en question.

Alors, la contrainte en psychiatrie est-elle une sorte de fatalité ? Oui, sans doute, lorsque nous sommes face à cette part d'irréductible qui nous dépasse.

Un jeune homme, intolérant aux neuroleptiques, est atteint de cette forme particulière de schizophrénie appelée « héboïdophrénie », mélange de dissociation psychotique et de psychopathie. Ce patient, très persécuté, se montre très agressif envers tout le monde. Dans l'attente d'une série d'électrochocs dont on espère qu'elle apportera une période de répit, non seulement il est en chambre d'isolement, mais également sous contention physique la plupart du temps. Cette situation est très pénible pour le patient, bien sûr, mais aussi pour les équipes soignantes qui n'ont rien à proposer de « décent » et sont réduites à assurer la sécurité que ce patient menace objectivement.

Mais le recours à la contrainte est aussi, parfois - et de plus en plus souvent - une solution « de facilité ».

Dans un contexte délirant, Mr A. s'est introduit dans le hall d'un immeuble où il a appuyé sur toutes les sonnettes, provoquant ainsi quelque émoi. Admis en hospitalisation d'office pour troubles de l'ordre public, bien que calme et pas le moins du monde opposant à son arrivée, il est conduit en chambre d'isolement au prétexte qu'il est vraisemblablement schizophrène et inconnu du service. La question qui se pose là est de savoir si les préoccupations inhérentes à la sécurité doivent prendre l'ascendant sur les actes soignants. La priorité des soignants est-elle d'anticiper une possible dangerosité qui peut-être - c'est souvent le cas - n'est que fantasmée ? Ces façons de faire, outre qu'elles sont une atteinte aux libertés du patient, risquent par ailleurs d'hypothéquer l'alliance thérapeutique nécessaire à un accompagnement efficient.

Pluriels n°99-100 Mars 2013

Il existe même, dans certains services, un protocole de mise en chambre d'isolement systématique pour tout malade admis sans consentement. Ainsi, le recours à la contrainte, non seulement se banalise et s'intensifie, mais il s'officialise même parfois à travers des règles faisant fi des dispositions légales.

Outre l'anticipation d'un danger potentiel, il existe une baisse du seuil de tolérance des institutions et des équipes face aux troubles du comportement que peuvent générer par moment certaines pathologies et certaines circonstances. Il règne un sentiment d'insécurité qui pousse à prendre des mesures « sécuritaires », lesquelles ont pour effet de renforcer ce sentiment d'insécurité.

Comment une telle situation a-t-elle pu s'installer?

Plusieurs facteurs sont à considérer qui, en se conjuguant, conduisent à une appréhension à la fois de la maladie mentale et des pratiques soignantes, dans laquelle les relations humaines (qui le cas échéant s'avèreront thérapeutiques a posteriori) n'occupent plus la place essentielle qui, à mon sens, est la leur dans le travail en psychiatrie. J'ai eu, au cours de mes dernières années d'exercice, la nette impression d'assister à une forme de déshumanisation de la psychiatrie due à une volonté de médicaliser et de techniciser, d'objectiver des phénomènes éminemment subjectifs. Cette volonté a plusieurs conséquences. Tout d'abord, l'instauration et la multiplication des protocoles ¹, en niant la subjectivité des soignants, rend artificielle la relation et fait naître l'illusion que les soignants sont interchangeables. Le protocole en psychiatrie, c'est la pensée unique appliquée aux soins. Or une relation, de quelque nature qu'elle soit, exige une confiance réciproque, confiance qui ne s'acquiert qu'avec le temps et la constance. Il n'y a pas une manière de faire avec les schizophrènes par exemple, mais une bonne connaissance de la singularité de la personne souffrant de schizophrénie permet de l'accompagner dans les divers registres de son existence. Pour mener au mieux ce travail d'accompagnement, le soignant a besoin d'un outillage théorique relativement solide et d'un savoir-faire qui se forge au contact du terrain. Ici entre en ligne de compte un second facteur : celui de la formation des personnels. Au début des années

1990 a été supprimé le diplôme spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique, au bénéfice d'un diplôme unique polyvalent d'État (DUPE!). Des coupes claires ont été effectuées dans les enseignements théoriques et les temps de stages, moments privilégiés pour l'acquisition de ce savoir-faire indispensable, considérablement réduits. De jeunes collègues, insuffisamment « armés » du fait d'un manque de pratique et d'outillage théorique, arrivent dans des services de psychiatrie souffrant, de surcroît, d'un manque d'effectifs. Comment, dans ces conditions, ne pas se sentir insécurisé et ne pas voir dans la contrainte un moyen de maîtriser des situations parfois critiques ou susceptibles de le devenir ? La confiance nécessaire fait trop souvent place à une méfiance vis-à-vis des patients, laquelle ne peut qu'intensifier de possibles tensions, voire en faire naître. L'alliance thérapeutique ne peut naître que d'une relation de confiance et certainement pas de la contrainte qui, à mon sens, ne doit être qu'un ultime recours.

Le malheur de la psychiatrie, aujourd'hui, est qu'il y a la volonté d'en faire une spécialité médicale au même titre que les autres, ce qui n'est évidemment pas le cas. Face aux maladies mentales chroniques que sont notamment les psychoses, réduire les symptômes n'est que le début du travail; reste ensuite l'accompagnement sur l'ensemble des registres qui constituent l'existence d'une personne qu'il faut aider à renouer avec le contrat social qu'elle a rompu du fait de sa maladie. La psychiatrie est une discipline aux confins de la médecine et des sciences humaines et sociales qui ne peut se satisfaire du schéma médical type : symptômes, diagnostic, traitement. Elle exige, à mon sens, une réflexion beaucoup plus large. Le dispositif institutionnel de santé mentale souffre d'un cruel déficit de moyens, il se peut qu'elle souffre aussi d'un déficit de pensée, ce qui est dommage et à coup sûr dommageable.

Philippe Clément Infirmier de secteur psychiatrique, Paris.

Pluriels n°99-100 Mars 2013

 $^{1.\} Protocoles$ désormais opposables, ce qui signifie que leur non application constitue une faute.

Paradoxes et contradictions de la nouvelle loi.

La rapidité d'application de la Loi du 5 juillet 2011 a représenté, pour les établissements de santé, un véritable « stress test » tant elle a mis à l'épreuve, en plein été, leurs capacités d'adaptation à des exigences organisationnelles et administratives impactant très sensiblement l'organisation des soins et des services.

En même temps que les débats justifiés autour de l'opportunité d'une telle législation animaient la communauté soignante, notre établissement, comme l'ensemble des établissements d'Alsace et la majorité des établissements en France, n'a pas élaboré de stratégie de contournement, mais a réagi dans une posture de service public en charge d'appliquer les directives liées à ses missions. Il a fait au mieux pour assimiler les circulaires qui tentaient au jour le jour de préciser les modalités d'application de la Loi et a rapidement mis en place, en étroit dialogue avec le Président du TGI de Strasbourg, les conditions de sa mise en œuvre. Aujourd'hui encore, nous organisons régulièrement des rencontres animées par le Président du TGI de Strasbourg et qui réunissent les trois établissements psychiatriques du Bas-Rhin, les JLD et le Barreau.

Pourtant, au-delà des questions liées à son application, nous souhaitons interroger certains aspects qui concernent l'esprit même de cette loi fondée sur le respect des droits des personnes malades avec, en particulier, la judiciarisation du contrôle des mesures de contrainte aux soins en hospitalisation ou en ambulatoire.

La nouvelle loi améliore-t-elle l'adéquation entre la mesure de contrainte et la situation clinique du sujet au moment de son admission?

La séquence et la temporalité des certificats médicaux et des contrôles par le juge telles que la loi les prévoit montrent toute l'attention qui est portée à la prolongation des hospitalisations, mais questionnent assez peu sur le bien fondé de la décision elle-même. C'est effectivement sur le maintien et sur les conditions de l'hospitalisation sous contrainte que se prononcent les juges, alors qu'il nous paraît tout aussi important de veiller à ce que la décision même d'hospitalisation sous contrainte soit la plus réfléchie possible, en tenant compte des bénéfices attendus et

des éventuelles conséquences pour la personne. Nos rencontres quotidiennes avec les patients nous permettent de repérer que le vécu de l'hospitalisation (potentiellement « traumatique » dans certaines conditions) se construit souvent dans les premières heures et peut déterminer pour longtemps la représentation que le patient se fait du dispositif de soins, et par conséquent de l'usage volontaire qu'il pourrait en faire ultérieurement. C'est pour ces mêmes raisons que nous nous inquiétons du nombre de plus en plus croissant des demandes d'hospitalisations en péril imminent qui, si elles peuvent effectivement se justifier dans certaines situations de vraie absence de tiers, sont souvent utilisées pour accélérer le processus d'orientation à partir des urgences en faisant l'économie d'un échange quasi pédagogique avec le tiers pour l'amener de façon éclairée à assumer une responsabilité de substitution salutaire à l'égard de la personne en situation de souffrance et de danger. De plus, la persistance d'une procédure « d'urgence » avec demande de tiers (Article L 3212-3) crée parfois une interférence entre les décisions administratives et les décisions médicales. En effet, la seule différence entre une admission en péril imminent et une admission motivée par un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade est la possibilité ou non d'obtenir une demande de tiers. Or, le médecin ne devrait pas avoir à se positionner en fonction de cette problématique de tiers, mais uniquement en fonction de l'urgence des soins.

La « période d'observation » créée par la loi pour une durée maximale de 72 heures joue-t-elle réellement son rôle ?

Il faut rappeler les inquiétudes consécutives à l'introduction de cette période d'observation, qualifiée avant la publication de la loi de « garde-à-vue psychiatrique », et suspectée de se transformer en hospitalisation systématique de 72 heures minimum. Cette période est peu décrite par la loi. Un de ses objectifs semble être d'évaluer la forme de prise en charge la mieux adaptée entre l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires. La réalité est plus nuancée. Au centre hospitalier d'Erstein, environ un quart des mesures prononcées sont levées dans les 72 heures (dont environ les deux-tiers dans les deux premiers jours de la mesure), ce qui nous amène à penser que la

Pluriels n°99-100 Mars 2013

période d'observation sert bien souvent à prendre en charge une période de crise avec une sortie rapide ou une orientation vers les soins libres.

Pour compléter cette analyse, il faut signaler que la mise en place d'un programme de soins, possible dès la fin de la période d'observation (maximum 72 heures), est généralement plus tardive. En 2012, seuls une quinzaine de patients (sur 464 mesures prononcées) ont bénéficié d'un programme de soins dans les quinze premiers jours de la mesure.

La volonté d'améliorer l'information au patient est-elle atteinte ?

Depuis le 1^{er} janvier 2013, la régularité formelle des procédures de soins psychiatriques sans consentement est de la compétence du juge judiciaire et non plus du juge administratif. À ce titre, le Juge des Libertés et de la Détention, qui se prononçait jusque-là uniquement sur le bien fondé des mesures, peut maintenant se prononcer sur l'irrégularité des décisions administratives (admission et différentes prolongations de la mesure). Depuis le 1er janvier 2013, les avocats soulèvent donc régulièrement le fait que l'information du patient n'est pas tracée dans le dossier. Faudra-t-il donc, pour chaque décision administrative (4 décisions dans les 8 premiers jours...), faire signer le patient pour attester de son information ? Il nous semble qu'il y a là le risque de transformer une obligation de résultats (le patient est informé) en obligation de moyens (tous les éléments lui sont remis), au risque de transformer le dialogue patient-soignant en machine administrative.

La pratique des soins ambulatoires sous contrainte répond-elle à ses objectifs fondateurs ?

En effet, l'introduction de la notion de soins sans consentement en ambulatoire avait notamment pour objectif de remplacer les « sorties d'essai », quelquefois très prolongées, et de faciliter la réinsertion des personnes et la continuité de leurs soins après une hospitalisation à temps plein. Cet objectif nous semble partiellement atteint. Cependant, on peut noter que la notion de programme de soins, avec la structure et la régularité des soins qu'il impose, n'est pas toujours adapté d'emblée au sortir de

l'hospitalisation complète. Il manque, à notre sens, un dispositif transitoire permettant de gérer une phase d'ajustement avec le patient et qui pourrait ressembler aux anciennes sorties d'essai. Aujourd'hui, certains programmes de soins comportent cinq jours d'hospitalisation complète alors qu'ils ne sont pas soumis au contrôle du JLD. Cette pratique a été pointée par les associations de familles mais, loin d'être une volonté de se soustraire au contrôle judiciaire, elle correspond à un vrai besoin pour certains patients pour lesquels la mise en place de soins ambulatoires est longue et nécessite, dans une première phase, des ajustements permanents que le programme de soins ne permet pas toujours de gérer.

À l'inverse, on peut noter que la Loi n'a pas envisagé de rendre possible les soins ambulatoires sous contrainte sans passer par une phase d'hospitalisation. C'était pourtant une vraie demande des associations de parents qui regrettaient, depuis longtemps, et à nos côtés, l'impossibilité d'intervenir sous contrainte en dehors de la nécessité d'une hospitalisation.

Dans quelle mesure la multiplication des certificats médicaux et l'audience par le JLD garantiraient une meilleure légitimité clinique et juridique de la mesure de contrainte ?

Il semble que le législateur ait fait un lien entre la multiplication des certificats médicaux et la qualité informative des éléments cliniques permettant aux juges d'éclairer ses décisions. Plusieurs remarques peuvent venir nuancer cette hypothèse. D'une part, le contenu attendu des certificats médicaux dans leur partie de description clinique n'a jamais vraiment été précisé et il reste très dépendant des habitudes de rédaction et de description sémiologique des praticiens. D'autre part, le temps que va consacrer un praticien à l'examen d'un patient dans le cadre de la rédaction des certificats médicaux se réduit également du fait d'un nombre de plus en plus important dans un délai correspondant aux exigences administratives et judiciaires. Il nous arrive ainsi de devoir, dans une même demi-journée et en plus de nos activités hospitalières courantes, examiner entre cinq et dix patients pour rédiger les certificats demandés. Comment, dans ces conditions, consacrer le temps nécessaire pour dépasser l'approche sémiologique

et descriptive, suffisante à la rédaction des certificats, mais insuffisante pour autoriser la construction d'une alliance thérapeutique et une dialectique partagée avec le patient autour du bénéfice/risque de l'hospitalisation? Concernant l'audience par le JLD, nous n'ajouterons rien aux commentaires abondants qui ont pu être faits sur les conditions de sa tenue et sur les difficultés que peut représenter l'organisation de ces audiences, notamment lorsque le juge ne se déplace pas dans l'établissement. Nous préférons attirer l'attention sur le fait que la « sophistication complexe » de la procédure contraste avec le manque de précision et de cadrage qui

laisse aux acteurs des marges d'interprétation et, d'autre part, avec ce que l'on sait de la pénurie de psychiatres dans certaines régions ou établissements. C'est pourquoi, là où l'intention louable reste d'apporter plus de garanties au patient, pourrait émerger, en fin de compte, le risque de renforcement des inégalités de chance et d'accès aux soins.

Aude Menu

Directrice adjointe chargée de la vie financière et des services techniques et logistiques au Centre Hospitalier d'Erstein (Alsace)

> **Docteur Philippe Meyer** psychiatre, président de CME, CH d'Erstein

1993 - 2013

La MNASM

vous informe que, sur décision de l'Administration Centrale

et après 20 ans de fonctionnement,

elle cesse ses activités au 31 mars 2013

La lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

Directeurs de la publication :Catherine Isserlis, Serge Kannas

Rédacteur en chef :Sabine Rivet

Ont participé à ce numéro :

André Bitton, Marie-Christine Cabié, Jean Canneva, Philippe Clément, Claude Finkelstein, Raphaël Mayet, Aude Menu, Philippe Meyer, Patricia de Portafax, Marion Primevert, Isabelle Reghi, Isabelle Rome.

> PLURIELS, 5 avenue d'Italie, 75013 Paris Téléphone 01.53.94.56.90 Télécopie 01.53.94.56.99 E-mail: mission@mnasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver tous les numéros de Pluriels sur le site : www.mnasm.com