

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine

Laboratoire d'Ethique Médicale

et Médecine Légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 2 "RECHERCHE EN ETHIQUE"

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2011-2012

L'OBLIGATION DE SOINS EN PSYCHIATRIE

SUITE A LA REFORME DU 5 JUILLET 2011

Présenté et soutenu par

Karine RUAULT-CHENU

Directeur du mémoire

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Coffin

REMERCIEMENTS

A **M. JEAN-CHRISTOPHE COFFIN** pour sa présence attentive et ses conseils avisés,

A **M. CHRISTIAN HERVE** pour ses enseignements sur la vulnérabilité humaine et l'éthique médicale,

AUX **DR AMAR, CORDIER, SCHUSTER ET THIRIEZ** pour avoir accepté de se prêter aux entretiens aussi spontanément et avec autant de gentillesse,

A **ANNE PIERRE-NOËL**, la directrice de la communication de l'UNAFAM, pour m'avoir mise en relation avec des familles de malades,

A **MELODIE BUSSON**, pour le temps consacré et son soutien dans les épreuves récentes,

A **JULIEN SEMPÈRE** et **AUDE DE LA DORIE**, dont l'altruisme m'a touché et l'aide précieuse,

A tous ceux qui m'ont demandé de respecter leur anonymat, merci pour vos témoignages,

A **ELEONORE HERMAND, BARBARA LANTZ, JULIE SACUTO** et **ALEXANDRA SIEFFERT**, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur amitié sans failles,

A mes parents, **MARIE-FRANCE RUVAULT** et **JEAN-JACQUES CHENU** pour leurs encouragements, leur soutien indéfectible et leurs ultimes corrections.

Je vous remercie tous pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet qui touche plus de personnes qu'on ne le croit et qui mérite toute notre attention.

SOMMAIRE

Introduction	5
Problématique.....	9
Contexte.....	11
Méthodologie.....	14
PARTIE I : analyse des résultats.....	17
Titre I : Analyse de textes.....	17
Chapitre I : Les rapports d'évaluation et les propositions de loi sous l'empire de la loi de 1990	19
Chapitre II : Le projet de loi.....	42
Chapitre III : Les modifications du projet de loi sous l'impulsion des droits fondamentaux garantis par la Cour Européenne des Droits de l'Homme et le Conseil Constitutionnel	50
Chapitre IV : Le texte de loi définitif.....	61
SCHEMA RECAPITULATIF DES SOINS_A LA DEMANDE D'UN TIERS	71
SCHEMA RECAPITULATIF DES SOINS SUR DECISION D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT	76
Titre II : Entretiens semi-directifs	77
Chapitre I : Les entretiens semi-directifs du corps médical.....	77
Chapitre II : Les entretiens semi-directifs de personnes ayant fait l'objet de soins contraints.....	85
PARTIE II : Discussion	88

Chapitre I : Liberté, consentement et obligation de soins	88
Chapitre II : L'augmentation des mesures	95
de soins contraints.....	95
Chapitre III : Image du malade psychiatrique : entre dangerosité et exclusion	98
Conclusion	101
BIBLIOGRAPHIE.....	102
Annexes.....	113
ANNEXE I : Entretien semi-directif.	113
ANNEXE II : Liste des personnes interrogées	114
Résumé	115

INTRODUCTION

« C'est bien la pire folie que de vouloir être sage dans un monde de fous. »

Didier Erasme, *Eloge de la folie*.

« La société [appelle] fous ceux qui ne sont pas fous de la folie commune¹. » Les individus visés par l'obligation de soins sont souvent en marge de la société, en décalage avec cette réalité commune qui nous maintient dans l'illusion du normal. La maladie psychiatrique regroupe plusieurs troubles mentaux comme les handicaps mentaux et psychiques. La population touchée est d'autant plus vulnérable que la maladie psychiatrique génère souvent un certain isolement, et ceci malgré l'existence éventuelle d'une famille. Au fur et à mesure que la maladie progresse, les malades se marginalisent, s'enfonçant trop souvent dans une spirale de désocialisation. C'est une situation de détresse dans laquelle se trouvent le malade et ses proches.

La loi promulguée le 5 juillet 2011² relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Elle a réformé la loi du 27 juin 1990³ relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Son objectif est de réformer l'hospitalisation d'office pour concilier qualité des soins et sécurité des personnes. Cette loi est le support de ce mémoire à la fois comme illustration de la récurrence des difficultés qu'éprouve la psychiatrie à sous-tendre à une idée commune de soins et de méthodes et comme la pierre angulaire des pratiques françaises à venir en psychiatrie. Elle mérite pour cette raison que le cheminement de son élaboration, son fonctionnement et ses enjeux soient saisis dans leur intégralité.

L'idée d'une réforme n'était pas nouvelle. Il y avait eu auparavant de nombreuses propositions de loi, issues des parlementaires, qui avaient pour objet de réformer la loi de

¹ Madame Roland, *Mémoires*, Tome I, 3^{ème} édition, Baudouin Frères, Paris, 1827, p.78.

² Loi n° 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, parue au JORF n° 0155 du 6 juillet 2011 p.11705.

³ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, parue au JORF n°150 du 30 juin 1990 p.7664.

1990. Aucunes n'avaient abouties. En effet, réformer les lois établies en psychiatrie n'est pas aisé. Les conflits de valeur sont tels qu'un consensus en la matière est rare.

Le projet de loi élaboré par Roselyne Bachelot, qui a donné naissance à la loi du 5 juillet 2011, a été jugé sécuritaire par un bon nombre du personnel travaillant en psychiatrie. Leurs critiques ne se sont pas tues pas avec la promulgation de la loi : manque de concertation, défaut de moyens financiers et humains, mise en œuvre délicate de la présentation des patients devant le juge, leur statut n'étant pas celui d'un justiciable ordinaire, mais d'un individu malade. Les magistrats ont aussi réagi, moins sur le fond que sur la forme, puisqu'ils sont déjà en sous effectif et que leur tâche s'avère d'autant plus délicate qu'ils ne disposent pas de formation médicale. Ces critiques mettent en exergue la difficulté d'élaborer une règle générale dans le domaine de la psychiatrie car les tensions y sont fortes et touchent aux libertés publiques individuelles.

Cette loi illustre le télescopage de principes comme l'obligation de soins qui passe outre le consentement du patient à ses soins. Comme mesure de protection de la personne, l'obligation de soins apparaît comme légitime. Comme mesure attentatoire à la liberté, l'obligation de soins doit connaître des limites. La rencontre de systèmes de pensée différents jalonne cette loi et c'est la raison pour laquelle la matière éthique est au cœur de ce mémoire. Rappelons que selon Paul Ricœur, le terme éthique est réservé pour « tout le questionnement qui précède l'introduction de l'idée de loi morale » et qu'il désigne par morale « *tout ce qui dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des lois, des normes et des impératifs.*⁴ »

⁴ Paul Ricœur, *Ethique*, in Les essentiels d'Universalis, 1^{ère} édition, Tome XIII, Paris, 2005, p.1850.

Il apparaît dans le discours politique et médiatique que le malade est potentiellement criminel, dangereux et irresponsable tant vis-à-vis de lui que de la société (donc pénal). Cette loi précipite l'amalgame entre le malade en psychiatrie et le prévenu, le patient qui subit la décision d'obligation ayant à passer aujourd'hui devant le juge. Pourtant, c'est une population vulnérable qui subit davantage les agressions qu'elle ne les provoque selon un rapport de la Haute Autorité de Santé⁵.

L'imbrication des domaines médical et juridique n'est pas un phénomène nouveau mais il prend de l'ampleur. Lorsqu'il y a la notion de justice, il y a toujours la notion de droit. Le juge s'appuie nécessairement sur des textes. Ces textes, ce sont des lois votées au Parlement et dont l'initiative est celle des parlementaires ou du gouvernement. La judiciarisation inquiète une partie du corps médical car la médecine comporte une part d'humanité qu'aucun texte ne peut régir mais qui trouve sa légitimité dans la protection (non seulement juridique mais aussi de la sécurité des personnes) réciproque des patients et des médecins.

⁵ FTV avec agences, Plus victimes de violences qu'auteurs de crimes, France 2.fr, <http://info.france2.fr/sante/plus-victimes-de-violences-qu-auteurs-de-crimes-69572831.html>, consultation le 22/11/2011.

PROBLEMATIQUE

Une évaluation complète des pratiques issues de la loi serait précoce et impossible car elle est trop récente. Une étude théorique des valeurs, des débats et des arguments en présence est en revanche indispensable pour une meilleure compréhension de cette loi.

Nous proposerons ici de porter une réflexion globale sur les droits des malades, à travers des questions particulières aussi diverses que l'obligation de soins, ses limites, l'opposition entre la liberté et la sécurité au sein de cette loi ou encore la conciliation du secret médical et de la publicité des audiences publiques. La relation étroite de ces notions, domaines privilégiés de l'éthique, leur antinomie et leurs incursions dans le quotidien de certains ou à travers les faits divers ont pu amener chacun à se faire sa propre idée sur cette loi. Cette dernière a également une forte résonance en droit des personnes, ce que je n'ai pu m'empêcher de noter en tant que juriste.

Le Juge des Libertés et de la Détention est une bonne illustration des oppositions inhérentes à cette loi. Il porte en lui ces contradictions. Son nom, tout d'abord est révélateur, son rôle, ensuite, le prouve aussi puisqu'il s'agit de garantir les droits de la personne privée de liberté et de contrôler la proportionnalité de la mesure de détention afin de la maintenir.

Cette étude se propose de présenter la loi du 5 juillet 2011 au regard des valeurs qu'elle confronte nécessairement s'agissant d'une loi qui d'une part, réduit la liberté d'aller et de venir de certains malades, et d'autre part tend à la recherche d'un équilibre entre la liberté individuelle et la sécurité de l'ensemble des citoyens. La loi de 2011 représente-t-elle

le compromis attendu entre privation de liberté, protection des individus et garantie des droits ? En psychiatrie, quelles sont les limites à l'obligation de soins ?

Nous aurons pour objectif d'analyser les principales notions contradictoires avec lesquelles la loi du 5 juillet 2011 a dû jongler. Les objectifs complémentaires de cette étude portent sur l'appréciation personnelle de cette loi par les individus concernés : patients, psychiatres, aidants. Cette étude devrait être lue avec une certaine retenue, la proximité temporelle de l'entrée en vigueur de la loi et le climat politisé de celle-ci pouvant empêcher l'impartialité à laquelle je suis, pour ma part, tenue.

CONTEXTE

Cette réforme fait suite au discours de Grenoble du 2 décembre 2008 de l'ancien Président, Nicolas Sarkozy, en réaction à un fait divers dramatique à la une de tous les journaux de l'époque : un malade atteint de schizophrénie s'est enfui de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève et a poignardé un étudiant⁶ à mort. Il y annonce plusieurs réformes : la sécurisation des établissements psychiatriques et la création de nouvelles unités spécialisées pour les malades difficiles. L'objectif était de réformer l'hospitalisation d'office pour concilier qualité des soins et sécurité des personnes⁷.

Cette formule rappelle celle de Simone Veil pour décrire la loi de 1990 à une différence près que la sécurité des personnes a remplacé les libertés publiques dont parlait Mme Veil en 1993 : « *un compromis entre deux impératifs, celui de respect des libertés publiques et celui d'efficacité des soins psychiatriques.*⁸ » La politique du tout sécuritaire est la critique la plus communément répandue sur cette loi. Je ne souhaite pas tomber moi-même dans ce discours politisé mais je ne peux faire abstraction de ce contexte.

Le Conseil Constitutionnel avait été saisi en octobre 2010⁹ et juin 2011¹⁰ de Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) selon la procédure de l'article 61-1 de la Constitution, relatives à la conformité de différentes dispositions issues de la loi de 1990 aux

⁶ O.W. et L.S., Un déséquilibré échappé de l'hôpital tue un étudiant, le Figaro, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/11/13/01016-20081113ARTFIG00303-un-desequilibre-echappe-de-l-hopital-tue-un-etudiant-.php>, consultation le 31/03/2012.

et Naila Faye, Drame de Grenoble, l'Express, http://www.lexpress.fr/actualite/societe/drame-de-grenoble-remonter-la-chaine-des-responsabilites_706192.html, consultation le 31/03/2012.

⁷ Nicolas Sarkozy, Le discours sécuritaire de Sarkozy le 2 décembre 2008, Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, http://www.collectifpsychiatrie.fr/?page_id=2, consultation le 10/12/2011.

⁸ CIRCULAIRE N° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

⁹ Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010.

¹⁰ Décision n° 2011-135-140 QPC du 09 juin 2011.

droits et libertés que la Constitution garantit. Il fallait procéder à une mise en conformité de la loi de 1990 afin de répondre aux impératifs constitutionnels et européens, notamment par l'introduction d'un contrôle systématique du JLD.

Cette nécessité de réforme avait été envisagée dès le Rapport Strohl de septembre 1997, rapport d'évaluation que la loi de 1990 prévoyait d'elle-même¹¹. Par la suite, plusieurs parlementaires, comme nous le verrons, ont également élaboré des propositions de loi, qui ont été débattues au sein de l'Assemblée Nationale. Elles ont toutes été rejetées. Nous en aborderons les raisons plus loin.

Un mois seulement après sa promulgation, la loi est entrée en vigueur. Des dispositions transitoires ont été prévues pour ceux qui étaient anciennement sous le régime de l'hospitalisation d'office. Et, fait rare dans la législation française, des décrets d'application, ainsi que des circulaires de présentation de la loi et de sa procédure ont été élaborés avant l'entrée en vigueur de la loi. La célérité est à noter.

Des collectifs de protection des patients et de protestation ont été créés. Des colloques et des journées d'information sont organisés régulièrement. De grands psychiatres et professeurs sont amenés à donner leur avis à l'occasion d'interviews à la radio et à la télévision. La polémique n'est pas terminée.

Notre société répond aux maladies psychiatriques par un certain degré de tolérance, d'intégration et d'aides mais ce degré franchi, la société répond par l'obligation de soin, l'hospitalisation complète étant sa forme la plus poussée.

Le nombre des hospitalisations d'office, sous l'ancienne loi, a vu sa tendance s'inverser depuis 1993. Selon la cour des comptes, « *les hospitalisations sous contrainte ont connu une*

¹¹ Loi n° 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, parue au JORF n° 0155 du 6 juillet 2011.

telle croissance qu'en 2003, leur nombre était aussi élevé que dans les années 1960 c'est-à-dire, avant la mise en place de la politique de secteur en France (1970) et qui s'élevaient à 76 700¹² ». Depuis 2007, le nombre de ces hospitalisations commençait à baisser, pour atteindre en 2010 un chiffre à nouveau assez élevé de 74 525¹³. La loi de 2011 est intervenue à ce moment là.

¹² Georges Hage, *proposition de loi relative à la prise en charge médicale et aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux*, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 30 janvier 2007.

¹³ Cour des comptes, *Rapport public thématique soins en psychiatrie : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan » psychiatrie et santé mentale » [2005-2010]*, décembre 2011, p. 36 et 37.

METHODOLOGIE

A) Analyse de textes.

1) Choix des textes.

Afin de comprendre les notions contradictoires de la loi du 5 juillet 2011, il me paraissait important d'analyser son processus d'élaboration. S'agissant d'une réforme, il était également nécessaire de comprendre la précédente loi et d'observer les lacunes de celle-ci à travers les commentaires déjà exprimés par les professionnels de santé. Par ailleurs, la réforme de 2011 a repris de nombreux éléments qui se trouvaient déjà dans des propositions de loi antérieures, sur lesquels il était intéressant de se pencher sans plus tarder.

2) Méthode.

L'analyse de textes nous permettra de mettre en avant les points saillants de ces derniers. Elles sont organisées soit en regroupement d'idées soit en une synthèse de leur contenu. Quant à l'analyse de la loi en vigueur, elle suit les distinctions que la loi a faite elle-même entre les soins à la demande d'un tiers et ceux demandés par le représentant de l'Etat.

B) Entretiens semi-directifs.

1) Justification.

a) Les entretiens semi-directifs.

Recueillir l'avis des professionnels de la psychiatrie me semblait être une évidence pour saisir les enjeux pratiques de la réforme opérée le 5 juillet 2011 et entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. La forme de l'entretien semi-directif m'a permis de poser des questions qui me semblaient pertinentes sans induire de réponses à mon interlocuteur, leur octroyant par

conséquent une certaine souplesse dans leurs réponses et de la spontanéité. Certains entretiens ont été faits directement en face à face, d'autres m'ont été transmis par écrit.

b) Populations.

Les personnes que j'ai choisi d'interviewer sont à la fois issues du personnel hospitalier et de proches de personnes malades bénéficiant de soins en psychiatrie.

Les psychiatres que j'ai rencontrés travaillent tous à l'hôpital. Certains y donnent des consultations en dehors de la sectorisation, sans être néanmoins confronté directement aux soins sous contrainte, d'autres travaillent au contraire au cœur du système de la réforme, dans les unités d'accueil des patients, et les unités fermées. L'un des hôpitaux psychiatriques visités est un hôpital universitaire. Ils sont tous agréés à prendre en charge des patients visés par les mesures de soins contraints.

J'ai également rencontré un agent administratif ayant mis en place les réformes nécessaires pour la nouvelle loi au sein de son hôpital.

Les familles que j'ai pu contactées grâce à l'action de la directrice de la communication de l'UNAFAM ont également permis d'apporter un regard extérieur, plus intime, sur la maladie psychiatrique.

Les témoignages des personnes rencontrées qui ont connu des hospitalisations libres, à leur demande donc et des hospitalisations à la demande d'un tiers se sont révélés très critiques des pratiques. Le regard est sévère sur la philosophie des soins et l'articulation entre la sécurité au sein de l'établissement et les droits et libertés des patients.

2) Méthode.

J'ai élaboré les questions de l'entretien après une lecture approfondie de la bibliographie en matière de psychiatrie et d'observations sur la réforme de 2011. J'avais

également déjà assisté à un colloque sur l'obligation de soins et l'application de la nouvelle loi.

Mon questionnaire a été validé par un psychiatre et un professeur de sciences humaines et sociales. La grille d'entretien se trouve en ANNEXE I : Entretien semi-directif.

PARTIE I : ANALYSE DES RESULTATS

Titre I : Analyse de textes

L'avènement de la loi du 27 juin 1990¹⁴ fit l'effet d'une révolution pour la législation psychiatrique. Elle remplaçait une loi datant de 1838, la fameuse loi dite « Esquirol ». L'un des plus long règnes législatifs prenait fin. Sa réforme était souhaitée par tous les intervenants du monde psychiatrique depuis longtemps.

En effet, sous l'empire de la loi Esquirol, l'hospitalisation libre, c'est-à-dire décidée par le malade, n'existait pas. Elle n'avait tout simplement pas été prévue. En 1914, le Dr Jean Calot relate dans son *Essai critique de la loi de 1838 et de sa réforme*, que les malades voulant se faire hospitaliser sans qu'un de leur proche soit impliqué ou qui n'en n'avait tout simplement pas, demandait aux « *débitants de boissons, dont les boutiques [étaient] aux alentours des asiles, [...] moyennant pourboires, [de remplir] les fonctions légales du placeur d'aliénés.* »¹⁵ L'auteur souligne l'ironie de l'intitulé de la procédure du placement « volontaire ». Le Dr Jean Calot note que dans bon nombre de maladies psychiatriques, le patient conserve sa lucidité. La loi de 1838 n'avait pas envisagé cette éventualité pourtant très courante.

La loi de 1990 participe d'un mouvement d'engouement pour les droits des patients et l'accès aux soins. Elle a créé, ou plutôt légalisé la pratique de l'hospitalisation libre. Le placement volontaire a été remplacé par l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et le placement d'office par l'hospitalisation d'office (HO).

¹⁴ *Op. cit.* (3) p.5.

¹⁵ Jean Calot, *Des formalités imposées aux psychopathes : essai critique de la loi de 1838 et de sa réforme*, A. Leclerc, Paris, 1914, p.26.

La loi de 1990 a fait l'objet de rapports d'évaluation et de propositions de réformes (Chapitre I), puis d'un projet de loi visant à la réformer (Chapitre II). Ce rapport a connu quelques modifications pour répondre aux normes constitutionnelles et européennes (Chapitre III) et devenir le texte de loi définitif promulgué par l'Assemblée Nationale le 5 juillet 2011 (Chapitre IV).

Chapitre I : Les rapports d'évaluation et les propositions de loi sous l'empire de la loi de 1990

Les rapports d'évaluation d'une loi jouent un rôle essentiel pour son évolution. Ils ont une double mission : soumettre une évaluation et proposer des améliorations. La loi du 27 juin 1990 fut plusieurs fois évaluée et critiquée, au point de donner lieu à plusieurs propositions de lois de la part des parlementaires et des institutions qui avaient été engagées pour le faire. Entre 1997 et 2011 de nombreux rapports et propositions ont été élaborés.

La loi de 1990 prévoyait sa propre évaluation au bout de cinq ans ; elle n'eut lieu qu'en 1997. Le groupe national d'évaluation rendit un rapport, dit le rapport Strohl¹⁶ du nom de sa présidente, inspectrice générale des affaires sociales. Ce groupe est composé de professionnels, de représentants de malade et de leur famille et de représentants des ministères concernés (Santé, Justice et Intérieur). Comme Simone Veil, ce rapport décrit la loi de 1990 comme « *un compromis entre deux impératifs, celui de respect des libertés publiques et celui d'efficacité des soins psychiatriques*¹⁷ ». Ce rapport s'appuie sur les rapports annuels des Commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique, institution mise en place par la loi de 1990. Cette évaluation a mis en exergue les difficultés que la loi de 1990 a presque immédiatement soulevées.

Le rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt de juillet 2001¹⁸ est aussi connu que le rapport Strohl. Prônant une idéologie alternative de la psychiatrie, ce rapport se présente comme un projet très élaboré de réflexion et de refonte de l'institution

¹⁶ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001.

psychiatrique. Il dépasse le sujet de l'évaluation de la loi de 1990 pour s'intéresser à la santé mentale dans son ensemble.

Le troisième rapport étudié fut conjointement écrit par les inspections générales de l'administration (IGA), de la police nationale (IGPN) et de la gendarmerie nationale (IGGN) en mai 2004. Il aborde les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement¹⁹.

Enfin, en mai 2005, une proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 fut présentée par le docteur Alain Lopez et Isabelle Yeni, membres de l'inspection générale des affaires sociales et Martine Valdes-Boulouque et Fabrice Castoldi membres de l'inspection générale des services judiciaires²⁰. Ce rapport a été commandé par le ministère de la santé, des affaires sociales et de la justice afin d'étudier les principes pouvant guider une réforme de la loi de 1990. Il est clair et exhaustif.

Ces différents rapports suivent un schéma établi de constats (Section 1) aboutissant à des propositions d'améliorations de l'organisation de la psychiatrie (Section 2). Dans un premier temps, il est nécessaire de faire un rappel des procédures de la loi de 1990 (Section 1).

¹⁹ Rapport de l'Iga, IGPN, IGGN, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, mai 2004, 158p.

²⁰ Rapport IGAS/IGSJ n°2005064, présenté par le Dr. Alain Lopez et Isabelle Yeni, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et Martine Valdès-Boulouque, Fabrice Castoldi, membres de l'Inspection Générale des services judiciaires, portant *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, mai 2005, 85p.

Section 1. Le régime de la loi du 27 juin 1990.

Cette loi répond à une promotion des droits des malades mentaux, à une proportionnalité entre les soins et la restriction des libertés individuelles ainsi qu'à un objectif de guérison. Elle s'articule autour de trois mesures.

A) L'hospitalisation libre.

Avec cette loi, l'hospitalisation libre, nouvellement créée, devient le principe et les deux autres modes d'hospitalisations de 1838, placement volontaire et placement ordonné par l'autorité publique devenu respectivement hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO) depuis 1990 sont conservés bien que la terminologie ait été modifiée.

Tout le premier volet de cette loi est consacré à la protection des droits du patient hospitalisé en psychiatrie.

Dans chaque département, une commission départementale des hospitalisations psychiatriques est chargée de veiller au respect de ces mesures, elle a un rôle actif, doit se déplacer afin de visiter les établissements psychiatriques et examiner la situation des malades hospitalisés en raison de troubles mentaux, ceci est une obligation lorsque les malades le sont sur demande d'un tiers depuis plus de trois mois. Véritable organisme de contrôle, elle reçoit leurs réclamations (anciens articles L.331 à L.332-4, devenus L.3222-1 et suivants depuis 2000).

B) L'hospitalisation sur demande d'un tiers.

1) L'HDT classique.

Les anciens articles L.333 et suivants, L.3212-1 et suivants depuis 2000, disposent qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée à la demande d'un

tiers, sans son consentement, qu'à la double condition qu'elle ne puisse consentir à raison de ses troubles et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Le tiers est un membre de la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. L'intérêt de la santé de la personne malade est une première garantie de respect de ses droits face à une hospitalisation contrainte. La santé est considérée alors comme relevant du cadre privé et de l'intime.

Deux certificats datant de moins de quinze jours avant l'admission sont requis. Au moins le premier certificat doit être rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Cette condition n'est pas exigée dans les cas d'urgence. En pratique, les rapports d'évaluation de la loi ont montré que l'urgence était souvent invoquée au point de devenir le principe.

24 heures après l'admission, un psychiatre de l'établissement doit rédiger un certificat *« constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers. »* Dans la pratique, le délai de 24 heures n'était souvent pas tenu.

Ces trois certificats sont envoyés par le directeur de l'établissement à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) compétente et au préfet. Ce dernier doit lui-même les transmettre au président du Tribunal de Grande Instance du ressort territorial. Ces procédures ne sont pas le gage d'une absence d'erreur, car il n'y a pas de contrôle effectif de chaque dossier.

Si l'hospitalisation se poursuit, trois jours avant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le psychiatre renouvelle le certificat.

L'hospitalisation ne peut se maintenir que si le psychiatre constate mensuellement que les conditions de l'hospitalisation sont toujours remplies. Si les conditions ne sont plus

remplies, que les troubles ayant justifié l'hospitalisation ont disparu, le préfet suivant l'avis du psychiatre de l'établissement ordonne immédiatement la levée de l'hospitalisation. Dans le cas où c'est un proche qui demande la levée de la mesure, celle-ci est de droit, cependant le préfet peut ordonner un sursis provisoire si le psychiatre est d'avis que la personne peut compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Si le préfet ne converti pas l'HDT en HO, celle-ci devra alors être levée.

2) L'HDT en cas d'urgence.

L'ancien article L. 3212-3 du code santé publique dispose que : *« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. »* Le législateur a tenté de préserver l'équilibre entre la liberté individuelle et le respect de la préservation de la vie humaine. Ce devoir pèse d'ailleurs sur tous les médecins au regard de l'article 16-3 du code civil²¹. Rappelons que cet article fut introduit dans le code civil à l'occasion de la promulgation des lois de bioéthiques du 29 juillet 1994.

C) L'hospitalisation d'office.

1) L'HO classique.

C'est une mesure administrative, prise par le préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre indépendant de l'établissement d'accueil qui atteste

²¹ Article 16-3 du code civil : « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Dans le même sens l'article 9 du code de déontologie médicale : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

des troubles mentaux d'une personne qui compromettent sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le même type de certificat qu'en cas de HDT est établi dans les vingt-quatre heures de l'hospitalisation par un psychiatre de l'établissement. Les certificats médicaux sont transmis à la CDHP et au préfet dans les 24 heures de l'admission.

Le préfet est seul décisionnaire de l'hospitalisation d'office au regard de la sûreté des personnes (différent de la personne malade) et de l'atteinte à l'ordre public. Il s'appuie sur le certificat médical qui constate les troubles mentaux. Ce certificat doit « *décrire avec précision l'état mental de l'intéressé.* »²² Enfin, le lien entre les troubles mentaux et l'atteinte à l'ordre public doit être établi.

Quinze jours après le début de l'hospitalisation, puis mensuellement, le psychiatre en charge doit rédiger un certificat médical décrivant l'évolution de l'état de santé du patient. Le préfet la CDHP se voient transmettre tous ces documents. Avant la fin du premier mois, le préfet peut décider le maintien de l'hospitalisation pour une période de trois mois, sur avis motivé du psychiatre. La mesure peut ensuite être reconduite pour des périodes de six mois. La mesure est levée de plein droit si la décision du préfet n'intervient pas dans les délais impartis. Le préfet peut également décider de lever la mesure à tout moment, sur avis du psychiatre ou de la CDHP.

2) L'HO d'urgence.

Une procédure spécifique est mise en place « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes ». Ce danger peut être attesté par un avis médical ou la notoriété publique. Le maire ou, à Paris, le commissaire de police prennent les mesures provisoires

²² CE, 3 mars 1995, Ministre de l'Intérieur c/ F.D., Recueil Lebon p.119.

nécessaires et en réfère au préfet dans les vingt-quatre heures ; celui-ci statue immédiatement. A Paris, l'intéressé est placé à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), à l'hôpital Sainte-Anne. Dans les quarante-huit heures, soit le représentant de l'Etat décide de prononcer une HO soit les mesures provisoires sont caduques. Le tribunal administratif de Paris est venu préciser que ces mesures provisoires ne constituaient pas une HO.

3) La procédure applicable au cas d'irresponsabilité pénale.

Ce mémoire n'a pas pour objet les malades irresponsables pénalement. Nous nous contenterons de préciser qu'ils peuvent faire l'objet d'une HO si les juridictions judiciaires les ayant déclarés irresponsables considèrent qu'ils nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Un avis médical portant sur l'état actuel de l'intéressé est nécessaire. Ce patient admis en HO est alors sous la responsabilité de l'établissement hospitalier.

4) La décision de placement en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

Elle est subordonnée à la dangerosité de l'intéressé, qui conduit à l'impossibilité de l'hospitaliser avec les autres patients relevant de l'HO. Sa liberté d'aller et venir est davantage réduite ; il ne peut se déplacer librement dans l'enceinte de l'établissement. Il existe 10 UMD en France, dont 5 ont été inaugurées en 2011. Elles accueillent environ 530 patients. L'admission est prise sur arrêté du préfet au regard du dossier médical et administratif complet du malade.

Section 2. Les constats des faiblesses de la loi du 27 juin 1990.

A) Une remise en question des pratiques médicales en psychiatrie.

1) Le défaut de politique de prévention des maladies psychiatriques.

A la lecture de ces rapports, nous constatons une absence de politique de prévention claire et efficace. En médecine, la prévention passe par un accès aux soins facilité et amélioré à la fois dans le temps et dans les modalités de prise en charge qui ne doivent pas se résumer aux hospitalisations. Il apparaît également que les délais d'obtention de rendez-vous de consultation sont relativement longs et ne permettent pas la prise en charge de tous les patients avant que leur cas ne devienne critique. Cela signifie que des demandes d'hospitalisations auraient pu être évitées. Ainsi, le rapport Strohl préconise de « *développer une prévention de l'hospitalisation par l'intervention à domicile.*²³ »

a) Les sorties d'essai à durée indéterminée.

Le fonctionnement des sorties d'essai est organisé dans le cadre d'hospitalisations complète afin de permettre aux patients de continuer à avoir une vie sociale, d'éviter les inconvénients que provoquent une hospitalisation au long cours et de l'aider à se réadapter à une vie hors les murs de l'établissement d'accueil.

Le problème principal soulevé par les sorties d'essai est leur durée. Elles durent fréquemment plusieurs années. Elles devraient, par conséquent, appartenir à un régime distinct disposant d'une autonomie propre.

Le second problème relatif aux sorties d'essai est l'absence de contrainte de la poursuite des soins. L'absence d'un régime spécifique des sorties d'essai est en cause. C'est pourquoi la loi de 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète : les programmes

²³ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997, p.69.

de soins, que nous étudierons par la suite. S'inspirant du modèle des sorties d'essai, ils s'en distinguent néanmoins et constituent une forme alternative de prise en charge à l'hospitalisation complète. Il existait deux types de sorties d'essai. Celle de moins de douze heures, où le patient était accompagné par une personne de l'équipe soignante. Celle de plus de douze heures, qui nécessitait forcément une « autorisation d'absence » du psychiatre en charge et dont le préfet était averti dans les 48 heures. Dans ce deuxième cas de figure, il y avait bien un cadre légal obligeant la poursuite du soin mais dans la pratique, la relation de confiance entre un patient et son médecin psychiatre ou la crainte d'être hospitalisé à nouveau devait suffire à persuader le patient de continuer les soins. La rupture dans la continuité des soins était fréquente.

B) Les lacunes relatives aux contrôles des hospitalisations sans consentement.

1) Contrôle du bien fondé des mesures sans consentement

Une fois par semestre, les hôpitaux psychiatriques doivent être visités par le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement selon l'ancien article L.332-2 du Code de santé publique (CSP) devenu L.3222-4 depuis la recodification par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 de la partie législative du code de la santé publique.

Les rapports déplorent que ces visites soient peu effectives et inégales selon les départements. « *L'exploitation du « registre de la loi » de l'un des établissements visités a*

*ainsi permis de constater que, parmi toutes les autorités désignées, seuls le Procureur de la République et le représentant du préfet, s'étaient acquittés de cette tâche.*²⁴»

Les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sont elles aussi tenues de visiter les établissements psychiatriques deux fois par an (ancien article L.3222-5 CSP). Elles doivent établir annuellement un bilan du recours aux procédures d'urgence, examiner les dossiers des personnes en HDT depuis plus de trois mois et rédiger un rapport annuel d'activité. Depuis la loi du 4 mars 2002, deux psychiatres, un magistrat, deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux et un médecin généraliste composent les CDHP.

il semble que les CDHP soient en sous-effectif et que la visite des établissements dépende surtout de leur sectorisation et de la taille des départements. Nous constatons donc des situations inégalitaires de fait. En raison du nombre de personnes qui les compose, il n'est pas toujours aisé de trouver des psychiatres pour y prendre part et les magistrats changent régulièrement d'affectation. Le rapport Strohl propose que les CDHP envoient des représentants afin de contrôler systématiquement les établissements et la conformité des mesures.

2) Le défaut de contrôle du juge.

Le juge judiciaire intervient à de nombreuses étapes des procédures d'hospitalisation sans consentement. Il fait partie des CDHP en tant qu'instrument de contrôle. Il est aussi compétent lors des recours visant à obtenir des sorties immédiates. Le juge administratif, quant à lui, prend en charge les recours visant à contester la régularité formelle des actes de

²⁴ Rapport IGAS/IGSJ n°2005064

décision d'hospitalisation ou la motivation des arrêtés du préfet. Alors, le juge judiciaire reprend le relais car lui seul peut ordonner que la mesure soit levée.

Le tiers ayant demandé l'hospitalisation, mais aussi le conjoint, le concubin, le tuteur, le curateur, un parent, le procureur de la République ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne hospitalisée, peut saisir le juge judiciaire pour demander une sortie immédiate. Le juge peut également se saisir d'office.

Depuis une loi du 15 juin 2000, c'est au juge des libertés et de la détention (JLD) de statuer sur ces demandes. Le juge des tutelles intervient dès qu'un patient relevant d'un statut de majeur protégé (dès avant la mesure d'hospitalisation ou instauré pendant celle-ci) est visé par une mesure d'hospitalisation sous contrainte.

En comparant le nombre d'HDT, d'HO et de décisions rendues par les juridictions civiles en 2001, on remarque que les recours au juge judiciaire sont peu élevés. 95 134 mesures d'hospitalisation sans consentement ont été prises contre 817 décisions intervenues (tout recours confondu).

Le nombre restreint des recours s'expliquerait par le peu d'information dont les patients disposent sur leurs droits ou le fait qu'ils ne les comprennent pas très bien (patient en crise, niveau de compréhension bas, information mise à disposition peu claire). A cela, s'ajouterait l'absence de réglementation des délais de procédure qui découragerait les intéressés à introduire une action en justice, l'enjeu étant souvent une « sortie immédiate » ; or la durée des instances s'étend généralement de trois à huit mois. Enfin, la dualité des procédures administrative et judiciaire aura fini de perdre le patient voulant se pourvoir en justice.

Le rapport de l'IGA-IGN-IGPN propose que le contrôle du juge intervienne en amont de l'admission en hospitalisation lorsqu'il n'y a pas de tiers demandeur. Cela corrobore les

suggestions du rapport Strohl qui propose qu'un juge intervienne systématiquement pour contrôler la régularité et les motivations des admissions.

3) « *L'opposition entre logique de soins et logique pénale*²⁵ »

1) Confusion dans les terminologies.

Concernant les indications d'hospitalisation, une grande confusion est apparue dans l'esprit des commentateurs et évaluateurs de la loi de 1990. Pour rappel, les HDT sont prévues lorsqu'une personne est hors d'état de donner son consentement et qu'elle a besoin de soins immédiats sans lesquels son état risque de se détériorer ; les HO concernent les troubles « graves²⁶ » à l'ordre public et l'atteinte à la sûreté des personnes en raison des troubles mentaux d'une personne.

Selon le groupe national d'évaluation Strohl, elles manquent de clarté. Ni les pathologies à l'origine des maladies psychiatriques, ni les soins apportés ne permettent de distinguer l'admission en HO ou en HDT, bien que les conditions de sorties soient différentes et plus ou moins difficiles à obtenir. Le rapport suggère donc de les unifier sous un même régime. Envisager l'HO dans la perspective de troubles à l'ordre publique ne répondrait pas à l'objectif sanitaire de la loi du 27 juin 1990.

Les docteurs Piel et Roelandt suggèrent de supprimer toute référence à l'ordre public dans les indications à l'HO. L'ordre public est assimilé dans leurs esprits à la seule notion de danger pour autrui. Ce danger ne devrait pouvoir entraîner que des mesures de police, associée éventuellement à des soins, mais jamais une HO.

²⁵ Rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001, p.39.

²⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au JORF n°54 du 5 mars 2002.

Il faut préciser que l'objectif sanitaire de la loi de 1990 quant aux HO a été recherché par ses rédacteurs. Ainsi, la levée de la mesure de l'HO ne pouvait se faire qu'à la condition que deux certificats concordants attestent que le patient n'était « plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui ²⁷ ».

La crainte, qui émane de ces suggestions, concerne l'utilisation à mauvais escient des HO. « *L'hôpital psychiatrique sert ainsi d'institution de "décharge" pour y interner des personnes qu'on ne supporte plus au dehors. L'ordre public est une manière de gérer l'intolérance sociale grandissante, la perte des solidarités de voisinage, l'incivilité sociale collective.*²⁸ »

Concernant les indications aux procédures d'urgence des HDT et des HO, le rapport Strohl, relayant les évaluations des Commissions Départementales, met en avant la nécessité de définir les termes de « *péril imminent pour la santé du malade* » en cas de HDT et de « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » en cas de HO. Ceux-là font-ils référence à un danger « avéré, potentiel, prévisible ?²⁹ » L'imminence d'un danger n'est-elle pas le corollaire implicite de toutes les hospitalisations contraintes ? Ne pas définir le péril imminent est une porte ouverte aux abus d'hospitalisations. La Haute Autorité de Santé (HAS) et les juridictions administratives sont venues expliciter cette notion (voir infra, les soins psychiatriques en cas de péril imminent).

Le fait que l'hospitalisation et par conséquent le soin obligatoire fussent être demandés par un tiers lorsque l'état d'une personne impose des soins immédiats et à défaut de consentement de celle-ci est source d'une pratique tendancieuse. En effet, l'absence

²⁷ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, parue au JORF n°150 du 30 juin 1990 p.7664.

²⁸ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997, p50.

²⁹ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997, p.13.

éventuelle de tiers incite les hospitaliers à usé de stratagème. Ainsi, dans les faits, le tiers (dont la liste se trouvait à l'ancien article 333 devenu L3212-1 du CSP: « *soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil* ») fait parfois partie du personnel hospitalier. On a assisté à des cas où l'assistante sociale ou un infirmier du Centre Psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) étaient utilisés en lieu et place du tiers de l'article L.3212-1 du CSP. Cette situation a donné lieu à des contentieux³⁰, la notion de tiers étant élargie au gré des besoins des hospitalisations. Dans son arrêt du 3 décembre 2003, le Conseil d'Etat a considéré que le tiers n'attestant pas de liens de parenté avec la personne faisant l'objet de la demande d'admission doit être « *en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de [celle]-ci.* » Ce tiers ne doit pas faire partie de l'équipe soignante. La loi de 2011 a intégré la jurisprudence du Conseil d'Etat dans le nouvel article L.3212-1 II 1° du code de la santé publique. Ce faisant, elle a aussi permis à une personne malade et isolée d'avoir recours à des soins grâce à la création des Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPPI). Elle est alors admise par le directeur de l'établissement en raison du péril imminent pour sa santé, reprenant ainsi la proposition de loi n°1958 de Philippe Vuilque.

2) Stigmatisation de l'image de la psychiatrie.

Le rapport Strohl souligne le décalage entre l'image que les médias véhiculent sur les « fous-dangereux » et la réalité des chiffres. En effet, en 1995, seuls « *228 personnes représentant 3% des HO* » sont des médico-légaux. Ces derniers ont commis un délit ou un

³⁰ Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, *centre hospitalier spécialisé de Caen*, Req. n°244867.

crime en état de démence et ne peuvent donc être poursuivis en vertu de l'ancien article 64 du code pénal, soit l'article L.122-1 du nouveau code pénal entré en vigueur en 1994. (Article L.122-1 CP : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »). Ils relèvent de la procédure spécifique au cas d'irresponsabilité pénale régie par l'ancien article L.3213-7 du code de la Santé publique. Il convient de préciser que les actes d'une personne malade faisant l'objet d'une mesure d'HO ne constituent que rarement une infraction (contravention, délit ou crime).

Le rapport Piel et Roelandt rappelle que, dans l'imaginaire collectif, la maladie mentale est associée à la dangerosité, à des conduites violentes et à des comportements choquants. Cette association d'idées stigmatise les patients en psychiatrie. Ceux qui ont besoin de soins hésitent d'autant plus à franchir le seuil de l'hôpital pour se faire soigner. L'image des personnes hospitalisées dans un service psychiatrique doit changer auprès du grand public.

La maladie mentale n'est source de violence que dans de très rares cas. En général, les actes de violence attestés par les médecins ne sont pas propres à la psychiatrie. Les troubles de l'adaptation sont connus dans tous les domaines de la médecine et peuvent alors engendrer des réactions vives de la part des patients. La violence est un mouvement de défense de la personne malade qui est désorientée, qui refuse les soins qui lui sont prodigués ou qui décompense (crises aiguës). En maison de retraite et dans les services de gériatrie, « les coups de canne » de la part des personnes âgées sont monnaie courante. En psychiatrie, l'usage de la contrainte décuple les occasions de troubles de l'adaptation. Certaines pathologies, comme la schizophrénie entraîne des manifestations de violence, mais nous le répétons, ce n'est pas la majorité des cas.

La stigmatisation des malades en psychiatrie a eu pour autre conséquence, depuis l'avènement de la psychiatrie comme spécialité médicale à part entière, la construction des asiles et aujourd'hui des hôpitaux psychiatriques à la périphérie des villes. L'éloignement des malades psychiatriques traduit la difficulté de notre société à accepter des comportements marginaux.

Section 2. Les solutions proposées.

A) Une remise en question des pratiques médicales en psychiatrie : repenser la psychiatrie.

1) Harmonisation des pratiques.

En ce qui concerne spécifiquement l'évaluation de la loi, le rapport Strohl souligne la nécessité d' « *harmonisation des pratiques administratives (notification, transport, fugues, soins somatiques, transfert) et médicales (clarification des indications de l'hospitalisation sans consentement, protocole sur les chambres d'isolement), une meilleure information des acteurs concernés, une amélioration des dispositifs et que soient abordés les problèmes pratiques actuellement non abordés par les textes* ».

Le groupe d'évaluation préconise également une série de réformes. Elles visent à simplifier les modalités d'accès à l'hospitalisation sans consentement. L'urgence étant trop souvent invoquée, elle est devenue la règle et par conséquent, le deuxième certificat médical n'est souvent pas exigé. La suppression de ce dernier est envisagée dans le rapport Strohl, mais aussi dans la proposition de loi n°1261 de Dominique Paillé. Par ailleurs, le premier certificat et les suivants devront être plus circonstanciés et plus précis sur les circonstances de la demande, l'état du patient, son incapacité éventuelle à consentir et les

risques d'une absence d'hospitalisation. L'organisation des services, les modalités de sorties d'essai et la sensibilisation des personnes hospitalisées sur leurs droits sont tout autant de domaines que les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques souhaitent voir réformés.

Le rapport de l'IGA-IGG-IGPN considère qu'il faudrait refondre le dispositif d'hospitalisation sous contrainte en instaurant une période d'observation commune aux deux régimes. « *Cette période d'observation vise à rendre plus fiable l'expertise médicale et à mieux garantir l'orientation des patients vers le mode d'hospitalisation dont ils relèvent en droit* ». ³¹ A l'instar des propositions des docteurs Piel et Roelandt, cette période serait de 72 heures. L'expertise médicale par un médecin psychiatre a souvent lieu à l'issue des 24 premières heures afin de rédiger le certificat. Cette période d'observation permettrait de résoudre le problème du temps nécessaire à l'expertise médicale³². Selon les rapports, la phase d'observation de 72 heures, préconisées, a différents objectifs. Pour les uns, elle permettrait à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de rechercher « *d'éventuels antécédents médicaux rapprochés* »³³. Pour les autres, elle permettrait de chercher à obtenir le consentement du patient à ses soins³⁴. Pour tous, ce délai de 72 heures servirait à envisager la meilleure forme de prise en charge possible pour le patient. Il faudrait alors diversifier les formes de prise en charge et créer à côté de l'hospitalisation un autre régime, comme le programme de soins. La création d'une forme

³¹ Rapport de l'IGA, IGPN, IGGN, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, mai 2004, p.8.

³² *Ibid*, p.44.

³³ Rapport de l'IGA, IGPN, IGGN, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, mai 2004, p.8.

³⁴ Rapport IGAS/IGSJ n°2005064.

alternative à l'hospitalisation se retrouve également dans la proposition de loi de George Hage de 2007.

L'IGAS IGSJ propose de créer une mesure sans tiers répondant à des situations de crise où l'urgence en matière de soins est attestée mais ne relèvent pas de la procédure d'office, c'est-à-dire de troubles à l'ordre public ou d'atteinte à la sûreté des personnes. Dans cette proposition l'institution des majeurs protégés est favorisée et se distingue ici de ce que la loi de 2011 a créé.

Enfin, ce rapport s'oppose à l'uniformisation des mesures d'HDT et d'HO qui impliquerait l'hégémonie du préfet dans la prise de décision au détriment de la famille et des proches de la personne malade.

2) « Passer de la psychiatrie à la santé mentale.³⁵ »

La loi du 5 juillet 2011 n'a pas eu pour vocation la modification profonde des pratiques en psychiatrie. Elle est restée centrée sur les modifications à effectuer s'agissant des régimes d'hospitalisation sans consentement. Un seul article de la loi nouvelle aborde le rôle de coordination, pourtant majeur, de l'Agence Régionale de Santé³⁶.

La « révolution psychiatrique » proposée par les docteurs Piel et Roelandt s'appuie sur la logique de secteur. La sectorisation engagée dans les années 1960 n'aurait pas été menée à son terme. Ils préconisent de la poursuivre non seulement par la délimitation d'aires

³⁵ Rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001, p.45.

³⁶ L'article L3221-4-1 dispose que : « L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements de santé mentionnés au second alinéa de l'article L. 3221-1 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L. 1114-1. ».

géographiques, mais aussi par l'implantation d'équipes pluri-professionnelles fonctionnant en réseaux sanitaires et sociaux.

Selon les docteurs Piel et Roelandt, ce travail devrait être complété par la mise en place généralisée de Services territoriaux de psychiatrie (STP), établissement public tourné vers un soin à domicile ou ambulatoire permettant un meilleur accès aux soins, une continuité accrue des soins lorsque le patient sort de l'hôpital, un lien plus étroit avec les familles et une diminution radicale des hospitalisations complètes. Le STP travaillerait avec le Réseau Territorial de Santé Mentale, qui coordonne l'organisation de l'accès aux soins, de la recherche en psychiatrie, de la prévention, de la lutte contre la stigmatisation et contre l'exclusion. Il s'agirait d'abolir l'hospitalisation sous contrainte d'une part et de créer un régime d'obligation de soins non spécifique à la psychiatrie pour des cas exceptionnels d'autre part. L'hospitalisation ne serait qu'un ultime recours.

B) La nécessité de réformes législatives.

1) Redéfinition des droits et développement des associations.

Les rapports réclament une redéfinition des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux, et l'amélioration de l'accès aux soins. Soutenant à l'époque le projet de loi de modernisation du système de santé, que l'on connaît aujourd'hui comme la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ³⁷ », les docteurs Piel et Roelandt soutiennent l'idée d'une participation des patients aux prises de décision de leur traitement, d'une information systématisée des gestes qu'ils subissent, et d'un accès direct au dossier médical : des réformes qui ont depuis été mises en place³⁸.

³⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

³⁸ Rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001, p.24.

En conclusion, la représentativité des patients serait la clef de la promotion de leurs droits. Il faudrait donc leur donner les moyens de se développer. Parallèlement, de grandes campagnes d'information auprès du public permettraient de réduire la stigmatisation dont sont victimes les malades.

2) Nouvelle organisation de l'obligation de soins.

Les docteurs Piel et Roelandt affirment qu'il faut aller au-delà des aménagements de la loi de 1990 proposés dans le projet de loi de modernisation du système de santé. Selon eux, la loi de 1990 doit être abrogée. Ils préconisent une loi déspecifiée de l'obligation de soins psychiatriques, c'est-à-dire extraire l'obligation de soins du champ de la psychiatrie.

L'un des principes forts du rapport de l'IGAS et IGSJ est la dissociation de l'obligation de soins et de la modalité du soin. L'hospitalisation doit être pensée comme une modalité de soins parmi d'autres (ex : les sorties d'essai, les programmes de soin, les activités thérapeutiques). L'hospitalisation est la forme de soins obligatoire la plus intrusive, mais lorsqu'elle n'est plus justifiée par l'état du patient, l'obligation de soins ne doit pas forcément s'arrêter. Un autre travail, visant la rémission la plus complète possible, doit commencer.

Cette confusion entre obligation de soins et modalité de soins se retrouve dans la procédure à la demande d'un tiers. Sous l'empire de la loi de 1990, ce dernier devait rédiger une demande d'hospitalisation, or il aurait été plus approprié qu'il fasse une demande d'obligation de soins dont le psychiatre déciderait de la forme. Ce changement a eu lieu avec la loi de 2011.

Pour répondre à des situations qui nécessitent de passer par l'obligation de soins (situations de crise où l'urgence en matière de soins est attestée) mais qui ne relèvent pas

de la procédure d'office c'est-à-dire de troubles à l'ordre public ou d'atteinte à la sûreté des personnes, tous les rapports proposent de créer une mesure sans tiers.

C) L'instauration du contrôle a priori d'un magistrat : la garantie des droits.

« Le juge est le seul garant du respect des libertés individuelles et du respect des procédures de l'obligation de soin³⁹ »

Le rapport d'Hélène Strohl le préconisait déjà et cite des exemples européens qui ont instauré ce contrôle judiciaire, comme l'Allemagne et l'Espagne. *« [...] un juge, du siège, serait mieux désigné pour prendre une décision privative de liberté pour un malade, en toute indépendance, par rapport à l'opinion, aux administrés, à la famille et au système de soins.⁴⁰ »*

L'IGAS et l'IGSJ confirment la nécessité d'instaurer le contrôle d'un juge. Il s'agirait d'un contrôle a posteriori car un contrôle a priori rallongerait la procédure, nécessiterait des moyens financiers importants et agrandirait le périmètre d'action des juges au détriment de l'indépendance des médecins.

Le groupe de rédacteur de la proposition de loi de George Hage constate que la France est le pays ayant le plus de contentieux devant la Cour européenne des Droits de l'Homme, touchant aux mesures privatives de liberté en raison de troubles mentaux. Les justiciables en question, des patients ou leur famille, se plaignent de l'irrespect par les autorités publiques des conditions d'admission à l'hôpital prévues par la loi de 1990 et remettent en question cette loi au regard de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

³⁹ Rapport des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001, p.57

⁴⁰ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997, p.30.

Sa proposition de loi vise à mettre la loi de 1990 en conformité avec l'article 66 de la Constitution⁴¹, en instaurant un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention, au-delà de 72 heures de rétention administrative en hospitalisation complète. Il ne s'agit pas d'un contrôle a priori non plus. Refondant l'organisation juridictionnelle française, le juge des libertés et de la détention statuerait sur la légalité interne et externe (légalité externe : incompétence de l'auteur de l'acte, vices de formes et de procédure susceptibles d'en affecter la légalité ; légalité interne : violation de la règle de droit, erreur de droit ou de fait et détournement de pouvoir) de la mesure. Le juge administratif se verrait donc décharger de ses missions actuelles. Il s'agirait d'uniformiser les recours devant le seul juge judiciaire. La saisine du juge se ferait soit par le directeur de l'établissement d'accueil en cas de HDT soit par le préfet en cas d'HO.

Précisons que la dualité des juridictions est justifiée par une répartition des compétences. Traditionnellement, elle évite les excès de pouvoir des juges et permet une déconcentration des pouvoirs.

Ce sont essentiellement trois propositions qui ont été reprises par la loi de 2011 :

- Le contrôle du juge des libertés et de la détention a été introduit. Ce contrôle est systématique dès lors que l'hospitalisation est complète.
- Une forme alternative à l'hospitalisation a été créée. L'obligation de soins et ses modalités d'exécution ont donc été distinguées. Le régime de la sortie a été modifié pour devenir le nouveau « programme de soins » et s'adapter ainsi à la réalité des pratiques.

⁴¹ Article 66 de la Constitution française de 1958: « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ».

- Une période d'observation de 72 heures a été instaurée. Elle a pris un sens sanitaire. Elle permet de s'assurer de la justesse de la mesure et d'orienter le patient vers la forme la plus appropriée de soins.

Chapitre II : Le projet de loi

Le 5 mai 2010, un projet de loi est déposé à l'Assemblée Nationale. Il a connu plusieurs modifications avant d'être adopté. Il a été conçu dans un esprit de simplification des procédures. Avec la nouvelle loi, l'hospitalisation sans consentement est remplacée par l'obligation de soins. L'hospitalisation est désormais considérée comme une modalité de soins et non plus comme l'obligation de soins en soi. Ce changement qui n'est pas que terminologique sera repris dans la partie Discussion.

Section 1 : Ajout, actualisation et maintien des droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

Reprenant la loi de 1990, le consentement de la personne malade est privilégié aux mesures de soins sous la contrainte. Les droits malades psychiatriques en soins dits «libres » sont identiques à ceux hospitalisés pour d'autres raisons. Les modifications apportées par le projet de loi concernent les régimes des soins psychiatriques sans consentement.

Cette nouvelle terminologie de soins sans consentement permet la création d'alternatives à l'hospitalisation comme les soins ambulatoires ou l'admission dans un autre établissement. Il est prévu qu'un protocole soit fixé par décret en Conseil d'Etat.

Une période d'observation généralisée aux deux procédures de soins sous contrainte (Soins à la demande d'un tiers ou sur décision d'un représentant de l'Etat) est instituée. Elle répond à un objectif sanitaire en permettant de commencer les soins dès l'admission et d'évaluer l'état du patient pour décider de la forme de soins la plus appropriée à son égard. Le certificat de 24 heures déjà établi sous la loi de 1990 est repris. Il est une première étape à la décision de maintien éventuel de la mesure d'obligation de soins et doit être rédigé par

un psychiatre différent de celui qui a établi le certificat initial sur la base duquel la décision d'admission est prononcée. La nouveauté consiste en l'établissement d'un certificat avant l'issue des premières 72 heures à compter de l'admission. Le projet de loi impose donc la production d'un certificat médical supplémentaire, ce qui semble aller dans le sens d'une meilleure garantie pour le malade.

Il est réaffirmé que les « *restrictions à l'exercice [des] libertés individuelles [de la personne atteinte de troubles mentaux et assujettie à une procédure de soins obligatoires] doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* »

Les droits du patient à disposer d'information sur ses droits et d'émettre des observations sont renforcés. Les rédacteurs du projet ont tenu à mettre celui-ci en conformité avec la recommandation R 2004-10 du 22 septembre 2004 du Conseil de l'Europe qui prévoit « *l'information du patient sur les mesures le concernant et son droit de formuler des observations, tout en aménageant leur mise en œuvre au regard des contraintes notamment liées à l'état de celui-ci* ». L'information du patient est conditionnée par son état de santé. Cette adjonction relative à l'état de santé peut être à double tranchant, l'administration pouvant être déchargée de son obligation ou la mise en œuvre de cette obligation reportée lorsque le patient sera en meilleure santé. A chaque décision, à l'admission, au maintien de la mesure ou à la modification de la forme de la prise en charge, le patient doit être informé de celles-ci ainsi que de leur motivation et doit pouvoir émettre ses observations. A sa demande, sa situation juridique, ses droits et les voies de recours possibles doivent lui être expliqués. Son avis doit toujours être recherché.

Le patient a la possibilité de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et de porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté les faits ou observations susceptibles de relever de sa compétence, c'est-à-dire portant sur les conditions de détention pouvant porter atteinte à la dignité humaine. Ces deux dispositions sont à distinguer des recours juridictionnels.

Le projet maintient enfin les droits et devoirs de citoyen du patient à l'issue de ses soins, sous réserve du statut de majeurs protégés.

Une faiblesse principale apparaît à ce stade du projet de loi. Les sorties d'essai disparaissent au profit des soins ambulatoires. En soi, ce n'est pas contestable, en revanche, la possibilité pour le psychiatre de pouvoir proposer, à tout moment, en établissant un certificat médical ou, à défaut, sur avis médical, la modification de la forme de la prise en charge afin de l'adapter à l'état de santé du patient l'est. Cela implique la possibilité de proposer une hospitalisation complète sur un simple avis médical. Dans le texte de loi définitif, il faut un certificat médical motivé au regard de l'évolution de l'état de santé du patient.

Section 2 : Les soins à la demande d'un tiers.

A) Des conditions d'admission supprimées

Bien que la demande d'admission émane d'un tiers, parent, allié ou proche de la personne malade, la décision reste prise par le directeur de l'établissement comme sous l'empire de la loi de 1990. L'hospitalisation peut être complète, partielle ou intermittente, ce qui correspond à l'objectif d'instaurer des formes alternatives à l'hospitalisation complète. On peut se demander si de telles formes (hospitalisation partielle ou intermittente)

répondent encore aux conditions des soins à la demande d'un tiers (SDT) étant donné qu'il s'agit de troubles mentaux qui nécessitent des soins et une surveillance médicale constante.

Allégeant la procédure d'admission, la demande d'admission n'est accompagnée que d'un seul certificat initial.

Dans le chapitre relatif aux soins à la demande d'un tiers, deux procédures sont décrites : une véritable SDT et à côté, une procédure visant à soumettre une personne à des soins obligatoires, sans qu'elle émane d'un tiers, dès lors que ses troubles mentaux occasionnent un péril imminent pour la personne.

En ce qui concerne la procédure classique de SDT, la condition stipulant que le médecin rédigeant le certificat initial ne doit pas exercer dans l'établissement d'accueil n'apparaît pas car cette condition a été supprimée. C'est donner la compétence de l'admission au seul établissement d'accueil, ce qui, au regard d'une privation de liberté ne correspond pas à un contrôle suffisant. Le risque d'abus s'en trouve élargi. A l'opposé, quant à la nouvelle mesure de soins pour péril imminent, il est précisé que le certificat initial doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

La suppression du tiers en cas de péril imminent répond à un besoin des praticiens. Dans la pratique, il n'y a pas toujours de tiers répondant à la définition donnée par le Conseil d'Etat en 2003⁴², c'est-à-dire ayant noué des relations personnelles avec le malade avant la demande de soins. C'est le cas des personnes isolées, en situation de vulnérabilité (sociales, médicales) ou dont les proches ne veulent pas être impliqués dans la prise de décision d'admission. Sous la loi de 1990, les procédures d'urgence ont augmenté de manière flagrante, elle ne requérait pas la demande d'un tiers. Les Soins Psychiatriques pour Péril

⁴² *Op. cit.* (28).

Imminent ont été créés pour pallier à ce cas de figure. L'opposition des tiers à l'admission de leur proche malade est un autre cas de figure, qui n'est pas explicité dans le texte du projet de loi mais dans les commentaires faits par les rédacteurs. Ils ont considéré que la mesure de soins pour péril imminent pourrait pourvoir à une telle opposition, permettant de passer outre la demande du tiers. Nous étudierons plus loin ce qu'il en est pour la pratique depuis l'adoption du texte de loi définitif (infra, Entretiens semi-directifs).

B) Une simplification du contrôle du suivi des soins au détriment de la garantie des droits du patient en question.

S'agissant des décisions de poursuite des soins, les certificats médicaux circonstanciés de quinzaine et mensuel doivent être établis par un psychiatre de l'établissement conformément à la loi de 1990. Ce certificat entraîne la poursuite des soins contraints. La différence essentielle touche à l'examen préalable à la rédaction des certificats par le psychiatre qui est prévu dans le texte de loi de 1990. Le projet de loi du 5 mai 2011 ne le prévoit pas. L'allègement de la procédure implique un risque de maintien abusif du patient privé de sa liberté sans même un contrôle médical obligatoire.

Toutefois, afin de garantir les droits du patient qui serait l'objet de soins contraints pendant plus d'une année et de vérifier que les conditions de son obligation de soins sont maintenues, il est prévu qu'un collège de soignants procède à un examen approfondi de ce patient. A l'occasion de cet examen, le patient serait entendu par le collège. Le problème que soulève cette disposition du projet est l'absence de sanction de l'établissement à défaut de respect des délais de cet examen.

Dès lors qu'il y a une admission et que des soins obligatoires sont engagés, le directeur de l'établissement doit informer le préfet, la commission départementale des soins psychiatriques et les procureurs de la République. Sous la précédente loi, l'ensemble des avis

et certificats médicaux leur étaient également transmis. En revanche, le projet de loi ne prévoit pas la communication de ces documents aux procureurs de la République (près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel la personne soignée a son domicile et celui duquel l'établissement de santé est situé). Ils ne seraient prévenus que de la fin de la mesure dans les 24 heures de la prise de décision.

Enfin, les modalités de levée de la mesure sont plus strictes. Le tiers ne peut plus demander qu'il soit mis un terme à la mesure de soins contraints. Empêcher le tiers de demander la sortie de son proche, c'est ne pas répondre au parallélisme des formes. En principe, une demande d'admission entraîne la possibilité pour le demandeur de faire la requête de sortie. Ne pas prévoir que le tiers puisse demander la levée de la mesure serait implicitement reconnaître que le tiers ne formule une demande raisonnable que lorsqu'il fait la demande d'admission.

Section 3 : Les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

A) Suppression du certificat initial par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

La suppression de cette exigence est à mettre en parallèle avec la même suppression opérée pour les SDT. Le projet de loi ne prévoit plus que le médecin rédigeant le certificat initial d'admission soit extérieur à l'hôpital. Ceci nous conduit à formuler deux remarques. La première tient à l'indépendance que le médecin certificateur doit avoir auprès de la direction de l'établissement et auprès du préfet. Cette indépendance est garantie lorsque le psychiatre rédigeant le premier certificat n'est pas en contact direct avec le service de

psychiatrie d'accueil. Sa décision est motivée par un souci sanitaire, sans pression d'une autorité publique.

Le deuxième concerne la garantie que confèrent plusieurs avis médicaux indépendants. Le médecin se déclarant favorable à une obligation de soins peut voir son expertise approuvée sans qu'il y ait d'entente entre les médecins. Cette indépendance relève du devoir médical de chaque médecin. La multiplicité des avis concordants de professionnels garantit au patient que la décision est prise sur des fondements purement sanitaires.

B) Pouvoir accru du préfet.

Le projet de loi prévoit la création d'un régime de soins spécifiques sur décision du représentant de l'Etat lorsque la personne atteinte de troubles psychiatriques a fait l'objet d'une ordonnance, d'un jugement ou d'arrêt d'irresponsabilité pénale ou encore lorsque ces personnes ont fait un séjour dans une Unité pour Malade Difficiles (UMD). Dans le cadre de ce régime, l'hospitalisation complète est la forme de soins envisagée d'office. Sa modification peut néanmoins être décidée par le préfet après avis du collège de soignants. Pour l'aider dans sa décision, le préfet peut ordonner une expertise psychiatrique réalisée par un psychiatre extérieur à l'établissement.

Le projet a également prévu que le préfet bénéficie d'un délai de trois jours pour statuer lorsque le psychiatre en charge du patient en question déclare que les conditions de la mesure d'obligation de soins ne sont plus réunies. Auparavant, le préfet devait statuer immédiatement. Or l'augmentation de ce délai, s'opère forcément au détriment du patient dont la mesure de détention est maintenue plus longtemps. Toutefois, faire appel à l'avis d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil semble bénéfique au regard de la responsabilité qui pèse sur le préfet. La sécurité des citoyens dont il est en charge justifie

qu'il demande un deuxième avis médical. Cependant, il existe une contradiction avec le fait d'avoir supprimé cette exigence de la procédure d'admission.

Chapitre III : Les modifications du projet de loi sous l'impulsion des droits fondamentaux garantis par la Cour Européenne des Droits de l'Homme et le Conseil Constitutionnel

Le projet de loi a été essentiellement modifié à la suite d'un arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme et de deux décisions du Conseil Constitutionnel, saisi à l'occasion de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC). La révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 a introduit l'article 61-1 de la Constitution portant création des QPC. Elles permettent à tout justiciable d'interroger le Conseil Constitutionnel sur la constitutionnalité d'une disposition législative. Ce contrôle a posteriori d'une loi est transmis au Conseil par la Cour de cassation ou le Conseil d'Etat. La vérification de la constitutionnalité d'une loi se fait au regard de tout le bloc de constitutionnalité ; il comprend : la Constitution du 4 octobre 1958 et les textes auxquels renvoie son Préambule (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, Préambule de la Constitution de 1946, Charte de l'environnement de 2004). L'organisation du système judiciaire et administratif vise au respect du principe de l'unité de la jurisprudence. Ainsi, ce sont les juridictions compétentes en dernier ressort (Cour de cassation pour l'ordre judiciaire et Conseil d'Etat pour l'ordre administratif) et le Conseil constitutionnel, organe suprême du contrôle de constitutionnalité, dont les décisions s'imposent aux deux ordres, qui décident des lignes de conduite générale à tenir tant en matière jurisprudentielle qu'en matière législative. Mais le droit européen peut lui aussi influencer le droit national.

Le droit européen impacte l'interprétation du droit existant et incite aussi à la modification de normes existantes ou à la création de nouvelles. Il se divise en deux

branches : le droit de l'Union européenne et celui du Conseil de l'Europe. Ce dernier se compose de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme de 1950, ratifiée seulement en 1974 par la France, avec comme garde-fou la Cour européenne des droits de l'Homme. Le Conseil constitutionnel a jugé en 1975⁴³ que malgré le principe de primauté des traités sur les lois posé par l'article 55 de la Constitution, il n'était pas lui-même compétent pour examiner la conformité des lois avec les engagements internationaux de la France et notamment la Convention européenne des droits de l'Homme. Il a toutefois invité les juridictions ordinaires sous le contrôle de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat à l'effectuer, ce qu'elles ont fait dès la même année⁴⁴.

L'article 46§1 de la Convention européenne des droits de l'homme consacre l'effet obligatoire et relatif des arrêts de la Cour européenne. Lorsque le contentieux présenté à la Cour porte sur un point précis, sa décision ne s'applique qu'à ce cas spécifique. Mais en réalité, l'influence de la Cour est beaucoup plus large, car les énoncés des arrêts qu'elle rend ont bien souvent un caractère général. Dans le cas où la Convention et la jurisprudence de la Cour ne sont pas respectées, les Etats s'exposent à de lourdes sanctions pécuniaires et à une dégradation de l'image de l'Etat français au niveau international. Une condamnation à Strasbourg ne signifie pour autant pas que cet Etat ne respecte pas les Droits de l'homme dans leur ensemble. Elle a pour objectif d'améliorer le système juridique d'un Etat et de l'inciter à supprimer ses déficiences.

Les prescriptions de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme sont devenues partie intégrante de notre système juridique national. Contrôler la conformité des lois à la Convention européenne des droits de l'homme est désormais une tâche

⁴³ Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, recueil p. 19.

⁴⁴ Chambre mixte 24 mai 1975, Société des Cafés Jacques Vabre, Dalloz 1975 p. 497, conclusions Touffait et Assemblée plénière 20 octobre 1989 Nicolo, recueil p. 190, conclusions Frydman.

quotidienne des juridictions judiciaires et administratives. Celles-ci n'hésitent plus à écarter la loi ou le règlement qu'elles estiment contraire à la convention.

En l'occurrence, le Conseil Constitutionnel a été amené à vérifier que certaines dispositions de la loi de 1990 étaient conformes à la Constitution de 1958 (Section 1) et la Cour européenne a contrôlé que le droit français en vigueur des hospitalisations sous la contrainte ne contrevenait pas à la Convention (Section 2).

Section 1 : Le contrôle de constitutionnalité a posteriori de la loi de 1990.

Deux décisions ont été rendues par le Conseil Constitutionnel dans le domaine des hospitalisations sans consentement. La première date du 26 novembre 2010 et la seconde du 9 juin 2011. Les questions prioritaires de constitutionnalité soumises à l'examen du Conseil ont été soulevées devant les juridictions administratives. Ces questions concernent les conditions d'admission des hospitalisations à la demande d'un tiers et d'office (A) et le maintien de celles-ci (B).

A) Les conditions d'admission de placement.

En 2010, le Conseil d'Etat n'a renvoyé devant les Sages que les questions portant sur les HDT. Cela a limité le contrôle du Conseil à cette seule mesure. Une lecture extensive ne peut pas être envisagée par les juridictions lorsqu'elles se réfèrent à cette décision. Dans cette première décision, le Conseil Constitutionnel a considéré que seul l'article L.337 du code de la santé publique, devenu son article L.3212-7, était contraire à la Constitution.

Il valide ainsi toute la procédure d'admission d'HDT de la loi de 1990. Les conditions de l'état de santé justifiant l'hospitalisation (impossibilité de consentir aux soins en raison des

troubles mentaux et nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier) et les conditions formelles de l'admission (demande présentée par un tiers agissant dans l'intérêt du malade, rédaction de deux certificats médicaux circonstanciés établi avant la fin du quinzième jour dont le premier par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, ou à défaut à titre exceptionnel justifié par un péril imminent pour la santé du malade) sont conformes aux objectifs de protection de la santé fixés par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Le pendant de cette protection est la compétence du législateur à limiter les droits et libertés constitutionnellement garantis pour qu'elle soit effective.

Concernant la procédure d'admission, la requérante, Mlle Danielle S. a argué de l'inconstitutionnalité d'une mesure de privation de liberté tant qu'elle n'est pas décidée par une autorité judiciaire. Le Conseil a jugé *« que, si l'article 66 de la constitution exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté »*. Ainsi, le directeur de l'établissement, sous l'égide de l'Administration, peut légalement prendre une mesure privative de liberté en vue de soins psychiatriques sans saisir au préalable un juge de l'ordre judiciaire. La question avait été tranchée dans d'autres domaines de privation de liberté comme la rétention administrative des étrangers ou la garde à vue. Il n'est pas imposé que le juge intervienne ab initio de la mesure. Le débat de la saisine préalable du juge judiciaire à une décision d'HDT prend fin.

La décision du Conseil du 9 juin 2011 porte, quant à elle, sur les hospitalisations d'office des personnes atteintes de troubles mentaux. Il a considéré que les articles L. 2313-1 et -4 du CSP (anciens article L. 342 ET L.345 du même code) étaient contraires à la Constitution.

De même que dans sa décision du 2010, le Conseil a été saisi de questions relatives à la constitutionnalité des conditions d'admission. Faisant la balance des principes en question, *« d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principe de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis. »*, le Conseil a considéré que les conditions d'admission en HO était conformes à la Constitution.

Il a également estimé que les conditions de fond du placement, lorsqu'elles sont remplies (troubles mentaux qui entraînent la nécessité des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public), fondent une privation de liberté. L'unicité du certificat requis pour un placement en HO est compensée par l'obligation de prouver l'atteinte grave à l'ordre public ou un risque pour la sûreté des personnes.

Ce que le Conseil juge contraire à la Constitution c'est le maintien de la décision d'admission par le préfet lorsque cette décision va à l'encontre du certificat médical établi par le psychiatre en charge du patient. Le maintien ne peut être justifié que si le patient est réexaminé et que le certificat médical confirme la décision de placement, bien qu'en opposition avec le certificat antérieur.

B) Le maintien en hospitalisation.

En ce qui concerne le maintien de la mesure et le contrôle de celle-ci par l'autorité judiciaire, il en va autrement. Au visa de l'article 66 de la Constitution, l'autorité judiciaire est confirmée dans son rôle de gardienne de la liberté individuelle. Comparant la privation de liberté sur le fondement de santé publique et d'ordre public aux autres régimes de privation de liberté, il s'avère que le maintien du régime d'hospitalisation sans consentement, issu de la loi du 27 juin 1990, n'est pas conforme aux règles du droit français. Le 9 janvier 1980, le Conseil Constitutionnel avait en effet considéré que le maintien au-delà de quarante-huit heures d'une telle mesure devait être conditionné à l'intervention du juge judiciaire dans les plus courts délais. Or, s'agissant des hospitalisations psychiatriques sous contrainte, cette condition n'est pas remplie. La loi de 1990 a confié un pouvoir de surveillance générale de ces hospitalisations aux CDHP. Etant des institutions administratives, elles ne rentrent pas dans le cadre de l'article 66 qui exige le contrôle d'une autorité judiciaire. Le maintien d'une hospitalisation sans consentement sans contrôle de l'autorité judiciaire est donc inconstitutionnel. Le délai de quinze jours retenu par le Conseil Constitutionnel à compter duquel l'intervention du juge judiciaire est exigée, ne s'accorde pas avec le délai de quarante-huit heures habituellement retenu en matière de privation de liberté. Toutefois, ce délai correspond à la situation spécifique du cadre médical. Le Conseil a posé la limite temporelle dans laquelle le contrôle du juge judiciaire doit intervenir.

La décision du conseil s'étend à toutes les phases de la procédure d'HDT, mais seulement aux phases de la procédure d'HDT. En effet, le Conseil est lié par le renvoi de la juridiction administrative ou judiciaire. Sa décision ne peut être étendue à d'autres domaines. Cependant, le raisonnement développé pour les HDT est transposable pour les HO. Ainsi, le Conseil a décidé que l'autorité judiciaire doit intervenir si une hospitalisation se

poursuit au-delà de quinze jours. Les Commissions départementales ne procèdent pas à un contrôle systématique de toutes les HO, mais seulement de celles de plus de trois mois ; il s'agit de surcroît d'une institution à caractère administratif, comme il a déjà été précisé. Elles ne sont donc pas gardiennes des droits et libertés des citoyens au même titre que l'autorité judiciaire.

En 2010, la requérante soulevait le non-respect des droits de la personne. La dignité serait entravée du fait de l'absence de contrôle systématique du juge. Le droit de téléphoner, protégé constitutionnellement, serait bafoué. Enfin, le droit de refuser des soins ne serait plus garanti. Le Conseil rejette ses griefs. Il n'est pas porté atteinte à la dignité de la personne du fait d'une HDT, de nombreux contrôles ayant lieu et des sanctions pouvant être dispensées à défaut. La liberté de téléphoner est encadrée par un principe de proportionnalité et étudiée au cas par cas en considération du l'intérêt individuel du patient. Il ne lui est alors pas porté atteinte. Le refus de soins est une question qui dépasse la constitutionnalité d'une disposition. Ce droit relève de l'autonomie du patient, de la nature particulière des hospitalisations psychiatriques et renvoie à la possibilité pure et simple de procéder à des hospitalisations sous contrainte. Or, le Conseil a considéré que dès que les conditions d'admission à l'hôpital psychiatrique telles qu'énumérées dans la loi de 1990 sont respectées, elles permettent de passer outre le consentement de la personne malade.

Au regard de cette décision, de nombreuses dispositions du projet de loi sont inconstitutionnelles car elles ne remplissent pas les conditions d'admission qui, à la fois garantissent le respect de la dignité de la personne humaine et assurent une protection suffisante de la liberté, comme l'exigence de deux certificats initiaux émanant d'au moins un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le projet de loi n'introduit pas non plus le contrôle a posteriori du juge dans un délai raisonnable.

L'abrogation de toutes ces dispositions a été reportée au 1^{er} août 2011 afin de laisser le temps au législateur d'aménager les mesures sans créer de vide législatif.

L'arrêt de la Cour européenne du 18 novembre 2010 a fortement renforcé l'idée de modifier le projet de loi pour qu'il réponde aux exigences nationales et internationales.

Section 2: Le droit à un recours effectif suite à des détentions arbitraires en matière d'hospitalisation sans consentement.

Le justiciable qui a introduit un recours devant la Cour européenne des Droits de l'Homme est un patient hospitalisé en UMD depuis trente ans. L'arrêt Baudouin c/France du 18 novembre 2010 a entraîné la condamnation de la France au visa de l'article 5§1 e) et §4. Le requérant a d'abord été condamné en droit interne pour assassinat et tentative d'assassinat. Puis il fut placé d'office dans une UMD. L'hospitalisation fut reconduite par de nombreux arrêtés préfectoraux. L'intéressé introduisit des recours en annulation et en référé. Plusieurs fois, le juge administratif a fait droit à ses recours contre les décisions d'admission. En revanche, le juge judiciaire n'a jamais prononcé la levée de la mesure qui aurait concrétisé l'annulation des arrêtés. Les expertises commandées par le juge judiciaire, tant en première instance qu'en appel, se sont multipliées. Leurs conclusions furent parfois contradictoires, certains experts estimant que l'état du patient ne permettait plus de considérer que les conditions du placement étaient réunies et d'autres experts certifiant au contraire que son état s'était dégradé et que l'intéressé faisait preuve d'un comportement violent et agressif. En première instance, le juge judiciaire des libertés et de la détention ordonna même la sortie immédiate du requérant en raison de périodes d'hospitalisation sans titre de la part des autorités administratives. Mais le Ministère Public interjetant appel

a demandé l'arrêt de l'exécution provisoire du jugement qui fut annulé. Cette situation s'est reproduite à de multiples reprises.

Ce patient hospitalisé en UMD déposa une requête contre la France.

Devant la Cour européenne, le requérant soulève qu'une période de sa détention n'a été justifiée par aucun titre provenant du préfet et contrevient à l'article 5§1. (L'article 5§1 dispose que : « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : [...] s'il s'agit de la détention régulière [...] d'un aliéné* »). L'esprit de cet article est la protection des citoyens contre les détentions arbitraires. La Cour confirme l'argumentation du requérant et considère que l'article 5§1 e) a été violé car, selon le droit interne français, seul un arrêté préfectoral renouvelé à intervalle régulier peut justifier une mesure d'HO.

Par ailleurs, selon le requérant, la *summa divisio* organisant la dualité des ordres administratif et judiciaire, en ce qu'ils ont chacun un domaine de compétence exclusif en matière d'hospitalisation sans consentement, empêche l'effectivité des recours introduits et entraîne la violation de l'article 5§4 (*Article 5§4 : « [...] Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale. »*).

La répartition actuelle des compétences concernant les contentieux relatifs à la psychiatrie remonte au jugement rendu par le Tribunal des conflits le 17 février 1997⁴⁵. « [...] si l'autorité judiciaire est seule compétente [...] pour apprécier la nécessité d'une mesure de placement d'office en hôpital psychiatrique et les conséquences qui peuvent en résulter, il

⁴⁵ Tribunal des conflits, 17 février 1997, Préfet de la Région Ile de France, Préfet de Paris, n° 97-03045.

appartient à la juridiction administrative d'apprécier la régularité de la décision administrative qui ordonne le placement ; [...] lorsque cette dernière s'est prononcée sur ce point, l'autorité judiciaire est compétente pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant la mesure de placement d'office [...] »

Quant à l'effectivité des recours devant conduire à la sortie immédiate de l'intéressé, la Cour confirme qu'aucun recours en annulation de la mesure d'hospitalisation devant le juge administratif (ni les référés-suspension issu de l'article L.521-1-12 du code de justice administrative, ni les référés-liberté mis en place par la loi du 30 juin 2000, ni les recours en annulation afin de constater la légalité externe d'une mesure d'internement) ne peut permettre cette sortie. Elle s'est alors penchée sur l'effectivité des recours devant les juridictions judiciaires.

En l'espèce, elle constate que malgré l'annulation des actes fondant la mesure d'hospitalisation par les juges administratifs, le juge judiciaire n'a pas tiré les conséquences de ces annulations et ne s'est fondé que sur les conditions d'hospitalisation de la loi du 27 juin 1990 pour statuer sur la sortie immédiate. Elle conclue alors que dans cette affaire, la dualité des ordres judiciaire et administratif n'a pas permis à l'intéressé d'obtenir sa libération bien que sa détention a été illégale. Mais la solution est très circonstanciée et tend à condamner spécifiquement la position de la Cour d'appel de Bordeaux qui n'a pas tiré les conséquences de ses constatations.

Enfin, le requérant arguait que l'examen de sa situation par les juridictions ne remplissait pas le caractère de célérité exigé par l'article 5§4 de la Convention européenne, ce que confirme la Cour en constatant que la procédure la plus courte a duré quatre mois devant l'ordre judiciaire. Le bref délai n'a pas été respecté.

L'analyse de cet arrêt de la Cour européenne met en valeur la nécessité d'un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation par le juge judiciaire. Celui-ci devrait pouvoir examiner tous les éléments du dossier du patient et sa décision motivée en droit et en fait devrait intervenir dans les plus brefs délais, afin de ne pas laisser se poursuivre des situations d'illégalité. L'existence de voies de recours à l'encontre de cette décision doit compléter ce contrôle, en restant dans le cadre de délais raisonnables. Les recours en annulation des mesures d'hospitalisation doivent être pris en compte par le juge judiciaire. En cas d'annulation de la mesure, les conditions d'admission et toutes les étapes de la procédure devraient être engagées à nouveau pour être en conformité avec la Convention européenne des Droits de l'Homme.

Le projet a été rectifié le 26 janvier 2010 puis quelques modifications ont été apportées par le Sénat. Le projet de loi rectifié est très proche du texte définitif adopté en troisième lecture par l'Assemblée Nationale le 22 juin 2011.

Chapitre IV : Le texte de loi définitif

La loi du 5 juillet 2011, promulguée le 5 août 2011, a réformé le régime des hospitalisations sous contrainte. Toutefois, l'hospitalisation libre en psychiatrie est maintenue comme étant la procédure privilégiée dans l'accès aux soins. La contrainte s'organise aujourd'hui autour de la notion d'obligation de soins. Cette loi s'attache essentiellement à décrire le régime des soins sans consentement. La classification semble être la même que dans la loi de 1990, une distinction étant faite entre les soins à la demande d'un tiers (SDT) et ceux demandés par l'autorité publique, c'est-à-dire, les soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE), remplaçant l'hospitalisation d'office. Ces réformes ont dû être mises en place très rapidement.

Nous étudierons successivement les soins à la demande d'un tiers (Section 1) puis les soins psychiatriques sur demande d'un représentant de l'Etat (Section 2).

Section 1. Les soins à la demande d'un tiers.

A) La procédure classique de soins à la demande d'un tiers.

Les SDT sont régis par les articles L.3212-1 et suivants. Ils requièrent deux conditions cumulatives : l'impossibilité pour l'intéressé de consentir à cause de ses troubles mentaux et la nécessité de soins en raison de son état mental.

Cette procédure nécessite deux certificats initiaux (dont l'un est rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil) afin que la personne malade puisse se faire hospitaliser. Depuis la loi du 5 juillet 2011, la procédure est plus stricte s'agissant des délais dans lesquels les certificats doivent intervenir, le certificat de 24 heures étant horodaté ; cependant la procédure est jusqu'ici la même qu'en 1990. Ce délai est contrôlé par le juge. A

défaut de son respect, le juge est en mesure de prononcer un vice de forme et donc la nullité de la mesure. Les établissements hospitaliers psychiatriques doivent être très vigilants. Par exemple, les admissions qui ont lieu le week end nécessitent qu'il soit fait appel à un praticien hospitalier de garde (un médecin sénior) car les médecins internes ne peuvent pas signer ce certificat de 24 heures et, pour le respect de la procédure, il est impossible d'attendre le lundi matin pour rédiger le certificat de 24 heures.

Les juges sont astreints à faire respecter la loi. Ils peuvent être conciliants mais alors, ce sont les avocats qui relèvent le défaut de respect de ce délai de 24 heures pour faire annuler la mesure. Depuis la réforme, l'avocat a une place beaucoup plus importante dans le parcours du patient qui se fait hospitaliser sous la contrainte. Son rôle n'est pas de faire annuler la mesure en tout état de cause, mais de faire en sorte que les droits de son client soient respectés. Toutefois, de nombreux avocats relèvent systématiquement le moindre élément susceptible de créer un vice de forme ou de procédure. Ainsi, certains avocats exigent que le psychiatre rédigeant les certificats y appose le tampon de l'établissement hospitalier ; il ne s'agit pas d'une obligation légale. Pourtant, dans les premiers mois de la loi de 2011, des mesures de SDT ont été annulées pour cette raison. La nouveauté d'une loi crée toujours des confusions quant à son application ; en l'occurrence, certains avocats ont pu en profiter.

Pendant ces 24 heures, il est procédé à un examen somatique et à un examen psychiatrique du patient. La nouvelle loi a donné un caractère systématique à ce premier examen afin d'écartier toutes causes d'origine somatique à ces troubles. L'examen psychiatrique entraîne l'infirmité ou la confirmation de la mesure de soins obligatoires lors de la rédaction du certificat médical de 24 heures (L.3211-2-2 CSP).

Le certificat de 72 heures est une création de la nouvelle loi. Il ferme la période d'observation qui s'effectue toujours en hospitalisation complète. Le patient ne quitte pas l'établissement, sauf si la mesure est levée avant. Il s'agit avant l'issue de 72 heures d'infirmier ou confirmer la mesure mais surtout, lorsque celle-ci est maintenue, d'orienter le patient. Dans le cas de la décision de poursuite des soins, attestée par les certificats de 24 et 72 heures deux voies sont d'ores et déjà envisageables : l'hospitalisation complète ou des formes alternatives de soins (L.3211-2-1 1° et 2°). Un psychiatre de l'établissement d'accueil (sans autre précision de la loi) doit émettre un avis motivé quant au choix de la forme de prise en charge.

Les formes alternatives de soins sont des soins ambulatoires c'est-à-dire en dehors du cadre de l'hospitalisation dans un service psychiatrique. Ils peuvent prendre la forme de soins à domicile, en hôpital de jour ou en Centre Médico-Psychiatrique (CMP), parfois en alternance avec une période d'hospitalisation complète, prévue et limitée dans le temps.

Ce programme de soins diffère de l'hospitalisation complète par la liberté qu'elle confère au patient. On considère qu'il y a un programme de soins dès lors que le patient passe une nuit hors de l'hôpital ou plus de douze heures hors les murs de celui-ci. En principe, le programme de soins n'entraîne pas le contrôle du juge, car les patients ne sont pas privés de leur liberté d'aller et venir. Ces formes de soins font partie de l'obligation de soins à laquelle est astreint le patient. Le programme de soins peut être décidé à tout moment de la procédure. Il nécessite une prise de conscience de la part du patient. Ce dernier doit réaliser son besoin de recevoir des soins. Il doit se rendre aux rendez-vous qui sont prévus. Ces rendez-vous sont soit des consultations avec le psychiatre, soit des activités de loisirs ou de travail, rémunérées ou non, selon les cas.

Le programme de soins a un caractère contraignant. Si le patient ne se rend pas à ses rendez-vous, le psychiatre le contacte, ou se déplace, accompagné parfois d'une équipe d'ambulanciers. Cela relève à la fois du serment hippocratique du médecin et de sa responsabilité qui pourrait être engagée pour défaut de diligence dans les soins procurés à son patient et mise en danger de celui-ci.

L'hospitalisation complète reste une forme de soins obligatoires souvent envisagée. Sa poursuite au-delà de quinze jours conduit systématiquement à un contrôle opéré par le juge des libertés et de la détention. C'est l'une des mesures phares de la réforme de 2011.

Le certificat de huitaine (L.3212-7), créé par la loi du 5 juillet 2011, intervient après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour d'hospitalisation complète. Pour décrire encore une fois, le zèle de certains avocats dans leur travail d'annulation des mesures, les professionnels d'un hôpital ont assisté à des audiences pendant lesquelles, l'avocat a argué que la mesure devait être annulée parce que le certificat de huitaine avait été rédigé le cinquième jour, et non « après ».

Ce certificat est un contrôle de plus, rédigé par le psychiatre en charge du patient, de l'opportunité de la mesure. Dans le cas où le patient est en hospitalisation complète, le directeur de l'établissement envoie sans délai une copie de ce certificat médical au JLD compétent territorialement. Ainsi, le juge est informé de ce type de mesure privative de liberté grâce ce certificat médical circonstancié.

Le juge des libertés et de la détention doit être saisi par le directeur de l'établissement dans un délai d'au moins trois jours avant l'expiration du 15^e jour (L.3211-12-1 I).

La saisine comprend trois documents en plus du certificat de huitaine. Sont requis, l'avis d'un psychiatre tiers à la prise en charge du patient, l'avis conjoint de deux psychiatres (l'un participant à la prise en charge du patient, l'autre non) sur la décision de poursuite des

soins en hospitalisation complète, un avis médical sur les possibilités d'audition du patient par le juge et enfin une plaquette informative sur le patient comprenant la liste des droits dont il a été informé, son statut de protection en tant que majeur (sans mesure de protection, sous sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle), la transmission des coordonnées du tiers ayant demandé la mesure de soins sous contrainte, celles de son tuteur ou curateur s'il y a lieu, en vue de la convocation de ces personnes par le juge lors de l'audition du patient.

L'audition devant le juge est obligatoire, mais elle n'est pas toujours effective. Elle a lieu avant la fin du quinzième jour suivant l'admission. La période de 15 jours fait référence à la décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010. Au-delà la mesure privative de liberté contrevient au droit constitutionnel d'aller et venir, garanti par le juge judiciaire. Dans le cas d'un patient contentonné à son lit, en état de crise, accompagné d'un avis du psychiatre défavorable à son audition par le juge, ce dernier est informé de la situation et il désigne un avocat commis d'office, qui plaide sur dossier.

Lors de l'audition, tous les certificats, les avis, la décision d'admission et de maintien en hospitalisation complète rédigée par le directeur d'établissement et complétée à chaque étape de la procédure, sont fournis.

A l'issue de l'audition, le juge prend la décision soit de maintenir la mesure et donc de suivre l'avis des psychiatres, soit de la lever. Les raisons de la levée d'une mesure sont multiples. Il peut s'agir d'un vice de fond (articles 117 à 121 du code de procédure civile), de forme (articles 112 à 116 du code de procédure civile) ou de l'appréciation personnelle du juge qui considère que la mesure n'est pas justifiée ou proportionnée.

A cette occasion, le juge peut transformer l'hospitalisation complète en programme de soins ou plus radicalement prononcer la main levée de la mesure. Cette dernière peut

n'intervenir que dans les prochaines 24 heures du prononcé de la décision afin de terminer une période de soins commencée à l'hôpital. Au début de l'entrée en vigueur de la loi, certains juges, voulant agir dans le plus grand respect des droits des malades avaient tendance à favoriser le programme de soins face à l'hospitalisation complète. Cela a eu pour conséquence de mettre en danger des patients qui n'étaient pas prêts à sortir. La confiance a fini par s'installer entre les juges et les médecins. Les juges suivent désormais l'avis de ces derniers sans méfiance.

Dans le cas d'un désaccord réel entre l'avis du psychiatre et la décision du juge, l'établissement en lien avec le psychiatre peut faire appel de cette décision. Il s'agit d'un appel suspensif d'exécution, donc le patient reste en hospitalisation complète jusqu'à ce que l'appel soit traité⁴⁶.

Lorsque la mesure d'hospitalisation complète est maintenue, le juge intervient à nouveau avant la fin d'une période de six mois à compter du jour de l'admission afin de contrôler que la mesure est toujours justifiée.

Mensuellement à compter du certificat de huitaine, le psychiatre en charge rédige un certificat de maintien sur lequel s'appuie le directeur de l'établissement pour décider du maintien de la mesure.

Lorsqu'une mesure de soins (peu importe ici sa forme) est maintenue en continu pendant plus d'un an à compter de l'admission, un collège de soignants doit se réunir pour recueillir l'avis du patient et réaliser une évaluation approfondie de l'état mental du patient⁴⁷. Il n'est pas prévu par les textes que cet examen approfondi puisse se faire sur dossier médical. Les textes ne définissent pas l'avis que doit rendre le collège sur chaque

⁴⁶ R. 3211-19 à -21 du CSP.

⁴⁷ Article L.3212-7 du CSP.

dossier ; aucune directive n'a été donnée. Les soignants donnant leur avis au directeur de l'établissement (psychiatre responsable éventuellement à titre principal du patient dont la situation est examinée ; un représentant de l'équipe pluridisciplinaire ; un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge) peuvent le faire par des moyens de communication téléphonique ou audiovisuelle en cas d'urgence ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

A tout moment, le programme de soins peut être écourté ou se transformer en hospitalisation complète, que ce soit parce que le programme n'avait été prévu que pour une courte durée ou parce que le patient n'a pas rempli son obligation de présence à ses rendez-vous (et que son état requiert alors des soins continus), ou encore qu'il connaît une période de crise⁴⁸. Dans le cas spécifique de la modification d'une forme alternative de soins sans consentement en hospitalisation complète, le juge doit être saisi trois jours au moins avant l'expiration de 15 jours, à compter de la décision de modification prise par le directeur de l'établissement. Le patient est présenté devant le juge dans les quinze jours de sa réintégration à l'hôpital avant l'expiration du 15^e jour. Les certificats initiaux, de 24 et 72 heures ne sont pas requis.

Passer d'une forme alternative de soins à l'hospitalisation complète est une procédure souple. Sur certificat médical motivé du psychiatre participant à la prise en charge du patient, le directeur de l'établissement change la forme de la prise en charge. Le contrôle par le juge judiciaire est d'autant plus nécessaire.

⁴⁸ L.3211-11 CSP dispose que : « *le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de prise en charge mentionnée à l'article L.3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne* »

B) Les SDT d'urgence (L. 3212-3 CSP) et les soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) (L.3212-1 II 2°).

Le schéma global reste le même. La procédure de SDT en cas d'urgence a vocation à rester exceptionnelle. En revanche, les SPPI ont été créés pour pallier à l'absence de tiers dans le cas de personnes isolées ayant besoin de soins psychiatriques immédiats et répondant aux mêmes conditions cumulatives que les SDT. Il ne faut pas les confondre.

La condition de péril imminent correspond-elle à la procédure d'urgence des HDT de 1990 ? C'est-à-dire une procédure simplifiée au regard des circonstances ? Dans un rapport de 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a considéré que le péril imminent, qui doit être décrit par le psychiatre dans le certificat médical initial, se traduit par « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient en cas de refus de soins* »⁴⁹. Elle ajoute que « *pour définir le péril imminent il faut prendre en compte l'aggravation rapide des troubles en l'absence de soins immédiats, le mode de vie dans lequel le patient ne saurait retourner sous peine d'aggravation (accès à des toxiques, moyens suicidogènes, situation familiale, etc.). Mais cette notion de péril imminent reste floue et sans définition juridique* ». A l'occasion des contentieux desquels elle a été saisie, la juridiction administrative a également apporté des précisions au cas par cas. Ainsi, une crise aiguë de persécution, une aggravation de l'état de santé psychique et un refus de soins associé à un risque élevé de tentative de suicide relève de la qualification de péril imminent⁵⁰.

En cas de SDT d'urgence ou SPPI, le psychiatre rédigeant le certificat de 72 heures est nécessairement différent de celui qui a rédigé le certificat de 24 heures. Dans l'une ou

⁴⁹ HAS, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, avril 2005, p. 75.

⁵⁰ CAA de Nantes, 29 septembre 2009, n°08NT03472.

l'autre des procédures, le patient aura rencontré pas moins de trois psychiatres en 72 heures, ce qui est parfois déstabilisant pour une personne malade, en crise, et désorientée.

Les SDT d'urgence ont déjà tendance à être une mesure plus prisée que les SDT classiques par les équipes soignantes lorsqu'il y a un tiers engageant la procédure de soins contraints pour le malade. En effet, cette mesure ne nécessite qu'un seul certificat pour l'admission du patient. Celui-ci peut être rédigé par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Le patient peut aussi déjà avoir son certificat initial. Or, pour reprendre un exemple cité ci-dessus, lorsque des patients arrivent le week end, avec un seul certificat initial, et qu'il n'y a de présent que de jeunes médecins encore internes, il est courant de ne pas forcément faire appel au PH de garde mais d'enregistrer la mesure comme SDT d'urgence.

Dans le texte de loi, les SPPI sont placés au côté des SDT, pourtant les SPPI ne nécessitent pas la présence d'un tiers. Les SPPI sont une mesure subsidiaire. La procédure est la même que celle des SDT d'urgence, à la différence que le psychiatre rédigeant le certificat initial doit être extérieur à l'établissement d'accueil⁵¹ ; le personnel hospitalier (agent administratif, assistante social) doit avoir tout mis en œuvre pour contacter un proche du malade admis à l'hôpital. Cette procédure est très largement utilisée s'agissant des personnes malades qui n'ont pas de domicile fixe. La tendance est de recourir à cette mesure plutôt qu'à celle de SPDRE car la mesure ne relève pas de la même gravité des actes.

⁵¹ A titre d'exemple, le médecin ou psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil peut faire partie de SOS médecin, de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police, du service d'urgences ou être un médecin réquisitionné pour donner son avis dans un cadre de garde à vue policière par exemple.

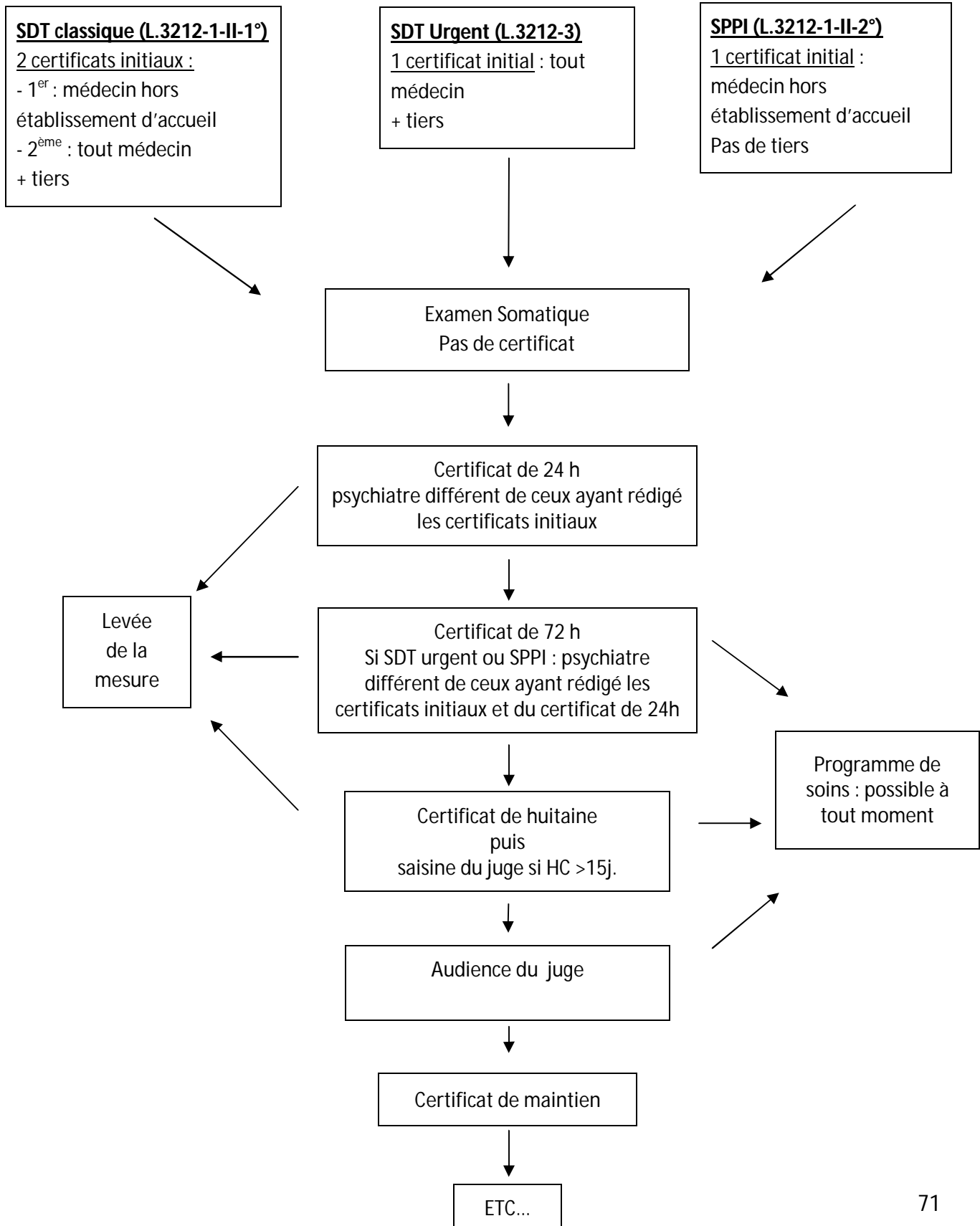
C) La levée de la mesure.

Elle peut être demandée soit par un proche soit par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP). Lorsqu'elle l'est par un proche, le psychiatre en charge peut s'opposer cette levée en rédigeant un certificat médical attestant d'un péril imminent pour la personne. Le psychiatre peut demander à ce que la mesure soit convertie en SPDRE. Le préfet est alors informé par le directeur de l'établissement et décide éventuellement de convertir la mesure.

Lorsque la levée est demandée par la CDSP, il n'est pas possible de s'y opposer.

SCHEMA RECAPITULATIF DES SOINS

A LA DEMANDE D'UN TIERS



Section 2. Les Soins Psychiatriques sur Décisions du Représentant de l'Etat (SPDRE) articles L.3213-1 et suivants du code la santé publique.

A) Les SPDRE classiques.

Les SPDRE correspondent à l'ancienne HO. Les représentants de l'Etat sont les préfets de chaque département français. Ce qui diffère dans la procédure par rapport aux SDT et SPPI est la procédure d'admission ainsi que les indications relatives à l'admission et les arrêtés pris par le préfet. Celui-ci a en effet un grand pouvoir décisionnel. Les SPDRE sont prévus lorsque l'intéressé présente des troubles mentaux nécessitant des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet prononce l'admission de la personne malade par arrêté, au regard d'un certificat médical « précis », « motivé » et « dactylographié »⁵² émanant d'un médecin (psychiatre ou non) n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La notoriété publique ne suffit plus à attester des troubles, comme est venu le préciser la décision du Conseil Constitutionnel du 6 octobre 2011⁵³.

Le préfet doit informer dans les 24 heures de la décision d'admission, de maintien ou de levée de la mesure de soins sans consentement sur décision préfectorale ou de justice, la liste des personnes énumérées à l'article L.313-9 du CSP.

Le préfet bénéficie de trois jours francs à compter de la réception de ce certificat médical pour choisir la forme des soins obligatoires à dispenser. En attendant, le patient est en hospitalisation complète. Lorsque le patient a déjà une procédure de SPDRE de danger imminent ou lorsque le patient a passé, pendant les dix dernières années, une année en Unité pour Malades Difficiles (UMD), le représentant de l'Etat doit former un collège pour

⁵² R.3213-3 al.1^{er} CSP.

⁵³ Décision n°2011-174 QPC du 6 octobre 2011.

prendre sa décision sur la forme de la mesure et sur la décision d'audition du patient par le juge quand une hospitalisation complète a été décidée. Ce collège comprend : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient⁵⁴.

Dès lors que l'hospitalisation complète doit se prolonger au-delà de 15 jours, le JLD doit être saisi pour auditionner le patient. La procédure est la même qu'en cas de SDT classique, d'urgence ou de SPPI.

Il peut aussi être décidé de mettre en place un programme de soins.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement peut à tout moment décider de réintégrer le patient en hospitalisation complète sur proposition du psychiatre en charge. La mesure de SPDRE n'est pas affectée par cette réintégration. Le préfet doit toutefois prendre un nouvel arrêté lorsque le précédent précisait la forme de prise en charge, observation facultative. Il faut avouer que les textes (loi et décret d'application) ne sont pas aussi clairs qu'on aurait pu l'espérer.

La production des certificats médicaux est la même qu'en matière de SDT ou SPPI, jusqu'au premier mois. Toutefois, il est prévu que s'il ne peut pas être procédé à l'examen du patient au terme du premier mois, le psychiatre rend un avis médical sur la base du dossier du patient. C'est une reprise identique du projet de loi que nous avons critiqué ci-dessus au regard des droits de la personne détenue, en cas d'hospitalisation complète, bien que le JLD soit alors saisi. La prolongation est prononcée pour une durée de trois, puis à nouveau pour six mois lorsqu'il y a lieu de la maintenir.

⁵⁴ article L.3211-9 CSP.

B) La conversion de l'hospitalisation complète en programme de soins ou la levée de la mesure.

La levée de la mesure intervient à défaut de décision du préfet dans les délais qui lui sont impartis, mais aussi lorsque la CDSP la réclame. Le psychiatre en charge du patient peut la proposer dès lors qu'il estime que les conditions ayant justifié l'admission en SPDRE ne sont plus réunies. Le préfet doit statuer dans les trois jours francs de la réception de ce certificat médical, ou dans les 14 jours lorsqu'il décide d'ordonner une expertise psychiatrique réalisée par un psychiatre indépendant.

C) L'allègement ou levée de la mesure en cas désaccord.

Selon l'article L.3213-9-1 du CSP, si le préfet décide de ne pas suivre la décision du psychiatre d'alléger la forme des soins ou de lever la mesure car les conditions ne seraient plus réunies, le préfet doit solliciter l'avis d'un second psychiatre. Cette exigence est issue de la décision du Conseil Constitutionnel du 9 juin 2011 précitée et a été ajoutée par amendement du gouvernement. On comprend que la place est faite à la logique sanitaire. L'ordre public ou la sûreté des personnes ne suffisent plus au maintien de la mesure. Le décret d'application est venu préciser que les certificats médicaux visant la levée de telle mesure, doivent être motivés au regard de la nécessité des soins et des risques à la sûreté des personnes que ces troubles mentaux peuvent entraîner.

Le préfet qui ne suit pas l'avis du psychiatre est tenu d'informer le directeur de l'établissement immédiatement afin qu'il organise l'examen du patient par un second psychiatre.

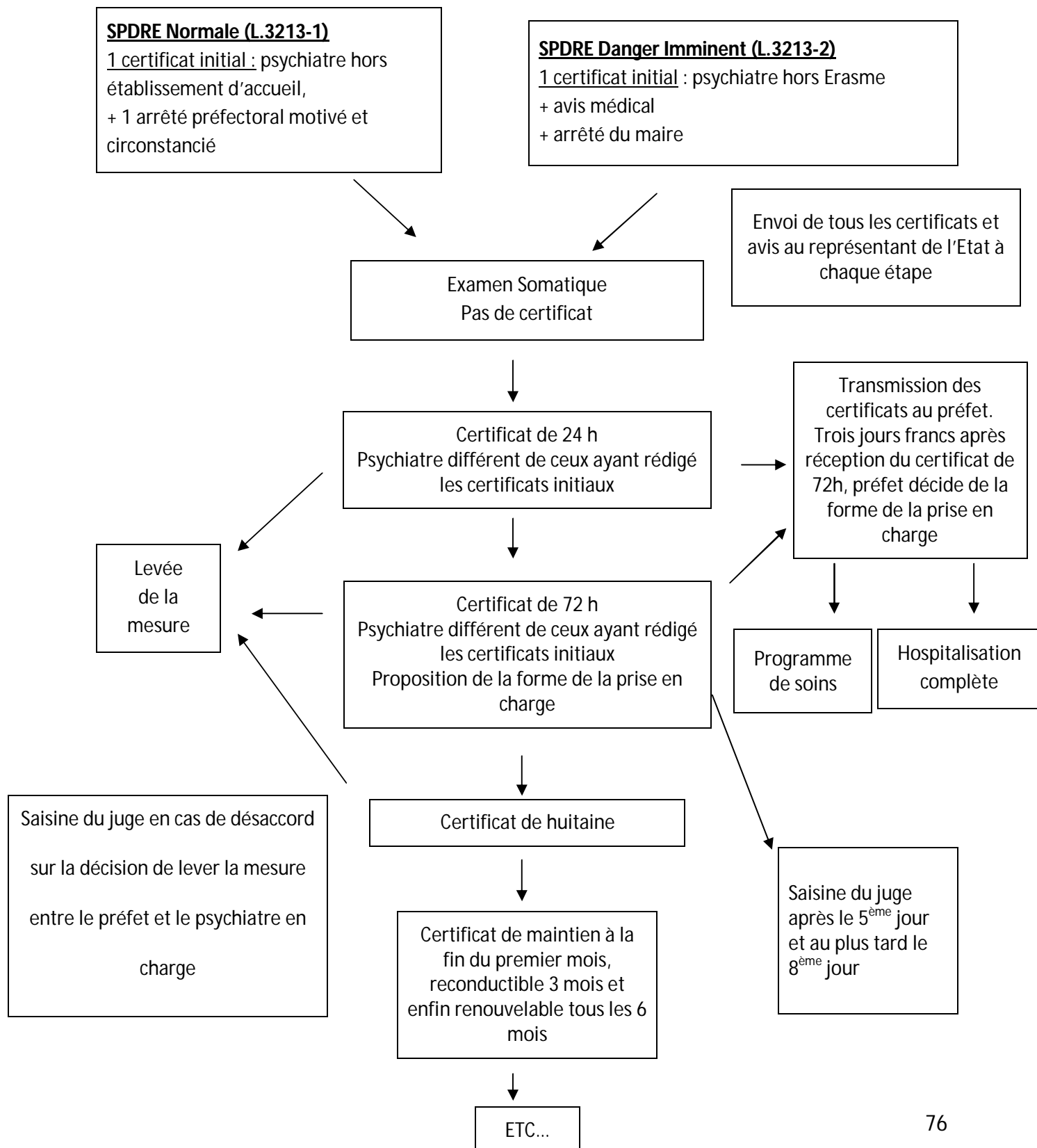
Dans le cas où les deux certificats sont concordants, le préfet voit sa compétence liée. Il est tenu de prendre un nouvel arrêté dans lequel il suit la mesure préconisée par les psychiatres.

Dans le cas où le second avis psychiatrique coïncide avec le refus du préfet de lever ou d'alléger la mesure, la décision revient au JLD. La saisine du juge est obligatoire lorsque le désaccord porte sur la levée d'une hospitalisation complète. S'agissant d'un désaccord sur une autre forme de soins, il nous semble que les avis concordants l'emporteraient sur l'avis isolé. Ces mécanismes de saisine du juge et de second avis médical ont été ajoutés tardivement, peu de temps avant la promulgation de la loi.

Les SPDRE connaissent des régimes particuliers touchant par exemple des patients susceptibles d'être dangereux. C'est un ajout de la loi de 2011. Il s'agit d'être plus précautionneux vis-à-vis de ces patients au comportement réprimé par le code pénal ou qui ont déjà été placés en UMD. L'article L.3222-3 du CSP régit les SPDRE des patients susceptibles d'être dangereux.

Un autre régime a été adapté par la loi de 2011. Il s'agit de celui applicable aux détenus de l'article L. 3214-1 I du CSP. Le comportement des personnes détenues peut conduire à leur placement en UMD. Dans tous les cas, il n'est envisagé à leur égard que l'hospitalisation complète.

SCHEMA RECAPITULATIF DES SOINS SUR DECISION D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT



Titre II : Entretiens semi-directifs

Chapitre I : Les entretiens semi-directifs du corps médical

A) La pratique des psychiatres interrogés.

Ils reçoivent tous en grande majorité des patients qui font l'objet d'une mesure de soins sous la contrainte. Tous les troubles psychiatriques sont rencontrés notamment schizophrénie, trouble bipolaire, addictions, dépression, etc.... Dans le cadre de la pratique urgentiste de certains, ils sont aussi confrontés à des individus manifestant des troubles psychotiques aigus ou chroniques, parfois violents et amenés par la police ou les pompiers. Ces patients sont par la suite traités en UMD ou isolés. Ils relèvent alors le plus souvent d'une mesure de SPDRE.

Dans les hôpitaux universitaires, ce sont les internes qui font passer les examens somatiques sous la responsabilité des séniors ; dans les hôpitaux psychiatriques non universitaires, il y a généralement un médecin généraliste qui s'en charge. La rédaction du certificat médical doit être faite par un médecin sénior. Il est intéressant de noter la réaction des psychiatres hospitaliers quant à ces certificats : du fait de leur multiplication, le psychiatre est constamment dans un rôle d'expert. Sa pratique se consacre essentiellement depuis la réforme à évaluer les conditions de maintien de la mesure d'hospitalisation. Un temps important est utilisé à informer le patient de ses droits et à le faire signer la saisine du juge lorsque c'est nécessaire. Ces procédures administratives sont lourdes. Les deux dernières ne relèvent pas du rôle du psychiatre : « c'est un aspect médico-administratif qui éloigne le psychiatre de son rôle de soignant. » La relation médecin patient n'en pâtit pas pour autant, mais le temps consacré à ces procédures est pris au détriment du temps du

soin. Une autre personne devrait être désignée pour remplir ce rôle. Dans d'autres hôpitaux qui disposent d'un service juridique et administratif plus développé, la pratique diffère sur ce point et des agents administratifs sont chargés de faire signer la saisine au patient.

B) La violence.

« *La violence, bien que rare, existe notamment chez les patients agités, sous l'emprise de toxiques ou en proie à des symptômes délirants de persécution.* » Précisons que la violence n'est pas un symptôme en soi. L'agressivité à laquelle les soignants en psychiatrie sont confrontés tient essentiellement au caractère contraignant des mesures que les patients subissent. Il s'agit la plupart du temps de troubles d'adaptation. Mais les psychiatres interrogés ont relevé que la plupart des patients en sont plutôt victimes. L'image de violence véhiculée serait liée à l'aspect spectaculaire des agressions commises par un malade atteint de troubles mentaux.

C) Les indications de la loi à des mesures de soins contraints.

Les psychiatres considèrent que l'obligation de soin est parfois un mal nécessaire en psychiatrie. L'impossibilité de consentir aux soins associée à la nécessité de soins immédiats fait partie des exceptions à l'autonomie du patient. Ces indications aux soins sous la contrainte correspondent à la réalité des pratiques.

Un point toutefois est à souligner. La procédure de SPPI a été créée en principe pour parer à l'absence de tiers. Or depuis l'entrée en vigueur, certains psychiatres ont été amenés à l'utiliser pour contrer l'opposition du tiers à l'obligation de soins. Il n'y a pas de consensus ni de jurisprudence sur la question. La loi n'a pas envisagé une utilisation dans ce sens. Il convient désormais aux juges de décider si la pratique est valable. Elle n'est d'ailleurs pas généralisée à tous les hôpitaux.

D) La guérison.

« *Le mot guérison au sens de retour à l'état antérieur n'a pas de sens dans notre discipline, on parle plutôt de nouvel équilibre ou de réadaptation* » ou de rémission. Les traitements psychiatriques s'envisagent toujours sur le long terme. La rémission n'est pas exigée dans la loi pour obtenir la levée d'une mesure.

E) L'intervention du Juge des Libertés et de la Détention.

« *Bénéfique* », « *légitime* », « *nécessaire* ». Elle permet de replacer le psychiatre dans son seul rôle de soignant.

Cependant, sa mise en œuvre reste lourde et elle « *ampute du temps de soins déjà insuffisant.* »

Ensuite, lorsque le juge prononce au fond (c'est-à-dire sur les conditions d'admission et de maintien) une main levée de la mesure, qui s'oppose à la décision du psychiatre, celui-ci devrait s'appuyer sur une expertise indépendante. Or ce n'est pas le cas. Il statue en se fondant sur son appréciation personnelle et au regard du dossier médical et administratif qui lui est présenté. Ces mains levées ont été plus fréquentes dans les premiers mois de l'entrée en vigueur de la loi car il y avait une méfiance de la part des juges envers les psychiatres. La confiance s'est établie et a grandi entre ces deux professions. Malgré tout, les psychiatres vivent le prononcé sur le fond d'une main levée comme un désaveu de leur avis et leur expérience. Des patients qui ont vu leur mesure levée se sont ensuite mis en danger. Ils n'étaient pas prêts à quitter le cadre d'une hospitalisation comme l'avait prévu le psychiatre en charge.

Enfin, il apparaît pour certains que la mesure intervient trop tardivement à un moment où les patients vont déjà mieux et où donc la mesure commence à être moins justifiée, la

crise étant passée. En revanche, au cœur de la crise, l'audition du patient n'est souvent ni possible ni conseillée.

F) La vidéoconférence.

Il s'agit de permettre au juge de rencontrer absolument le patient. La loi a introduit les télécommunications en psychiatrie. C'est un moyen qui est en pleine expansion. Elles sont notamment prévues dans les procédures de garde à vue. La vidéoconférence a inspiré la méfiance et la réticence. Ces impressions négatives demeurent dans les services qui ne l'ont pas mise en place, faute de moyens financiers. La mise en place de moyens de communication coûteux illustre les disparités économiques entre les départements qui ne bénéficient pas tous du même budget alloué.

Dans les Hauts de Seine, la vidéoconférence permet de pallier de temps à autre à une absence ponctuelle du JLD. Elle est globalement bien vécue par les patients. Ceux qui ne pourraient pas être auditionnés recevant quoiqu'il en soit un avis négatif à cette audition.

Dans certains hôpitaux, l'avis d'audition du patient par le juge rendu par les psychiatres est systématiquement négatif. Le JLD du ressort duquel dépend l'hôpital Paul-Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne) a toujours refusé de se déplacer. L'expérience a été tentée de déplacer les patients au tribunal ; elle s'est soldée par un échec : mal vécu par les patients et perte de temps considérable pour les soignants. La vidéoconférence étant trop coûteuse, le JLD ne rencontre jamais les patients de cet hôpital et statue uniquement sur dossier médical et administratif. Cet établissement situé en région parisienne est connu pour avoir rencontré de nombreux incidents dans l'application de la loi nouvelle. Il est confronté plus que d'autres à un engorgement de ses services, manque cruciallement de moyens et rencontre le refus du JLD de se déplacer. Cet état des choses doit être dénoncé.

G) Le choix entre hospitalisation complète et programme de soins.

Rares sont les médecins qui admettront que leur pratique va à l'encontre de la loi. Ainsi, le choix entre les formes de prise en charge est guidé par un intérêt thérapeutique. Toutefois, les psychiatres reconnaissent la mauvaise rédaction de la loi. Elle n'est pas en accord avec la réalité. Dans l'esprit du législateur et de certains juges, l'hospitalisation complète correspond à un maintien confiné du patient dans le seul service de psychiatrie, voire dans sa chambre. Pour le médecin, cette conception est trop stricte. L'hospitalisation complète signifie que le patient dort à l'hôpital. Elle peut être conçue restrictivement mais elle peut aussi se réaliser avec plus de souplesse. Or, dans le cadre de la nouvelle loi, c'est noir ou blanc. Il appartient alors au juge d'avoir sa propre conception. Ce sont les discussions entre juge et psychiatres qui ont permis d'assouplir l'acceptation d'hospitalisation complète. Pour certains juges, l'hospitalisation complète cesse ou ne peut être décidée lorsque le patient passe plus de douze heures ou une nuit à l'extérieur de l'établissement. Pour d'autres, quelques heures suffisent pour considérer que le patient n'est pas dans le cadre d'une hospitalisation complète. La position du juge étant connue des psychiatres avec lesquels il travaille, le patient ne fera alors pas l'objet du contrôle judiciaire, bien qu'il passe la majorité du temps à l'hôpital.

Sur décision indépendante des psychiatres, il arrive qu'un patient qui devrait faire l'objet d'une hospitalisation complète, passe en programme de soins, non pas pour éviter le contrôle du juge, mais pour faciliter les procédures de sorties qui sont lourdes.

La réadmission en hospitalisation complète est encore une procédure lourde, de surcroît pour un patient en crise.

H) Les budgets alloués à la rencontre des patients et du juge, et à la formation des juges.

« Une fois de plus une loi a été promulguée sans le budget y afférent. Alors comme d'habitude « on se débrouille » et ainsi sur mon temps de praticien j'assure la formation des JLD et des avocats du TGI de Nanterre. »

Dans les Hauts de Seine (Hôpital AP-HP de Corentin Celton), des journées d'information, de formation et de rencontres ont commencé à avoir lieu dès qu'il a été pressenti que la loi allait passer. La situation économique n'est pas la même que dans le Val de Marne.

I) La psychiatrie ambulatoire sectorielle.

« La psychiatrie ambulatoire sectorielle prend en charge les patients psychiatriques les plus lourds. Or en France, beaucoup d'acteurs de cette psychiatrie sectorielle ne tiennent pas compte des progrès dans les pratiques. Par exemple, certaines psychothérapies dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement (TCC) sont peu développées sur les secteurs qui restent très imprégnés par un mouvement psychanalytique hostile au changement. »

Ce témoignage est corroboré par le témoignage d'un orthithérapeute. Sa pratique est mal perçue par l'équipe des infirmiers qui entourent les patients. Les moqueries envers les patients à l'occasion de ces activités ne sont pas rares et traduisent la gêne qu'il y a à introduire de nouvelles pratiques, moins traditionnelles.

La politique de sectorisation a connu un engouement de plus en plus grand depuis 20 ans. Les médecins généralistes ont été incités à diriger rapidement leur patient aux psychiatres. Il y a un afflux de la demande psychiatrique face à une diminution du nombre de psychiatres hospitaliers. A Paris, les psychiatres en secteur 2 se sont multipliés et les tarifs ont augmenté. Tous ces facteurs ont provoqué un engorgement des Centres médico-

psychologiques. Ce service public est débordé, les consultations moins régulières qu'elles ne le devraient en raison d'un trop grand nombre de patients.

J) L'urgence de réformer ?

Les réponses sont partagées. La réforme était attendue depuis 15 ans déjà. Elle a été précipitée à la suite du discours d'Antony de l'ancien Président de la République.

Deux éléments étaient particulièrement attendus : le contrôle par le juge judiciaire et la création d'un mode approprié de soins ambulatoires, pour remplacer les sorties d'essai de longue durée.

K) Un compromis satisfaisant ?

Il n'y a pas de consensus sur cette question. Elle est saluée pour les avancées touchant à la protection des libertés individuelles et l'information renforcée qui est due au patient. En revanche, il s'avère que la loi est mal rédigée et les dispositions éparses.

La loi de 2011 a modifié la pratique des psychiatres, mais ces modifications ne sont pas toutes bien vues comme la multiplication des certificats médicaux qui astreint le psychiatre à un travail surabondant. Leur multiplication est critiquée au regard de l'instauration en parallèle de meilleurs contrôles des mesures privatives de liberté. *« A l'époque où il n'y avait pas de contrôle judiciaire, il y avait moins de certificats, aujourd'hui, il y a plus de certificats et un contrôle du juge. »* Il y a d'autant plus de risques de faire des erreurs dans la rédaction et de voir annuler la mesure. Les avocats spécialisés et participant à des mouvements antipsychiatriques n'y manqueront pas. Deux certificats de maintien seraient légitimes, en plus d'un certificat d'admission unique.

Cette loi répond à des objectifs contradictoires placés à côtés les uns des autres. Ainsi, les libertés individuelles sont mieux protégées, mais la sécurité a été renforcée ; les soins

ambulatoires sont venus remplacer les sorties d'essai inadaptées, mais la loi a aussi créé une brèche pour contrer l'opposition du tiers à une hospitalisation en cas de péril imminent.

« En outre, cette loi ne prend pas suffisamment en compte l'état psychiatrique des patients soumis à toutes ces nouvelles mesures : certains ont le sentiment d'être en proie à de véritables cauchemars éveillés, prisonnier de leurs délires et pour eux le mot liberté à un autre sens que celui de cette loi. »

Plusieurs émissions de France Culture apportent un regard très noir sur cette réforme. Lors des entretiens, ces commentaires sont critiqués par les psychiatres rencontrés. Est visé notamment le reportage « Retour sur... Les désobéissants en psychiatrie » du 7 octobre 2011⁵⁵. La psychiatrie est en effet diabolisée et donne l'impression que les psychiatres sont seuls face à un système législatif autoritaire.

⁵⁵ Sonia Kronlund, Retour sur... les désobéissants en psychiatrie, <http://www.franceculture.fr/emission-les-pieds-sur-terre-retour-sur%E2%80%A6-les-desobeissants-en-psychiatrie-2011-10-07>, Et Les Matins, La psychiatrie aujourd'hui, http://www.dailymotion.com/video/xing3i_les-matins-la-psychiatrie-aujourd-hui_news, consultation le 20/02/2012.

Chapitre II : Les entretiens semi-directifs de personnes ayant fait l'objet de soins contraints.

A) Contrer la contrainte.

Les deux jeunes femmes rencontrées ont été hospitalisées sous l'empire de la loi de 1990. Leurs témoignages n'en ont pas moins de valeur. L'une a été hospitalisée pour des périodes courtes (dix jours au maximum), l'autre a connu un séjour un peu plus long (20 jours). Du fait de la sectorisation, elles ont été prises en charge à l'hôpital Sainte-Anne dans le 14^e arrondissement de Paris. Elles avaient d'abord toutes les deux été emmenées aux urgences de l'HEGP, où le soin avait commencé car leur état était critique (intoxication médicamenteuse). Elles décrivent avec plus ou moins de précision et parfois des souvenirs contradictoires leur admission et les procédures qu'elles ont vécues.

L'une d'elle a commencé la rencontre par ces mots : « *C'était déshumanisant et déshumanisé* ». L'hospitalisation forcée est un système qu'on apprend à connaître en tant que patient. Il s'agit de feinter ce système pour sortir au plus vite. « *Prétendre qu'on se sent mieux, qu'on reconnaît qu'il était bénéfique d'être contraint à prendre ce traitement, il faut collaborer* ». La collaboration est la clef de la liberté. L'hospitalisation forcée est très rapide, mais pour en sortir, cela prend beaucoup plus de temps. Dès lors que le patient acquiesce, son traitement devient moins lourd.

La volonté de sortir de ce service est dictée par ce qui est vécu par les patients comme une profonde erreur stratégique : les patients ne sont pas séparés en fonction de leur pathologie, mais en fonction de la modalité de soins à laquelle ils sont soumis. Ainsi, le pavillon K est synonyme de cris, d'anxiété et de violence. S'y retrouvent confondus

névrotiques et psychotiques dont un tiers a pris la difficile décision de les faire hospitaliser, pour leur bien, dans leur intérêt.

A leur arrivée, les patients se voient administrés des doses très lourdes de médicaments. Ils sont ainsi sortis de la réalité pour un temps. Les périodes de sommeil sont entrecoupées de réveil angoissé, dans un univers inconnu, avec des cris provenant de l'extérieur.

Les deux femmes interrogées s'entendent sur le fait qu'on ne peut pas guérir, ou du moins voir son état s'améliorer radicalement dans ces conditions.

L'une d'elle témoigne de l'hospitalisation libre qu'elle a demandée il y a moins d'un an. Là, il n'y a pas de psychotiques. L'ambiance est beaucoup plus sereine. Le lieu n'est pas propice à la révolte des patients, puisqu'ils ont décidé de venir d'eux-mêmes. Le personnel soignant est également moins tendu car ils ne risquent pas (ou rarement) de se faire insulter, ou violenter comme dans le pavillon d'en face.

B) La dignité.

Le personnel infirmier est sur le front avec les patients. Ils sont là à tous les moments de la journée et de la nuit. Ils sont plus ou moins infantilisant avec les patients. Cette attitude a été très mal vécue à l'époque par l'une des deux femmes interrogées. Elle se souvient qu'à la suite d'un début d'incendie dans une chambre, les briquets ont été confisqués. Mais dans un lieu *« où on s'ennuie autant, on passe son temps à griller des clopes, donc après ça, il fallait constamment demander à une infirmière, elle s'énervait car ça lui prenait tout son temps. »*

Les chambres sont toutes munies d'une fenêtre plexiglas ouverte en permanence sur le couloir. Même sous une forte dose de médicaments, l'absence d'intimité pour dormir notamment créé un fort désagrément.

Nous avons longuement discuté des moyens de contention dont peuvent faire l'objet les patients. C'est la façon d'éviter que le patient arrache les perfusions et se blesse volontairement. Est-ce un soin ? Les deux jeunes femmes se sont accordées à dire que ce lien d'attache physique était plus gênant et plus propice à la controverse qu'une contention médicamenteuse. Mais elles n'ont pu expliquer cette impression.

Lorsqu'il est accompagné d'un tiers, l'intéressé est peu écouté par les psychiatres. Ainsi, ce n'est qu'en persuadant sa mère à force de supplication, que l'une des jeunes femmes n'a pas été hospitalisée de force à nouveau. Sa mère a été la proie d'un grand sentiment de culpabilité à chaque fois qu'elle a fait hospitaliser sa fille, qui ressortait toujours en grande perte de poids, fatiguée et traumatisée. En l'occurrence, après un passage aux urgences, elle est rentrée chez elle, sans qu'un programme de soins ne soit imposé car elle était entourée par des psychiatres de ville. Le psychiatre des urgences a longuement insisté et tout fait pour persuader la mère de consentir à une mesure de SDT. Dans certains hôpitaux et au regard de la situation personnelle de la personne malade et de la politique du médecin, une SPPI aurait pu être envisagée. Cela n'a pas été le cas.

Pour conclure et reprenant la comparaison qu'a faite l'une des femmes interrogées, l'obligation de soins ressemble à la démocratie. *« On laisse la parole au peuple, mais dès lors qu'il n'est pas assez connaisseur et qu'il se montre réticent, on passe par-dessus son avis car le peuple ne sait pas forcément ce qui est bon pour lui ».*

Cette synthèse des propos tenus n'engage que la responsabilité de leurs auteurs.

PARTIE II : DISCUSSION

Chapitre I : Liberté, consentement et obligation de soins

La liberté est le principe, mais la loi s'évertue à toujours y poser des restrictions.

Une série de textes déclare la liberté d'aller et de venir des citoyens. Ces textes sont à la fois européens et nationaux : article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée en 1948 par l'assemblée générale des Nations Unies, article 2 du protocole additionnel n°4 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, article 66 de la Constitution de 1958, Charte du patient hospitalisé de 1995, article 8 Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Quant à l'intégrité du corps à laquelle un patient a droit, elle est édictée dans la loi du 4 mars 2002 : le patient est un décisionnaire des soins qui sont pratiqués sur lui. Ainsi le médecin doit respecter la volonté du patient (« Aucun acte médical ni aucun traitement ne

peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » – art L.1111-4 -). Toutefois, le médecin peut passer outre sans engager sa responsabilité si le pronostic vital est engagé (CE, 16 août 2002, référé n° 249552). La loi n°2005-370 du 22 avril 2005, JO n°95 du 23 avril 2005, contribue à renforcer l'idée selon laquelle la volonté du patient doit s'imposer quand bien même l'issue pourrait être fatale.

Quels sont les fondements, quelles sont les valeurs permettant de restreindre la liberté d'autrui de circuler librement, de ne plus avoir de prise sur les choix concernant sa santé ? La précaution prend le pas sur le risque ; la responsabilité collective que les médecins ont sur nos pairs, desquels ils sont en charge, justifie apparemment qu'il soit fait abstraction de la volonté de la personne dans une situation de péril. La responsabilité collective porte aussi sur la protection des autres face à cette personne malade qui risque de les mettre en danger. Il ne s'agit pas seulement de protéger le patient contre soi-même, mais d'empêcher qu'il ne mette en danger autrui. Il s'agit de l'ordre public, cet ensemble de contraintes imposées à la vie en société. La restriction des libertés doit cependant demeurer proportionnée et limitée au nécessaire.

La psychiatrie est une spécialité particulière en ce qu'elle traite des patients dont on considère que leur capacité de consentir est parfois anéantie. Il n'y a même pas à passer outre une volonté, puisqu'elle serait inexistante. Demander son consentement à un individu, c'est présupposer sa capacité à consentir. Or, dans la loi de 2011, son consentement est recherché. Est-ce dire que les médecins ne considéreront que leur patient a retrouvé sa capacité à consentir quand il aura le même avis qu'eux ?

« La notion de consentement fut introduite, en psychiatrie, par la loi Sécurité et Liberté du 2 février 1981, qui a défini les droits de la personne hospitalisée librement, et, notamment le droit de refuser tout traitement. La loi du 27 juin 1990 a fait de l'impossibilité

de recueillir le consentement de la personne aux soins, la pierre de souche de la légitimité de la contrainte. »⁵⁶

Sous l'empire de la loi de 1990, la lettre du texte pouvait faire douter sur le fait que l'hospitalisation sous contrainte entraînait un soin obligatoire. Soit on considère que le titre du chapitre III de la loi du 27 juin 1990 impliquait que le malade sous le coup d'une hospitalisation d'office ne puisse pas consentir à son hospitalisation à cause de ses troubles mentaux, il était logique de considérer qu'il ne pouvait pas non plus consentir à ses soins. Mais dans une autre acception, s'il suffit que les troubles mentaux soient avérés et que la personne représente un danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes pour être hospitalisé d'office, l'intéressé pourrait légitimement refuser des soins, comme pour n'importe quelle autre pathologie. La loi de 2011 a levé ces doutes. Dans la pratique antérieure, toutefois, le soin allait de pair avec les mesures d'hospitalisation sans consentement. Ces dernières avaient pour but d'engager le traitement du malade afin de surpasser le déni des troubles et le refus de soins du patient.

La notion de consentement est complexe : comment dissocier l'incapacité de consentir aux soins de la lucidité d'une personne atteinte de troubles mentaux ? *« comme le disait Freud, « le moi n'est plus maître en sa demeure ». Le moi, soit à peu de choses près le sujet de l'autonomie, celui qui pense et veut et qui sait ce qu'il pense et veut est délogé par le sujet de l'inconscient, celui dont le désir s'avère, après-coup, déterminant. A dire vrai, c'est le concept même d'inconscient qui semble objecter radicalement à l'emploi raisonné de la notion de consentement.*

⁵⁶ Bernardet P., « Les conditions du consentement au traitement de la personne souffrant de troubles mentaux », in Handicap, revue de sciences humaines et sociales, n°104 oct.-déc. 2004.

Henri Ey définissait la maladie mentale comme « pathologie de la liberté »⁵⁷. Le patient est prisonnier de son esprit et se voit l'objet restreint aussi dans liberté de circuler librement. On voudrait croire que la logique est aujourd'hui différente car le consentement est le postulat de tous les soins. Il s'appuie sur la relation de confiance médecin patient. Ainsi, même dans le cadre du régime des incapables juridiques (mineurs et majeurs protégés), le consentement de l'intéressé est toujours recherché et on ne va pas à l'encontre de l'opinion exprimée.

Dans la loi de 2011, on peut deviner plusieurs acceptions du consentement : il y a d'un côté l'individu qui méconnaît ses propres troubles psychiques. S'il nécessite des soins parce que sa conscience est altérée, sa parole n'a pas de valeur. Tout le monde s'entend pour nier la portée d'une quelconque décision, qui n'en serait pas une. Le désir du malade est alors considéré comme différent du consentement. Le régime de l'obligation de soins s'applique pleinement, justifié par l'intérêt du malade. La recherche de ce qui est considéré comme le meilleur pour son bien laisse la porte ouverte à tout un tas de pratiques : l'isolement, la contention, l'administration de médicaments. Toutes ces mesures relèvent-elles du soin ?⁵⁸

De l'autre, il y a celui qui reconnaît avoir des troubles, qui est lucide mais ne veut pas de soins : grâce à une loi d'obligation, les médecins peuvent néanmoins passer outre ce qui reste de lucidité. Quelle est la valeur de son consentement ? Son consentement est-il valable ? Le médecin est-il fondé à passer outre ? Sur la décision de se suicider : de quel droit cette décision est-elle moins valable qu'une autre ? La liberté de disposer de son corps connaît-elle une limite dès lors qu'elle comporte un danger pour soi ?

⁵⁷ J.C.Coffin, (avec F.Chaumon), « Le consentement et les pratiques de soins en psychiatrie » », in Handicap, revue de sciences humaines et sociales, n°104 oct.-déc. 2004, p.1-9.

⁵⁸ Lire à ce propos, P. Clément, La forteresse psychiatrique, Flammarion-Aubier, Paris, 2001, p. 262 : « l'isolement est-il un soin ? » 341p.

Enfin dans le cadre des SPDRE, il n'est nullement fait référence au consentement de l'intéressé. Il n'y a pas à rechercher ce consentement aux soins car la mesure est entreprise pour d'autres considérations. L'existence des troubles mentaux qui risquent de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte à l'ordre public suffit à engager le soin. Il ne s'agit pas tant de protéger cet individu que d'éviter qu'il recommence à troubler l'ordre public. Cependant, il ne s'agit pas d'une critique négative de la mesure de SPDRE. Elle est nécessaire à d'autres égards. Elle a une portée sanitaire évidente : empêcher qu'une telle personne troublant l'ordre public ou compromettant la sûreté des personnes à cause de ses troubles mentaux, ne se retrouve arrêté et placé en détention aux côtés d'individus qui sont pleinement responsables de leurs actes. Il s'agit bien alors de soigner et de prendre en compte la particularité du trouble mental qui altère le consentement.

Le problème majeur, selon moi, de la loi de 2011 consiste en la déspecialisation de la matière psychiatrique concernant le régime d'obligation de soins. Les « troubles mentaux » ne sont définis nulle part dans le texte de loi. Bien que les garanties afférentes à la production des certificats médicaux soient imposées, la première étape qui est d'emmener une personne malade refusant des soins vers un établissement d'accueil peut être levée facilement. Ainsi, le certificat initial valant indication propice à l'admission est régulièrement utilisé pour passer outre la volonté d'une personne âgée. Celle-ci peut bien déclarer qu'elle a « toute sa tête », il sera possible de canaliser ce refus en attestant de la nécessité de soins. L'objectif est louable : ne pas laisser une personne seule chez elle qui ne peut plus marcher, paralysée partiellement à la suite d'un malaise ayant eu lieu la veille, mais qui refuse tout soin car son dernier souhait est de mourir chez elle. Cette personne est-elle encore à même de prendre la décision de ne pas se rendre à l'hôpital ?

La contrainte décidée par les tiers n'est jamais une solution de facilité. Infantiliser, ne pas respecter les dernières volontés d'une personne, se persuader qu'on agit dans l'intérêt

de la personne malade. La question est de savoir si en toute conscience, la personne aurait consentie aux soins. A défaut, la notion de consentement par-dessus laquelle on passe est biaisée, car alors la capacité à consentir n'a jamais été altérée et il s'agit seulement de justifier un soin qui paraît essentiel pour la personne concernée.

Enfin, la loi de 2011 porte en elle une autre contradiction quant à l'obligation de soin. Le régime de l'obligation de soin ne peut s'installer que si des conditions cumulatives sont réunies (des troubles mentaux tels que la personne se trouve dans l'incapacité de consentir aux soins constants, qui sont pourtant nécessaires immédiatement en raison de son état de santé). Comment alors permettre que l'obligation de soin se poursuive, alors même que le patient est en état de sortir de l'hôpital. Les soins ambulatoires sous la contrainte ont répondu à l'attente de toute la profession : adapter le régime de sorties d'essai qui ne correspondaient pas à la réalité pour bien des situations. Une sortie d'essai de plus de 10 ans, n'est plus une sortie d'essai.

La deuxième raison de l'instauration du programme de soins et donc de l'obligation de soins en dehors de l'hôpital est la continuité du suivi que ce régime permet. Ne plus avoir de cadre peut être tout à fait déstabilisant pour un malade habitué à un rythme quotidien identique tous les jours. Mais c'est probablement un autre régime qu'il aurait fallu créer, un régime qui n'implique pas la contrainte. Car dès lors qu'un individu a retrouvé sa capacité à consentir et, ce devrait être la seule indication de sortie du régime obligatoire de soins, l'obligation de soins à l'hôpital comme à l'extérieur n'a plus de sens. En effet, le défaut de capacité a justifié en partie le soin contraint, la capacité doit donc être retrouvée pour sortir du soin obligatoire. Nous l'avons déjà dit, la rémission du patient n'est pas une condition exigée pour que le patient sorte du régime du soin forcé. En effet, les maladies psychiatriques sont à envisager au long voire très long terme. Les épisodes aigus rencontrés ne sont qu'une manifestation de la maladie. C'est pourquoi, l'obligation de soin doit

répondre à une absence de capacité décisionnaire, traduit dans la loi de 2011 par les termes « l'impossibilité de consentir aux soins ». Elle doit pouvoir être levée dès lors que la possibilité de consentir est retrouvée. Refuser un soin ne signifie pas l'impossibilité d'y consentir. Cette conception est paternaliste et fait écho à des temps que l'on croyait révolu.

Chapitre II : L'augmentation des mesures

de soins contraints

Sous la loi de 1990, l'augmentation des hospitalisations sans consentement a réellement créé de l'inquiétude auprès des professionnels et des associations de malades en psychiatrie. En 2004, Georges Hage, député à l'Assemblée Nationale, a même déposé une proposition de résolution (avis exprimé par une des chambres du Parlement) tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France. Il s'agissait de déterminer les causes de cette augmentation. Cette proposition débattue à l'assemblée nationale a été rejetée tout en concluant qu'il fallait pondérer les chiffres puisque ceux-là prennent en compte le nombre d'hospitalisation alors même qu'il peut s'agir d'une même personne nécessitant de soins plusieurs fois par an, que les chiffres de 1992 sont sous-estimés et que la durée des hospitalisations a diminué. Le constat est pourtant fait d'une situation inquiétante mais à relativiser.

A l'époque, tous les rapports d'évaluation de la loi de 1990 tentent d'expliquer ce phénomène. Ce mouvement de « « psychiatisation » de certains comportements violents [...] explique d'ailleurs pour partie l'augmentation statistique du nombre des interventions.⁵⁹ » Le rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement relève aussi que les procédures d'urgence sont trop souvent utilisées pour hospitaliser. Cela s'explique par un défaut d'effectif suffisant de médecins. « Les services appelés sur les lieux (sapeurs-pompiers, police, gendarmerie) rencontrent

⁵⁹ Rapport de l'Iga, IGPN, IGGN, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, mai 2004, p.6.

quelquefois des problèmes pour bénéficier du concours d'un médecin et obtenir, si une hospitalisation sous contrainte se justifie, le certificat médical requis.⁶⁰»

Le recours fréquent à des procédures d'urgence, qui devraient rester rares, biaise les chiffres et empêche d'avoir un éclairage réel sur les pratiques.

Ce tableau montre clairement l'évolution des hospitalisations sous contrainte.

	1992	1993	1994	1995	2001	Evolution 1992-1995	Evolution 1992-2001
Nombre d'HDT	31 057	35 943	40 619	43 867	62 894	41%	103%
Nombre d'HDT d'urgence	4 124	5 798	7 901	10 170	22 615	147%	448%
Nombre d'HO	6 631	6 819	7 242	7 423	9 625	12%	45%
Totaux des mesures sous contrainte	41 812	48 560	55 762	61 460	95 134		

Source DGS, rapports d'activité des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

⁶⁰ *Ibid.*

Le groupe national d'évaluation Strohl a été surpris par ce qu'impliquent les chiffres. Ainsi, l'instauration de l'hospitalisation libre aurait pu laisser à penser que les hospitalisations sous contrainte allaient diminuer. Or, il n'en est rien car il n'y a pas forcément de corrélation entre la diminution des hospitalisations sous contrainte, l'accroissement des droits des patients et l'efficacité des soins. Ainsi, une personne malade ne va pas se présenter plus spontanément à l'hôpital car ses droits sont mieux préservés et garantis.

Prenant le contre-pied de ces évaluations, le rapport IGA-IGN-IGPN constate en 2004 que le nombre d'hospitalisations sans consentement est très inférieur à ce qu'il devrait être car les intervenants sur le terrain travaillent énormément à obtenir le consentement du malade ou l'intervention d'un tiers. Selon ce rapport, ce travail est louable mais la mise en place d'hospitalisation libre ou sur demande d'un tiers rend plus facile la sortie du patient, et donc entraîne un risque plus grand et plus fréquent de récurrence de crise de folie compromettant l'ordre public.

En 2011 : les chiffres d'un hôpital psychiatrique :

Type de soins	août-11	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12
SPL	29	27	27	25	26	32	29	22	35
SPDTN	7	5	8	2	4	8	8	7	4
SPDTU	5	3	6	8	4	6	8	11	8
SPPI	1	4		5	1	6	3	8	8
SPDRE	4	1	2	0	5	3	4	2	2
122-1	0	0	0	1	0	0	1	0	0

On s'aperçoit que les mesures d'urgence de SDT concurrence la procédure classique dès l'entrée en vigueur de la loi. Sa procédure est plus légère et justifie qu'elle soit prise en compte comme nous l'avons étudié dans l'analyse de texte de loi définitif.

Chapitre III : Image du malade psychiatrique : entre dangerosité et exclusion

Entre une logique de sanitaire et une logique sécuritaire : qui doit prendre en charge les malades difficiles ? La notion de malades difficiles n'est-elle pas constamment élargie ? Au détriment des droits de la personne ?

La réalité de terrain montre la flagrante disparité entre les départements. Les entretiens semi-directifs m'ont amené à me rendre dans deux localités différentes : les Hauts de Seine et le Val de Marne. La logique sanitaire semble en principe être la même, en revanche, les patients ne le sont pas du tout.

Justifiant les SPDRE, l'ordre public se définit ainsi : « le maintien de l'ordre public est le but poursuivi par la police administrative. La notion d'ordre public recouvre des éléments traditionnels, issus de lois anciennes (22 déc. 1789-8 janv. 1790, L. communale du 5 avr. 1884), repris à l'article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales : le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique. Les mesures de police doivent ainsi prévenir les risques d'accidents, de dommages aux personnes et aux biens, notamment par la réglementation de la circulation, assurer la tranquillité publique en réprimant le tapage nocturne, veiller à l'hygiène et la santé publique... Notion contingente, variable dans le temps et l'espace, l'ordre public doit demeurer, selon Hauriou, « matériel et extérieur ». »

La notion de troubles à l'ordre public est très critiquée dans les rapports. Le sentiment général à la lecture des rapports est résumé ici : « Il permet aux autorités de l'État, de mettre à l'écart une personne qui en raison de son comportement, du fait de ses troubles mentaux, contrevient aux normes sociales et pour laquelle ni la famille, ni les dispositifs sociaux n'ont

trouvé de solution d'assistance.⁶¹ » L'abus de certaines HO est signalé. Le trouble à l'ordre public est une indication à l'hospitalisation qui serait utilisée pour répondre aux problèmes sociaux et médico-sociaux.

L'ordre public doit être distingué de la psychiatrie. Cette affirmation renvoie à un problème complexe et quasiment inextricable. La raison des troubles d'une personne est souvent multiple. Ces troubles prennent-ils leur source dans les difficultés d'adaptation sociale ou dans une pathologie psychiatrique ? Les psychiatres s'accordent pour dire que toutes ces raisons sont liées et s'induisent l'une l'autre.

La revue Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques a publié en mai 2001 une enquête d'opinion publique sur la perception des problèmes de santé mentale et des principaux termes utilisés pour désigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, « le terme « fou » reste majoritairement associé à la violence, au danger et à l'enfermement asilaire. Le terme « malade mental » correspond davantage pour les personnes interrogées à des transgressions dans le milieu proche ou familial et à une affection pouvant faire l'objet d'un traitement, mais encore principalement dans le cadre de l'hôpital. La « dépression » apparaît comme une notion plus familière, dont la prise en charge au sein de l'entourage est davantage admise.⁶² » La population touchée est d'autant plus vulnérable que ces personnes s'isolent, qu'elles aient de la famille ou non. Au fur et à mesure que la maladie progresse, les malades se marginalisent, s'enfonçant trop souvent dans une spirale de désocialisation. C'est une situation de détresse dans laquelle se trouvent le malade et ses proches.

⁶¹ H. Strohl, Rapport n° 97081 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, septembre 1997, p.50.

⁶² Marie ANGUIS Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES, *avec la collaboration* de Jean-Luc ROELANDT et Aude CARIA Centre Collaborateur OMS, <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er116.pdf>, consultation le 6 avril 2012.

Les malades de psychiatrie sont encore stigmatisés, bien qu'on puisse affirmer que deux personnes sur trois iront consulter un psychologue ou psychiatre au cours de leur vie. Les patients interrogés ces derniers mois se confient avec pudeur sur leurs problèmes et n'en parlent que rarement avec des amis.

CONCLUSION

La loi de 2011 a renforcé les garanties des droits des patients et mis en conformité notre Droit avec les exigences du droit constitutionnel français et du droit européen.

Elle a cependant généralisé un régime de soins obligatoires. Le risque principal est de sortir du cadre de la matière psychiatrique pour l'étendre à d'autres domaines médicaux.

A l'issue des entretiens, deux remarques sont à faire :

- L'acceptation que l'audition des patients devant le juge soit systématiquement refuser dans certains établissements fait perdre tout son sens au contrôle judiciaire.
- Les procédures d'urgence, plus légères, sont en voie de devenir, comme sous l'ancienne loi, la procédure majoritairement utilisée.

C'est la manifestation d'un système qui n'est pas abouti.

La critique du « tout-sécuritaire » de cette loi ne se trouve, à mon avis, pas justifiée au regard du texte de loi. En revanche, l'application est toujours risqué de dérives.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX ET MEDICAUX :

CHAMPENOIS-MARMIER M.P., SANSOT J., *Droit, folie, liberté : La protection de la personne des malades mentaux (loi du 30 juin 1838)*, Paris, PUF, 1^{ère} éd., 1983, 1 vol., 323 p.

BOUFERDA S., *Mise en espace de la folie, soins psychiatriques et travail de l'idéal*, Paris, l'Harmattan, 2004, 300 p.

BOUMAZA A., FOSSIER T., « Le curateur à la personne et la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques: des institutions à parfaire » dans la *Gazette du Palais*, 18 janvier 2005.

BRUNSWIC H. ET PIERSON M. (sous la dir. de), *Principes d'éthique médicale*, Paris, Vuibert, 1999, 244 p.

CALOT J., *Des formalités imposées aux psychopathes : essai critique de la loi de 1838 et de sa réforme*, Paris, A. Leclerc, 1914, 77 p.

CAROLI F., *L'hospitalisation psychiatrique. Ancienne et nouvelle loi*, Paris, PUF, 1991, 122 p.

CLEMENT P., *La forteresse psychiatrique*, Paris, Flammarion-Aubier, 2001, 341 p.

DENIKER P., OLIE J.-P., *Fou, moi ? La psychiatrie hier et aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob, 1998, chap. II et III, 318 p.

DERIVERY C. ET BERNADET P., *Enfermez-les tous !, Internements : le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie*, Robert Laffont, Paris, 2002, 314p.

DUPONT M., *Soins sous contrainte en psychiatrie*, les Guides de l'AP-HP, Paris, Lamarre, 2004, 161 p.

DUPUY O., *Droit et psychiatrie : la réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Paris, HDF, 2011, 215 p.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité* [actes de la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004], avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Paris, 2006, 319 p.

GODFRYD M., *Psychiatre au quotidien*, Paris, PUF, 2005, 221 p.

FAGOT-LARGEAULT A., « Ethique du consentement en psychiatrie », in **LOUZOUN C., SALAS D.** (sous la dir. de), *Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique*, Erès, 1997, p.77, 312p.

LIBERMAN R., *Handicap et maladie mentale. Rapports dialectiques*, Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 8e éd., 2011, 128 p.

MOUTEL G., *Information des patients et de leurs proches* [cours à la Faculté de médecine Paris Descartes et Hôpital Corentin Celton APHP], 1999.

PITCHO B., « Le refus de soins », in Emmanuel Hirsch , *Traité de bioéthique*, Eres, 2010, p.255-269.

RICOEUR P., « Ethique », in Les essentiels d'Universalis, 1^{ère} édition, Tome XIII, 2005, p.1850.

ROLAND M., *Mémoires*, Tome I, Paris, Baudouin Frères, 3^{ème} éd., 1827, 470 p.

SAURY R., *L'éthique médicale et sa formulation juridique*, Montpellier, Sauramps médical, 1991, 155 p.

STARK J. ET MAUGEY C., *Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte*, 1^{ère} éd., l'Harmattan, 2009, 110 p.

VAN LANG A., GONDOUIN G., INSEGUET-BRISSET V., Dictionnaire de droit administratif, Armand Colin, 4^{ème} édition, Paris, 2005, p. 229.

REVUES :

Avis présenté au nom du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n° 87 *Refus de traitement et autonomie de la personne*, 2005.

BARTHELEMY C., « Éthique de la contrainte en psychiatrie » p. 67 à 74 ; *Info Psychiatrique* 2003 in Pidolle A. et Thiry-Bour C., *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Toulouse, ERES « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2003, 240 p.

BERNARDET P., « Les conditions du consentement au traitement de la personne souffrant de troubles mentaux », in *Handicap*, revue de sciences humaines et sociales, n° 104 oct.-déc. 2004.

COFFIN J.C., (avec **CHAUMON F.**), « Le consentement et les pratiques de soins en psychiatrie », *numéro spécial de la revue Handicap*, revue de sciences humaines et sociales, n°104 oct.-déc. 2004.

FEILLARD J., « La psychiatrie médico-légale, de l'expertise à la question des soins des malades dangereux », *Journal français de psychiatrie* 2/2003 (n°19), p. 17-18.

JONAS C., « Entre consentement et contrainte, le poids des réformes », *Forensic*, revue de psychiatrie et psychologie criminelle, n°2, 1994, p. 28-31.

PERDIGON V., « Qui ne dit mot consent », in *Handicap*, revue de sciences humaines et sociales, n°104 oct.-déc. 2004.

TEXTES OFFICIELS, RAPPORTS PUBLICS ET PROPOSITIONS DE LOI:

CIRCULAIRE N° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, Simone Veil.

Code civil en vigueur.

Code de déontologie médicale en vigueur.

Code de la santé publique en vigueur.

Commission « Violence et santé mentale », sous la direction d'Anne Lovell, *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, mars 2005 : (personnes atteintes de troubles mentaux commettent bien moins de crimes et de délits que la population générale).

Constitution française du 4 octobre 1958 en vigueur.

Cour des comptes, « *Rapport public thématique soins en psychiatrie : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan «psychiatrie et santé mentale» [2005-2010]* », décembre 2011, p. 36 et 37.

HAS, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, avril 2005.

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, parue au JORF du 04 janvier 1968 p. 117-118.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, parue au JORF n°150 du 30 juin 1990 p.7664.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au JORF n°54 du 5 mars 2002.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

Loi n° 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, parue au JORF n° 0155 du 6 juillet 2011 p.11705.

Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, Mme Hélène Strohl, IGAS, Président, Mme Martine Clément, DGS, rapporteur général, septembre 1997, Rapport n° 97081.

Rapport de Piel E. et Roelandt J.L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, juillet 2001.

Rapport de l'IGA, IGG, IGPN, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, mai 2004, 166 p. présenté par Ramiro Riera, Inspecteur Général de l'Administration, Chef de mission, Chantal Mauchet, Inspectrice de l'Administration, Colonel Denys Eustace, Inspecteur de la Gendarmerie Nationale, Simon Babre, inspecteur de l'administration, Serge Paquy, Contrôleur Général à l'Inspection Générale de la Police Nationale.

Rapport IGAS/IGSJ n°2005-064, *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, présenté par le Dr. Alain Lopez et Isabelle Yeni, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et Martine Valdès-Boulouque et Fabrice Castoldi, membres de l'Inspection Générale des services judiciaires, mai 2005, 85 p.

Proposition de loi relative à la prise en charge médicale et aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux de George Hage, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 30 janvier 2007, proposition n° 3624.

Recommandation R 2004-10 du Comité des Ministres aux Etats membres (Conseil de l'Europe) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, adoptée le 22 septembre 2004.

JURISPRUDENCE :

Conseil Constitutionnel :

Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010

Décision n° 2011-135/140 QPC du 09 juin 2011.

Décision n°2011-174 QPC du 6 octobre 2011.

Décision n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011.

Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, recueil p. 19

Conseil d'Etat :

Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, *centre hospitalier spécialisé de Caen*, Req. n°244867.

Cour de Cassation :

Chambre mixte 24 mai 1975, Société des Cafés Jacques Vabre, Dalloz 1975 p. 497, conclusions Touffait et Assemblée plénière 20 octobre 1989 Nicolo, recueil p. 190, conclusions Frydman.

Tribunal des conflits :

Tribunal des conflits, 17 février 1997, ***Préfet de la Région Ile de France, Préfet de Paris***, n° 97-03045.

Cour Européenne des Droits de l'Homme :

CEDH, 5^e section, 18 novembre 2010, Baudouin c. France, requête n°35935/03.

CEDH, 18 juin 2002, Delbec c. France, requête n°43125/98.

DOCUMENTATION ELECTRONIQUE :

ABELA F., « Trois fois par semaine, la folie s'empare du tribunal », La Dépêche.fr, <http://www.ladepeche.fr/article/2011/09/21/1172487-trois-fois-par-semaine-la-folie-s-empare-du-tribunal.html>, consulté le 10/12/2011.

BANTMAN P., *La liberté d'aller et venir en psychiatrie : entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques, l'information psychiatrique*, Conférence de consensus, sur le site de l'association SERPSY (Soins Etudes et Recherches en Psychiatrie), http://www.serpsy.org/piste_recherche/hopital/bantman.html, consulté le 10/12/2011.

BARON-LAFORET S., « La prison, un espace de soin sans contrainte ? », APSEP (Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison), <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124007820>, consulté le 02/12/2011.

BERTHON G., *Hospitalier sur demande d'un tiers ? : Comment envisager la contrainte en psychiatrie et respecter la règle du consentement*. Université Paris 11 : Thèse Ethique médicale ; 2010, Base documentaire Espace éthique AP-HP, http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=217, consulté le 23/11/2011.

BROUSSE G., SAUTEREAU M., LEHUGEUR L., BENYAMINA A., MALET L., « Alcool et soins sous contrainte », http://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20111219091849rmoirandalcool_et_soins_sous_contrainte.pdf, consulté le 08/02/2012.

CLB, « Hospitalisation d'office : la loi entre en vigueur », *France2.fr*, <http://info.france2.fr/sante/hospitalisation-d-office-la-loi-entre-en-vigueur-69886016.html>, consulté le 22/11/2011.

COFEMER, « Handicap mental », à partir de recherches bibliographique sur le Cismef, http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=643, consulté le 07/04/2012.

COLLETTE A., « Un quart des détenus souffrent de maladies psychiatriques », *Rue 89*, <http://www.rue89.com/2010/05/21/un-quart-des-detenus-souffrent-de-maladies-psychiatriques-152081>, consulté le 23/11/2011.

COUR DES COMPTES, *le plan psychiatrie et santé mentale*,
<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/evaluation/cour-comptes-plan-psychiatrie-sante-mentale-2005-2010.html>,
consulté le 20/02/2012.

D.A., Auch. « Le directeur de l'agence régionale de santé et le préfet visitent ensemble les hôpitaux », *La Dépêche.fr*,
<http://www.ladepeche.fr/article/2011/11/08/1210350-le-directeur-de-l-agence-regionale-de-sante-et-le-prefet-visitent-ensemble-les-hopitaux.html>,
consulté le 10/12/2011.

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE (PREMIER MINISTRE), « *Prise en charge des troubles mentaux* », *Service-Public.fr*,
<http://vosdroits.service-public.fr/F761.xhtml>,
consulté le 22/11/2011.

ESCRIVA E., « L'internement psychiatrique, nouvelle arme des préfets », *Les Inrocks*,
<http://www.lesinrocks.com/actualite/actu-article/t/51807/date/2010-10-10/article/linternement-psychiatrique-nouvelle-arme-des-prefets/>,
consulté le 23/11/2011.

FAVEREAU E., « Interné à vue », *Libération* du 18 mai 2006,
<http://www.liberation.fr/grand-angle/010148642-interne-a-vue>,
consulté le 05/04/2012.

FAYE N., « Drame de Grenoble », *l'Express*,
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/drame-de-grenoble-remonter-la-chaine-des-responsabilites_706192.html,
consultation le 31/03/2012.

FNARS, *Soins psychiatriques : la loi du 5 juillet 2011*,
<http://www.fnars.org/index.php/reglementation-sante/87-reglementation/3281-soins-psychiatriques-la-loi-du-5-juillet-2011->,
consulté le 14/02/2012.

FTV avec agences, « Plus victimes de violences qu'auteurs de crimes », *France 2.fr*,
<http://info.france2.fr/sante/plus-victimes-de-violences-qu-auteurs-de-crimes-69572831.html>, consulté le 22/11/2011.

G. C. (propos recueilli par), « Soins psychiatriques : la réforme qui inquiète », *La Dépêche.fr*, <http://www.ladepeche.fr/article/2011/05/31/1095173-soins-psychiatriques-la-reforme-qui-inquiete.html>, consulté le 10/12/2011.

HEINICH-LUIJER L., « Un détenu se suicide trois jours après un refus d'hospitalisation », *Rue 89*, <http://blogs.rue89.com/derriere-le-barreau/2010/07/04/un-detenu-se-suicide-quatre-jours-apres-un-refus-dhospitalisation-157>, consulté le 23/11/2011.

JOURDAIN D., « Le juge, l'avocat, le psychiatre... et le patient », *Infirmiers.com*, <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/psychiatrie-juge-avocat-psychiatre-et-patient.html?time=1322149586>, Consulté le 10/12/2011.

JULIAN B., « Psychiatrie – 1^{er} Août : une nouvelle législation pour les soins sous contrainte », *Infirmiers.com*, <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/psychiatrie-1-aout-2011-une-nouvelle-legislation-pour-les-soins-sous-contrainte.html>, consulté le 02/12/2011.

LE COLLECTIF DES 39, « La nuit sécuritaire pétitions », *collectifpsychiatrie.fr*, <http://www.collectifpsychiatrie.fr/phpPetitions/index.php?petition=1>, consulté le 13/12/2011.

LE COLLECTIF DES 39 CONTRE LA NUIT SECURITAIRE, « Le discours sécuritaire de Nicolas Sarkozy le 2 décembre 2008, discours de M. le Président de la République : L'Hospitalisation en milieu psychiatrique » - Antony – Mardi 2 décembre 2008, La nuit sécuritaire, *collectifpsychiatrie.fr* http://www.collectifpsychiatrie.fr/?page_id=2, consulté le 10/12/2011.

LA DEPECHE DU MIDI, Lamasquère. « Débat sur les urgences psychiatriques », *La Dépêche.fr*, <http://www.ladepeche.fr/article/2011/12/03/1230502-lamasquere-debat-sur-les-urgences-psychiatriques.html>, consulté le 10/12/2011.

LA DEPECHE DU MIDI, Cahors. « Une salle d'audience a l'hôpital psychiatrique », *La Dépêche.fr*, <http://www.ladepeche.fr/article/2011/08/22/1151011-cahors-une-salle-d-audience-a-l-hopital-psychiatrique.html>, consulté le 10/12/2011.

MIMAUT C., avec agences, « Réforme de l'hospitalisation d'office : le projet de loi au Sénat », *France Info*,

<http://www.franceinfo.fr/sciences-tech-sante-2011-05-10-reforme-de-l-hospitalisation-d-office-le-projet-de-loi-au-senat-535358-29-30.html>,
consulté le 22/11/2011.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, « La réforme de la loi psychiatrie de 1990, 8 points-clés pour vous guider », *santé.gouv.fr*,
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum.pdf>,
consulté le 14/02/2012.

NAVARRO T. (PROPOS RECUEILLIS PAR), Auch. « Psychiatrie : "C'est une judiciarisation en trompe-l'œil" », *La Dépêche.fr*,
<http://www.ladepeche.fr/article/2011/09/30/1180287-c-est-une-judiciarisation-en-trompe-l-il.html>, consulté le 10/12/2011.

Neveux N., « RSP.FR la radio des étudiants de Sciences-Po »,
<http://www.rsp.fm/2011/04/29/angle-droit-4-avec-nicolas-neveux/>,
consulté le 14/02/2012.

O.W. et L.S., « Un déséquilibré échappé de l'hôpital tue un étudiant », *le Figaro*,
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/11/13/01016-20081113ARTFIG00303-un-desequilibre-echappe-de-l-hopital-tue-un-etudiant-.php>,
consulté le 31/03/2012.

PASCAL J.-CH., « Les difficultés éthiques dans la pratique des soins sans consentement », Base documentaire *Espace éthique AP-HP*,
http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=426,
consulté le 23/11/2011.

PRIEUR C., « Les juges se prononcent *a posteriori* sur ces mesures privatives de liberté », *Le Monde*, article paru dans l'édition du 28.10.04,
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/articles/internement.pdf>.

REMY J., « Le psychiatre qui dérange », *L'Express* du 22/12/2005,
http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/le-psychiatre-qui-derange_483574.html,
Consulté le 05/04/2012.

ROUZIES T., *Réforme des hospitalisations sans consentement en vigueur depuis le 1er août 2011*, Legavox.fr,
<http://www.legavox.fr/blog/la-tutelle-et-vous/reforme-hospitalisations-sans-consentement-vigueur-6406.htm>,
consulté le 02/12/2011.

SABADO E., « Les psys au bord de la crise de nerf », *La Dépêche.fr*,
<http://www.ladepeche.fr/article/2011/08/04/1140692-les-psys-au-bord-de-la-crise-de-nerf.html>,
consulté le 10/12/2011.

MINISTERE DE LA SANTE. FRANCE. *La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques*,
<http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques>,
consulté le 02/03/2012.

SARAVANE D., BERNARD S., SICARD D., RENAY CH., GOFFAUX P., DEBRAY Q., ZITTOUN R., HIRSCH E., ROMIGUIERE M., DUMENIL-GUILLAUDEAU F., GESCHWIND H., WILS J., RAPON J., HARDY P., « Soins sous contrainte : la loi du 27 juin 1990, Cellule de réflexion de l'Espace éthique » - 4 février 1999, Base documentaire *Espace éthique* AP-HP,
http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=3146,
consulté le 23/11/2011.

SAUBABER D., « La folie sous écrou », *L'Express* du 12/02/2002,
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/la-folie-sous-eacute-crou_458051.html
Consulté le 8/02/2012.

SENAT, *Soins psychiatriques : les temps forts du débat*,
http://www.dailymotion.com/video/xioocn_soins-psychiatriques-les-temps-forts-du-debat_news, consulté le 20/02/2012.

TELESSONNE, *Psychiatrie : l'hospitalisation d'office dérange*,
http://www.dailymotion.com/video/xioeq6_psychiatrie-l-hospitalisation-d-office-derange-essonne_lifestyle,
consulté le 20/02/2012.

TRAVAUX PARLEMENTAIRES, *Soins psychiatriques, Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 parue au JO n° 0155 du 6 juillet 2011*, Sénat,
<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl10-361.html>,
consulté le 14/02/2012.

WINTER E. ET DEVERS G., *La psychiatrie aujourd'hui*, France culture,
http://www.dailymotion.com/video/xioocn_soins-psychiatriques-les-temps-forts-du-debat_news, consulté le 20/02/2012.

CONFERENCE :

L'obligation de soins (loi du 5 juillet 2011), Enfermement d'Etat, états d'enfermement, EPhEP, samedi 17 mars 2012, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Philippe Petit, Christine Goémé, journalistes, Marcel Czermak, Jean-Jacques Tyszler, psychiatres et psychanalystes, Maître Henri Leclerc, Carbon de Sèze, avocats, Viriginie Valton, magistrate, Jean-Claude Pénochet, psychiatre, Eric Mairesse, Médecin chef de l'IPPP, Pierre-Yves Gaudard, anthropologue, psychanalyste, Livia Velpry, sociologue, Claude Olivier Doron, philosophe.

ANNEXES

ANNEXE I : Entretien semi-directif.

- 1) Concrètement, pourriez-vous m'indiquer comment se déroule votre pratique au quotidien ? (Hospitalisation de jour, nuit, hospitalisation complète, programme de soins...). A quel type de troubles êtes-vous confrontés ? Y a-t-il de la violence ?
- 2) Face à un patient en souffrance, quel est le moment déclencheur qui vous fait passer outre son consentement pour décider d'un soin imposé ? Les indications prescrites par la loi sont-elles suivies ?
- 3) La guérison est-elle envisageable, voire possible en psychiatrie ?
- 4) Comment ressentez-vous l'intervention du JLD dans vos décisions d'admission et de maintien de la mesure, notamment avec le certificat du 8^{ème} jour ?
- 5) Quelle est l'application des vidéos conférences ? croyez-vous qu'elles sont réalisables ?
- 6) Etes-vous plus enclin à proposer une hospitalisation qui n'est pas complète afin que le JLD n'ait pas à contrôler votre décision ? Quitte à prévoir ne serait-ce qu'une heure de sortie par jour ?
- 7) Selon vous, la loi a-t-elle été accompagnée d'un budget réaliste, notamment pour :
 - permettre la rencontre juge et patients,
 - mettre en place un programme de formation des juges et psychiatres ?
- 8) Selon vous, la sectorisation psychiatrique permet-elle une bonne prise en charge des soins ambulatoires ?
- 9) Croyez-vous qu'il y avait une urgence à changer la loi de 1990 ?
(Élément déclencheur du processus d'élaboration de la loi ?)
- 10) La loi du 5 juillet 2011 vous paraît-elle être un bon compromis ?

ANNEXE II : Liste des personnes interrogées

- Mélodie Busson, Adjoint Administratif, Etablissement Public de Santé Erasme à Antony (92),
- Docteur Gilles Amar, psychiatre, Praticien hospitalier responsable de l'unité fermée d'hospitalisation de l'AP-HP Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux,
- Docteur Cordier, Chef de service l'hôpital Foch, Responsable du Pôle 92G09, Consultation Transsexuel, Psychiatre Expert auprès Tribunal,
- Docteur Schuster, psychiatre, praticien hospitalier à l'AP-HP de Corentin Celton et expert dans le service de gériatrie de l'AP-HP Vaugirard-Gabriel Pallez,
- Docteur Thierez, psychiatre, Praticien Hospitalier à l'EPS Erasme à Antony (92) *(Responsable Unité d'Accueil, Consultations CMP et Consultations TCC),*
- Deux patientes hospitalisées à Sainte Anne. Les deux l'ont été sous l'ancien régime des HDT et l'une a été hospitalisée une fois en soin libre en septembre 2011,
- Un orthithérapeute (dans le cadre d'ergothérapies mises en place), travaillant au Centre hospitalier spécialisé interdépartemental d'Ainay le Château.

RESUME

La loi de réforme du 5 juillet 2011 a modifié les règles régissant la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. La notion de « soins sans consentement » est venue se substituer à celle d'« hospitalisation sans consentement ». Changement terminologique ou philosophique ? La psychiatrie est la seule spécialité médicale où l'obligation de soins est érigée comme un régime à part entière. Toutefois, les soins libres demeurent le régime de principe, les soins sous la contrainte devant conserver un caractère exceptionnel.

La loi a répondu à des attentes de longue durée en instaurant entre autres un contrôle judiciaire systématique des hospitalisations complètes de plus de quinze jours, une période d'observation et de soins de 72 heures et une procédure spécifique au cas de péril imminent. Dans le courant de l'année 2011, 5 unités pour malades difficiles ont été inaugurées, conformément à ce qu'avait annoncé l'ancien Président de la République dans son discours à Antony.

Cette réforme garantie-t-elle le respect des droits des patients soignés contre leur gré ? Le soin imposé peut-il permettre la rémission d'un malade psychiatrique ? Cette loi satisfait-elle ceux qui la subissent comme ceux qui la mettent en application ? Des psychiatres et des patients ont donné leur avis ; la synthèse de leurs témoignages traduit les antinomies propres à la psychiatrie et spécifiques à cette réforme.

Cette loi a le mérite d'avoir mis le droit français en conformité avec les exigences de notre Constitution et de la Convention européenne des Droits de l'Homme sans pour autant avoir réussi à satisfaire pleinement les praticiens qui déplorent trop souvent l'inadaptation du texte à leur quotidien.

The 5th of July 2011 reform law modified the rules and regulations regarding the care of people with mental health problems. The notion of "care without consent" replaced the notion of "hospitalization without consent". A terminological or philosophical change? Psychiatry is the only medical field where patient treatment is mandatory. However, what is most common is treatment by choice, forced treatment supposedly remaining an exception.

The law answered to long term expectations mostly by establishing a obligatory judiciary control for patients hospitalized full time for more than 15 days, an observation and care period of 72 hours and a specific protocol in case of imminent danger.

In the year 2011, 5 units for especially difficult patients were opened, concurring with what had been announced by the previous French President in his speech in Antony.

Can this reform guaranty the respect of patients' rights when they are in forced treatment? Can forced treatment cure a person with mental health problems? Does this law help those who endure it in the same way as this who vote it? Psychiatrists and patients have given their point of views; the summary of their testimonies brings forth the inconsistencies encountered in the filed of psychiatry regarding the specificities is of this reform.

With this reform, French Law is now in accordance with our Constitution and the European Convention of Human Rights. However, it does not to give full satisfaction to practitioners who often call upon the inadequacy of this law with their daily routine.