

*La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
et aux modalités de leur prise en charge et ses réformes possibles*

Séminaire du Contrôle général des lieux de privation de liberté – 6 septembre 2012



**SEMINAIRE
DU CONTRÔLE GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ**

Paris, le 6 septembre 2012

Dr Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux
Président de l'ASPMP

**LA LOI DU 5 JUILLET 2011 RELATIVE AUX DROITS
ET A LA PROTECTION DES PERSONNES FAISANT
L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET AUX
MODALITES DE LEUR PRISE EN CHARGE
ET SES REFORMES POSSIBLES**

Sous l'angle des droits des usagers

*« Apprenez donc, Messieurs, combien vos lois sont odieuses par l'horreur invincible qu'inspirent ceux qui les font exécuter; honorez au contraire votre Code d'une loi analogue à votre Constitution, propre à fortifier les sentiments qu'elle a voulu inspirer aux Français, d'une loi qui a fait la gloire et la sûreté des peuples anciens, d'une loi que le despotisme a bien osé promulguer avant vous, et maintenir avec succès dans les pays voisins; d'une loi que les peuples esclaves adopteront, si, comme vous, ils sont appelés un jour à fonder leur Constitution; **d'une loi enfin sollicitée par cette opinion saine de tous les hommes éclairés, qui ont su dérober leur raison à l'influence des préjugés anciens et à celle des circonstances du moment** »*

Adrien **Duport**, Discours sur la peine de mort, Assemblée nationale, 31 mai 1791.

« Ni Monsieur de Voltaire, ni Monsieur d'Alembert, ni Rousseau, ni vous, ni aucun philosophe ne produiront sur l'esprit de ceux qui vous gouvernent un effet immédiat. On agira sur l'opinion publique, et l'opinion publique subjuguera enfin les fanatiques et même les tyrans »

Abbé Morellet à Beccaria, 1766

« C'est l'opinion qui gouverne le monde, et c'est à vous de gouverner l'opinion »

Voltaire à d'Alembert, 1767

« Il y a bien en droit « en théorie », mais la pratique est bien autre chose »

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Rapport d'activité 2011, p.11

SOMMAIRE

Avant-propos, p. 4

Considérations générales, p.4

Les complexités de la loi de la place de la personne concernée et de son entourage
en considération de ses droits et de son accès aux soins, p. 6

Points à débattre et réformes à proposer, p. 12

Les apports du débat lors du séminaire, p. 17



Santé et Liberté
Marseille

AVANT-PROPOS

La présente contribution a été préparée en s'appuyant sur une documentation diversifiée : propositions des différents syndicats, associations professionnelles ou collectifs, débats parlementaires, remarques des usagers et autour d'une table ronde dans l'hôpital¹ de mon lieu d'exercice réunissant professionnels du soin et administratifs.

Seule la partie relative aux personnes détenues repose sur des travaux en cours sur ce sujet au sein de l'ASPMP. **La plus grande partie de ce texte ne constitue pas un avis spécifique de l'ASPMP** dont les adhérents, quand ils exercent exclusivement en milieu pénitentiaire (SMPR), ne sont pas les professionnels les plus amenés à être confrontés à de nombreuses modalités de la loi du 5 juillet 2011. La présente contribution engage essentiellement son rédacteur, même s'il a été sollicité en tant que président de l'ASPMP.

CONSIDERATIONS GENERALES

Même si le deuxième article de la loi du 5 juillet 2011 (art. L3211-2) précise que « *la modalité de soins psychiatriques libres doit être privilégiée lorsque l'état de la personne le permet* », il s'avère que la majorité des dispositions de la loi concerne les soins sans consentement. Dans ces situations, **l'introduction d'un magistrat pour s'assurer de la légalité des hospitalisations sans consentement en psychiatrie est un principe général qui fait plutôt consensus**. Toutefois, cette avancée est modeste aussi bien dans le temps (pas avant 15 jours) que dans les modalités des soins (uniquement dans l'hospitalisation et non dans les soins ambulatoires).

La brèche ouverte dans l'absolu du pouvoir administratif, caractéristique du droit français, hérité de la législation du premier Empire, n'a été rendue possible que sous la pression du Conseil constitutionnel et à l'adoption dans le droit français de la procédure dite de « question prioritaire de constitutionnalité » (QPC). Cette dernière a permis la QPC du 27 octobre 2010 conduisant le magistrat à s'assurer de la légalité de la privation de liberté.

Néanmoins, la place du magistrat dans le dispositif actuel n'est pas sans créer des motifs d'inquiétude et d'incompréhension de la part des usagers et de leur famille. L'intervention d'un juge des libertés et de la **détention**, le recours éventuel à un avocat, la convocation à des audiences judiciaires permet une confusion entre un statut de délinquant et celui de l'état d'une personne malade. S'ajoute alors à la souffrance liée à la maladie, celle de pouvoir être assimilée à une personne délinquante.

¹ Fondation Bon Sauveur – ESPIC - 50360 Picauville. Avec mes remerciements pour la diligence de la direction qui a pu organiser cette réunion de travail rapidement et de la nombreuse participation en cette période estivale.

Rédigée rapidement, la loi du 5 juillet 2011 est d'une complexité impressionnante, ouvrant à toutes les interprétations possibles en fonction des « dynamiques » locales, en contradiction avec l'exigence d'égalité face aux règles de droit qui devraient s'appliquer dans la République française. Les remontées des pratiques après une année d'usage font état des divergences d'appréciation et de la confusion qui règnent dans leur application.

Ces constatations doivent conduire à reconsidérer complètement les dispositions de la loi tout en gardant le principe du contrôle par le magistrat mais en l'améliorant et en simplifiant les procédures. Il est très probable que si tous les usagers du système de santé psychiatrique pouvaient bénéficier d'un avocat, la légalité d'un grand nombre d'hospitalisations sans consentement serait remise en question¹. Il pourrait s'en suivre, pour les patients, une perte de chance c'est-à-dire de ne pas pouvoir bénéficier des soins que nécessite leur état mais aussi une mise en cause de la responsabilité pénale des acteurs de la loi (administratifs et médecins) en application des articles L.3215-2 et L. 3215-4 du code de la santé publique, non par négligence mais le plus souvent par impossibilité pratique ou complexité juridique.

Il conviendra donc d'envisager un dispositif cohérent, opérationnel qui dans son applicabilité rend les obligations dues aux patients conformes à ce que leur état de santé exige et qui soit réellement réalisable. Ne pas tenir compte de ces réalités ne consiste qu'à mener une politique d'affichage, hypocrite, respectant peut-être un idéal procédural, voire les préoccupations d'une opinion publique mal informée² (et encore ?) mais non les exigences liées à une pratique médicale complexe où la souffrance psychique est intense, le consentement aux soins altéré voire aboli, la délivrance de l'information soumise à une rhétorique subtile et néanmoins d'une redoutable précision, dans un contexte général où les moyens pour répondre à ces situations sont contraints et les acteurs multiples demandant une coordination sans faille dans un espace-temps resserré.

Les remarques suivantes se cantonnent à des observations le plus souvent générales, et obligatoirement non exhaustives, et s'efforcent de prendre en considération les observations et les propositions émises ici et là. La complexité de la présente loi jointe à celle des situations psychiatriques nécessitera pour une **refonte incontournable** une large concertation entre tous les intervenants qui devra elle-même prendre place dans le cadre plus global d'une **loi d'orientation en psychiatrie**. Car une loi régissant les modalités des soins en psychiatrie, pour être opérationnelle, doit prendre en compte l'ensemble des moyens humains, techniques et institutionnels nécessaire à son efficience et à sa lisibilité.

Restreindre une loi relative à la psychiatrie à des modalités réglementaires conduit au déséquilibre cité *in limine* en mettant le focus davantage sur les « soins sans consentement » plutôt que sur une vision politique globale de la psychiatrie et de la santé mentale, y compris en ce qui concerne les actions de prévention. Il faut espérer que la loi du 5 juillet 2011 ne sera pas l'objet que d'un simple toilettage, au risque même de la complexifier davantage, suite à la censure partielle du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 ou à d'autres censures qui pourraient résulter d'éventuelles autres QPC.

¹ Deux nouvelles décisions de justice rendues le 5 (Dijon) et 7 septembre (Amiens) 2012 ont conclu à la levée de SPDT suite à un cumul d'irrégularités.

² Cf. en épigraphe les citations de Morelet et Voltaire.

LES COMPLEXITES DE LA LOI DE LA PLACE DE LA PERSONNE CONCERNEE ET DE SON ENTOURAGE EN CONSIDERATION DE SES DROITS ET DE SON ACCES AUX SOINS

Le premier contact avec la psychiatrie mais aussi ceux qui peuvent suivre, sont le plus souvent douloureux pour la personne concernée et son entourage. La « routine » professionnelle des soignants et l'indispensable distance relative qu'il faut instaurer pour mener quotidiennement cette mission soignante complexe, peuvent conduire à « oublier » parfois les appréhensions éprouvantes que ressentent les usagers dans leur contact avec le monde souvent peu connu, redouté et fantasmé négativement de la psychiatrie. Les soins « libres », pour recourir à la formule légale - mais tellement porteuse d'ambiguïtés et de questionnements philosophiques, éthiques et professionnels - doivent être privilégiés. Censés être appréhendés de manière moins angoissante, ils restent néanmoins chargés d'une aura inquiétante qui ne peut que se majorer avec les soins « *prisonniers ou contraints* ». On remarquera en effet que la loi ne prévoit pas une expression en miroir expressément antonymique à celle de soins psychiatriques libres. Est-ce par frilosité, pudeur ou diplomatie politique ?

Une des difficultés premières, quel que soit le mode de soins, consiste pour les usagers à faire valoir les dispositions du 2^{ème} alinéa du premier article de la loi (art. L3211-1), notamment que « *toute personne dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur¹ psychiatrique correspondant à son lieu de résidence* »².

Ensuite, les personnes concernées, et tout particulièrement en cas de soins contraints³, vont, et surtout lors de leur première approche de la psychiatrie, se confronter aux complexes nuances des soins psychiatriques sur demande d'un tiers (surtout quand il s'agit de soins psychiatriques sur demande d'un tiers sans tiers...), sur la rédaction (et la re-rédaction⁴) des demandes, sur l'obtention de certificat dans un contexte de crise où les mesures à prendre sont essentiellement sanitaires alors qu'il faudrait pouvoir aussi informer des conséquences des décisions prises. Par exemple, même si la loi précise que l'information est donnée en fonction du contexte, combien de patients et de personnes de l'entourage seront informés au moment de l'admission de l'existence du juge des libertés et de la détention (JLD), d'une comparution à

¹ On remarquera que subsiste encore dès le premier article de la loi la notion de secteur.

² Voir à ce propos, ci-après, une des remarques apparues lors du débat.

³ Quitte à être contesté et susciter la polémique, l'antonyme de soins libres ici utilisé sera « soins contraints » plutôt que « soins sans consentement ». Apprécier la présence ou l'absence d'un consentement, constater avec bonheur un consentement libre et éclairé s'opposant à un consentement monnayé (très présent par exemple dans la loi du 17 juin 1998), savoir faire la nuance entre un consentement total ou partiel, est une gageure. Constater un soin contraint est plus aisé et moins hypocrite.

⁴ De nombreuses administrations hospitalières demandent que la date de la demande du tiers et celle du certificat médical concordent exactement alors que la loi ne précise pas cette obligation. Si la demande du tiers précède même d'un jour l'émission du certificat, il faut recontacter le tiers pour lui demander de rédiger une nouvelle demande. Epuisant.

son niveau, de l'opportunité d'avoir un avocat, ou bien encore que les coordonnées du demandeur seront transmises auprès du procureur de la république (art. L3215-5)¹.

Sans qu'il s'agisse de négligences, mais du fait de contingences souvent indépassables, les demandeurs et les personnes hospitalisées sont souvent surprises et inquiètes de recevoir l'avis de comparution devant le JLD. Pourquoi le mot détention surgit-il brutalement ? Pourquoi un avocat ? Qu'a-t-on fait de mal ? Est-on un délinquant ? La confusion déjà aisément faite par la société entre crime et folie, entre maladie mentale et délinquance² se trouve ainsi indirectement confirmée d'autant plus que cette réforme est survenue dans un contexte sécuritaire après qu'une succession de lois répressives³ ait pu conforter l'opinion publique dans ces préjugés⁴. Si la substitution du préfet par le juge reste une avancée incontestable, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire, coutumiers de la place des magistrats (juge d'instruction, juge des libertés et de la détention, juge d'application des peines) et des avocats dans le vécu de leurs patients sont probablement plus sensibles que le reste de la profession au risque de confusions entre procédure pénale et procédure du contrôle des libertés dans un cadre civil pour des raisons sanitaires.

Auprès de personnes hospitalisées, les explications sur les tenants et les aboutissants de la loi sont souvent difficiles à donner. Elles se compliquent d'ailleurs quand - et ce n'est pas rare - des actions pénales sont engagées et peuvent interférer avec le motif de l'hospitalisation.

Pour la personne hospitalisée, en fonction de son mode d'hospitalisation, la multiplicité des certificats et des avis à donner dans les quinze premiers jours et le premier mois peuvent conduire à un défilé de psychiatres (là où il y en a encore⁵) surtout quand les certificateurs doivent être différents. Ces rencontres, souvent furtives et formelles, n'ont guère de sens et brouillent souvent encore plus les repères perturbés du patient et peuvent même altérer la confiance en son thérapeute : « *Pourquoi un autre médecin doit-il donner son avis ? Le mien n'est pas bon ?* ».

Puis, il faut expliquer la comparution devant le juge, l'éventuelle visioconférence, savoir deviner les appréhensions, faire émerger des questions qui n'osent pas se formuler, surtout si une éventuelle culpabilité sous-jacente est présente et en relation avec les conséquences éventuelles d'une crise psychique ayant pu avoir des répercussions sur l'entourage (violence sur un proche par exemple), donner une information la plus détaillée possible et recueillir par écrit l'avis de la personne. L'ordonnance du JLD de Dijon du 5

¹ On imagine les risques d'une telle mesure dans un Etat autoritaire : « Ah ! Vous êtes l'épouse de ce malade sous l'emprise de toxiques ? Complice ? ». Ou bien encore : « Ami de ce psychopathe pédophile. Un début de réseau à explorer ».....

² On se souvient de l'obstination (efficace) des psychiatres à faire retirer en 2007 dans un projet de loi de prévention de la délinquance les articles 18 à 24 qui conduisaient à une assimilation maladie mentale/délinquance.

³ La loi de rétention de sûreté en est un des exemples les plus frappants. Il est dévolu à l'expert psychiatre de débusquer la particulière dangerosité chez une personne souffrant d'un trouble grave de la personnalité et une partie de la loi permet d'appliquer des sanctions pénales à des personnes reconnues irresponsables pénalement du fait de troubles mentaux.

⁴ Sus au « schizophrène dangereux » traqué comme un animal, jeté médiatiquement en pâture à l'opinion publique, fin 2008 à Marseille.

⁵ Notamment pendant les périodes estivales, des hôpitaux ont dû recruter des psychiatres uniquement pour servir de certificateurs.

septembre 2012 insiste sur « *les informations nécessaires à donner tout en se voyant offrir l'opportunité d'y répliquer, personnellement par écrit* » et qu'il ne s'agit pas que l'énoncé de ces droits ne soit pas qu'une « *seule référence faite par le praticien psychiatre, au cours d'un entretien durant lequel il a été expliqué au patient la mesure de soins sous contrainte dans laquelle il a été admis et communiqué les informations nécessaires à l'exercice de ses droits et recours relèverait d'une clause de style* ». Alors que l'objectif thérapeutique d'un praticien se concentre essentiellement sur les signes cliniques présentés, sur l'histoire du sujet, son contexte existentiel, ses difficultés à vivre et relationnelles, il faut aussi que le praticien s'extrait de l'analyse psychopathologique pour mélanger à son raisonnement médical les préoccupations inhérentes aux rigueurs procédurales. Il ne s'agit pas que d'une clause de style mais d'un véritable exercice de style (cf. Raymond Queneau)¹ Et que dire de la possibilité de recourir à un avocat, notamment sur les modalités pratiques : comment s'adresser à lui, quelles modalités de financement, et pourquoi dois-je avoir un avocat : « *Malade, j'ai besoin de soignants pas d'un avocat etc.* ».

La gestion de sorties accompagnées limitées à douze heures est aussi d'une lourdeur importante, ne permettant pas d'aménager des reprises de contact progressives avec l'extérieur. La situation administrative inhérente aux hospitalisations somatiques de plus de douze heures survenant au cours d'une hospitalisation sans consentement n'a pas été prévue par la loi.

Les notifications diverses, incompréhensibles pour qui n'est pas agrégé de droit, sont l'exemple d'un formalisme qui sied aux règles de droit mais non à « la vraie vie »².

Ensuite, la poursuite des soins en-dehors de l'hospitalisation avec un éventuel programme de soins bien ambigu quant aux conséquences de son absence de respect, comme l'a montré la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012³ où l'on évoque, cette fois sans euphémisme, que la loi n'autorise pas à administrer des soins de **manière coercitive** aux personnes en programme de soins (mais cela veut-il dire en creux que la demande du psychiatre de transformer le programme de soins en hospitalisation complète permettrait finalement la manière coercitive... Serait-ce la vraie forme de ces soins contraints, non dénommés ainsi dans la loi mais qualifiés de la sorte par la bouche du Conseil constitutionnel d'où sortirait

¹ Précisons bien qu'il ne s'agit pas de dénier l'information à donner au patient mais qu'il s'agit d'une réelle difficulté technique entravant parfois l'écoute du thérapeute et sa disponibilité psychique. Parfois en effet, car à d'autres occasions, ces contraintes légales et administratives pourront s'intégrer dans la démarche thérapeutique en fonction des situations cliniques. Il n'en reste pas moins que l'équilibre à trouver entre les exigences procédurales et le positionnement thérapeutique, sans même considérer les obstacles en termes de moyens, est extrêmement délicat et l'on est en droit de se demander si la rencontre entre les contraintes du droit et du soin ne sera pas souvent source de conflit.

² Il en est de même pour les notifications des juges d'applications des peines aux personnes détenues en relation par exemple avec les injonctions de soins.

³ « Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la **contrainte** ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de **manière coercitive** ni être conduites ou maintenues de **force** pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ».

finalement la vérité ?). Autre confirmation juridique : dans même la décision du JLD citée *supra* du TGI de Dijon en date du 5 septembre 2012 ordonnant la mainlevée immédiate d'une hospitalisation complète, on trouve les expressions suivantes « **soins forcés** »¹ (défendeur de l'usager) et « **soins contraints** » (magistrat)².

On notera une disposition importante : l'examen médical obligatoire, qu'il est de bon ton d'étendre à toutes les personnes hospitalisées, et qui peut obliger les établissements de santé à se doter d'un service de médecine générale digne de ce nom.

Indépendamment, des dispositions de la loi du 5 juillet 2011, **la liberté d'aller et venir** des personnes hospitalisées notamment sous le régime du service libre mais admises dans un service accueillant aussi des personnes hospitalisées sans leur consentement et souvent fermé, est trop souvent restreinte. Elles ne sont souvent pas informées avant l'hospitalisation des contraintes liées à ces services mixtes. Le maintien de services fermés est souvent dû aux craintes liées à des sorties sans autorisation, aux prises de risque que peuvent prendre les équipes et aux éventuelles conséquences juridiques liées aux événements indésirables qui pourraient survenir³. Outre l'atteinte aux droits de patients, l'atmosphère soignante perd de la sérénité nécessaire pour mener des soins de qualité.

En résumé, du point de vue de l'usager du service de soins et de son entourage, la loi est peu lisible, complexe et anxiogène, un paradoxe pour une loi qui s'adresse à une discipline aux objectifs thérapeutiques qui se veulent souvent anxiolytiques.

*

**

La situation des personnes détenues

Les Pouvoirs publics affirment depuis des années que les soins aux personnes détenues doivent s'aligner sur ceux prodigués à la population générale. Il n'est toutefois guère raisonnable de considérer que les modalités de soin en prison, dues au contexte carcéral, puissent être identiques à celles des dispositifs de soins en milieu libre.

¹ « Constaté la violation du principe du contradictoire tel que visé par les dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique, imposant avant chaque décision prononçant le maintien des **soins forcés**.... ».

² « Attendu que pour s'opposer au maintien de son hospitalisation complète dans le cadre de **soins contraints**..... ».

³ Ces craintes et réticences peuvent limiter les initiatives thérapeutiques : toute prise de risque, même calculée, pesée, mesurée, argumentée et, fin du fin, pourtant consciencieusement tracée dans le dossier du patient est redoutée. On sait pourtant que ce soit dans les démarches sanitaires ou éducatives, aucune avancée n'est possible s'il faut tenir compte de la certitude d'un risque zéro.

Trois questions se posent essentiellement pour les personnes détenues en relation avec la loi du 5 juillet 2011.

1) L'absence de soins sur demande d'un tiers

Il est ainsi important que les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire puissent ne pas être imposés. En cas de nécessité de soins qui ne peuvent être prodigués en prison, qu'ils soient consentis ou non, une orientation en UHSA doit être la règle. En conséquence, les modalités relatives au programme de soins ne doivent pas s'appliquer en prison, conformément à la loi du 5 juillet 2011.

En revanche, il est regrettable que les soins sans consentement ne prennent que la forme du SPDRE et non du SPDT. Comme exposé précédemment, les soins sur demande d'un tiers sont l'expression d'un acte de solidarité. Dans les projets initiaux d'UHSA, elles étaient argumentées comme une possibilité d'offrir des modalités d'hospitalisation « identiques » à celles de la population libre. Or dans la loi, du 5 juillet 2011, il n'y a plus référence au SPDT pour les personnes détenues.

Il faut absolument conserver les soins sur demande d'un tiers pour les personnes détenues. Doivent-elles être exclues du lien de solidarité ? Doit-on considérer que leur désafférentation au lien social est entérinée définitivement ? Continuer à impliquer famille et amis dans les soins, autant que possible, ne peut que favoriser non seulement la réinsertion mais aussi l'espoir et le principe d'une réinsertion et d'un retour dans la cité.

Trop souvent les personnes détenues suicidaires ont été hospitalisées d'office alors qu'en milieu libre, ces situations relèvent essentiellement soit du service libre soit du SPDT. Il convient donc de garder ce mode d'hospitalisation (dans l'attente d'un futur mode unique espéré d'hospitalisations sans consentement).

2) Qui signe le certificat médical prévu à l'article L3213-7

Cette question n'est pas nouvelle. En cas de classement sans suite, de non-lieu pour irresponsabilité due à une abolition du discernement, le « *représentant de l'Etat ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade* ».

Le préfet peut-il **ordonner** la production d'un certificat ou peut-il plutôt **requérir** un médecin pour produire ce certificat ?

Et quel médecin doit être désigné ?

Certainement pas le psychiatre de l'établissement pénitentiaire car pour quelles raisons ce psychiatre se prononcerait-il à ce moment-là pour une hospitalisation alors qu'il ne l'a pas fait précédemment et comment s'insérerait cette soudaine décision dans la relation thérapeutique avec son patient ?

Seul un expert judiciaire peut être missionné. L'article 706-135 du code de procédure pénale évoque une expertise psychiatrique sur laquelle s'appuie une juridiction pour ordonner une admission en soins psychiatrique. Il manque une cohérence entre cette disposition du CPP et le code de la santé publique.

3) L'avis conjoint prévu à l'article L3211-12-1

Les avis des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire sont divergents sur ce point. Très souvent, ils considèrent que leur patient revient trop rapidement à la prison sans que son état mental soit suffisamment stabilisé ou amélioré, d'où l'idée pertinente de leur demander leur avis.

Pour d'autres, il faut faire confiance au collègue de l'hôpital. De la même manière qu'on ne demande pas son avis au praticien de l'unité d'hospitalisation d'accueil, on pourrait considérer qu'il n'y a pas lieu de demander l'avis du praticien de la prison.

Le problème pourrait être résolu en supprimant tous les avis conjoints comme le proposent de nombreux professionnels pour l'ensemble de la loi. D'autant plus que pour donner cet avis, la plupart du temps, le psychiatre en milieu pénitentiaire ne va pas se déplacer (souvent pour de très longues distances) afin de donner un avis consécutif à l'examen clinique du patient (il s'agit d'un des gros reproches de la loi d'avoir généralisé la pratique des avis sans examiner cliniquement les personnes intéressées : le comble pour une médecine de la relation).

Pour les personnes détenues, indépendamment de la loi du 5 juillet 2011, le constat est toujours d'actualité d'hospitalisations d'office (SPDRE D398) trop courtes et en chambres de sécurité pendant toute la durée du séjour, toujours en partie par crainte de mises en cause en cas d'aléas mais aussi par une appréhension injustifiée d'admettre un patient qui pourrait être particulièrement dangereux du fait de son statut de détenu. Outre cet aspect, on peut s'attendre à ce que l'hospitalisation des personnes détenues continue à poser d'importants problèmes pour de nombreuses années, même si la totalité du programme UHSA pouvait être déployée. Il faudra probablement maintenir la possibilité d'hospitalisation de proximité, notamment dans les cas suivants :

- Urgence
- Absence de place dans une UHSA
- Transport sur plusieurs centaines de kilomètres de la personne malade déconseillé
- Maintien des liens familiaux¹
- Etc.

Hercule ayant terrassé le Lion

Grenoble

Réformer la loi du 5 juillet 2011 et une loi pour la psychiatrie : Un travail herculéen ?



¹ Les difficultés récurrentes que vont poser dans l'avenir les hospitalisations des personnes détenues font émerger progressivement même parmi ceux qui étaient autrefois convaincus de son bien-fondé l'idée que le concept de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a permis la constitution d'une filière ségrégative, bien éloignée de l'idée intégrative du secteur.

POINTS A DEBATTRE ET REFORMES A PROPOSER

1. **Repenser entièrement la loi** afin qu'elle ne soit pas qu'un simple toilettage de la loi du 30 juin 1838, puis de celui des lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011 mais une loi entièrement nouvelle conforme aux exigences contemporaines et qui s'inscrive dans l'espace sanitaire non seulement français mais aussi européen et en lien direct avec des **objectifs exclusivement thérapeutiques**. L'ensemble relève d'une analyse globale et non sous un angle exclusivement administrativo-légal.
2. Exiger une **pratique uniforme** sur le territoire national. La disparité des pratiques en matière d'application de la loi est le symptôme de sa complexité¹ et de l'inégalité des citoyens devant la loi.
3. **Abandonner définitivement l'intervention du préfet et la notion de trouble à l'ordre public** et ne retenir **qu'une seule modalité d'hospitalisation ou de soins sans consentement** (proposition déjà ancienne, cf. Rapport Hélène STROHL, 1990). Si la question du soin se pose à l'occasion d'un trouble à l'ordre public, l'état mental de la personne doit être examiné aux urgences et suivre la procédure unique d'hospitalisation sans consentement si le trouble mental est attesté. La notion d'un trouble mental nécessitant des soins que la personne refuse doit être le seul critère à prendre en considération pour hospitaliser quelqu'un sans son consentement.
4. **Accord sur le principe du contrôle de la légalité des procédures par le magistrat** mais à repreciser le moment de son intervention, notamment **au plus près de l'admission**.
Le temps de l'intervention est important et il doit articuler réalités clinique, juridique et pratique. Difficile notamment pour la réalité clinique de préciser un temps optimal puisqu'il va dépendre de l'évolution de l'état de la personne.
Certains préconisent l'intervention du juge dès l'admission. Au moment de la crise, est-ce bien réaliste ? Si sur le plan formel, la sécurité juridique de la personne serait assurée, le serait-elle cliniquement ? C'est à dire quel sens prend cette intervention alors que tant d'autres préoccupations débordent l'intéressé et son entourage éventuel dans ce moment critique ?
Nombreux sont ceux qui considèrent que 15 jours est une durée trop longue. Un contrôle à 7/8 jours pourrait être un moyen terme et permettrait d'alléger le nombre des certificats.
5. La **multiplication des certificats et des avis est régulièrement dénoncée** depuis l'adoption de la loi (jusqu'à 9 certificats et avis en un mois dont 8 en moins de 15 jours). Une intervention plus rapide du magistrat diminuera le nombre des certificats à produire. Si l'intervention du juge intervient au 8^{ème} jour, seuls semblent nécessaires :
 - a. Le certificat médical d'admission
 - b. Le certificat de 24 h (sauf si on considère que le 72 h est suffisant)
 - c. Le certificat de 72 h

¹ Les spécialistes psychiatres ou juristes de la loi du 5 juillet 2011 trouveront inévitablement dans l'ensemble de cette contribution des erreurs, des imprécisions, des inexactitudes et des oublis qui seront bien révélateurs du « désarroi » devant lequel se trouve le praticien de terrain, auteur de ces lignes....

d. Le certificat à 15 j (éventuellement)

e. Puis les certificats mensuels

Plus besoin de prévoir des certificateurs différents, envisagés souvent pour éviter les hospitalisations abusives (qui n'existent plus¹), puisque le juge s'assure du contrôle de la légalité de l'hospitalisation et peut être ressaisi à tout moment. Plus besoin non plus d'avis conjoints (parfois allégués pour favoriser une collégialité très souvent impossible à mener pour des raisons pratiques). Le certificat de 72 h précise les raisons cliniques qui justifient le maintien ou non de l'hospitalisation et indique, le cas échéant, une contre-indication à une comparution (plus besoin des actuels avis conjoints dans les jours qui précèdent la comparution devant le juge).

En outre, si les « soins » extrahospitaliers sous contrainte sont maintenus, il faut absolument un contrôle régulier du magistrat et ne pas se contenter de la possibilité (théorique et juridique) de saisir le magistrat.

6. **Systématiser les auditions à l'hôpital à huis-clos** pour respecter l'intimité du patient, sa vie et souvent celle de son entourage et en conformité avec les obligations inhérentes au secret médical.
7. **« Civiliser » le contrôle judiciaire avec un « juge des droits civils »** plutôt que de recourir à un magistrat pénaliste (juge des libertés et de la détention). Par euphémisme, dans la pratique, souvent seul est évoqué le juge des libertés en oubliant le mot détention ce qui, retour du bâton, perturbe les patients quand ce (méchant) juge des libertés ne leur a pas rendu la liberté....
8. Chercher un accord sur **les modalités d'intervention psychiatrique en ambulatoire** afin de ne pas laisser sans accompagnement des personnes en nécessitant (principe de solidarité). La phrase précédente a prudemment évité le recours à la notion de soins sans consentement. Ce point à débattre pourrait être le plus intéressant, le plus complexe à élaborer collectivement sur le plan des principes tout autant que sur le plan thérapeutique et nécessite d'être développé. Les concepts de discernement, de consentement, de dispositifs thérapeutiques doivent être sérieusement pris en considération pour prévoir un éventuel dispositif cohérent, efficace, porteur de sens et opérationnel.

La psychiatrie avec loi du 30 juin 1838, a créé le principe du placement d'office et du placement volontaire (belle antique expression si étonnante pour le patient qui clamait à cor et à cri son « *non voluntariat* ». Il fallait alors lui expliquer que sa volonté (et son discernement) défaillante nécessitait qu'un tiers lui « prête » la sienne dans son intérêt. La loi du 27 juin 1990 substitue à placement hospitalisation, pour l'une toujours d'office, pour l'autre sur demande d'un tiers. Cette dernière expression peut cristalliser davantage les fixations paranoïaques (sur ce tiers qui me fait m'enfermer) et dans sa limpidité apparente exclut l'ambiguïté de l'expression placement volontaire qui permettait d'aborder la défaillance temporaire d'un appareil psychique malade, au discernement défaillant ne permettant pas un consentement libre et éclairé, devant être relayé par un tiers soucieux et solidaire (en principe toutefois...). Enfin la loi du 5 juillet 2011 ne parle plus ni de

¹ La multiplication des certificats a souvent été prévue pour éviter des « lettres de cachet » modernes mais le contrôle exercé par les CDHP depuis 1990 montre que le risque « d'internement » arbitraire est quasiment nul.

placement, ni d'hospitalisations mais de soins et a créé les soins ambulatoires dénommés « **programme de soins** »¹.

La psychiatrie se démarque ainsi du reste de la médecine. Les pathologies somatiques nécessitent un consentement libre et éclairé après qu'une information ait été précisément délivrée. Les soins y sont rendus possibles puisque « l'organe du discernement » n'est pas altéré et ils n'ont donc pas à être imposés (sauf évidemment dans les cas d'urgence de type coma). Puisqu'en psychiatrie, l'outil du discernement est malade, il faut que des tiers (non médecins et médecins) se substituent solidairement à son état défaillant.

Les débats étaient déjà animés avec la notion d'hospitalisations sans consentement. Pour certains, seule l'hospitalisation pouvait être imposée mais pas les soins. Difficile toutefois d'envisager des hospitalisations très longues sans prodiguer des soins. Et l'hospitalisation elle-même est un soin au moins dans une perspective de psychothérapie institutionnelle (actuellement si injustement décriée). Certains psychiatres les imposaient donc. Peut-on imposer des soins en psychiatrie ? Oui, pour certains soins similaires à ceux du reste de la médecine, pour d'autres non. Certains peuvent être efficaces sans le consentement du patient, d'autres ne le seront jamais.

Les neuroleptiques administrés par voie injectable à un patient schizophrène délirant auront bien souvent un effet thérapeutique. Une psychothérapie (quelles qu'en soient les modalités) nécessite la coopération de l'intéressé et ne pourra jamais être imposée, ce qui reste d'ailleurs largement incompris d'une frange importante de la population².

On peut admettre qu'une hospitalisation puisse être l'occasion d'instaurer ce soin indispensable pour un patient délirant en grande souffrance pour lui-même et qui relève de l'assistance médicale à personne en danger. Il est plus difficile de concevoir un soin imposé en programme de soin d'autant plus que l'avis du patient doit être sollicité et que faire si son avis est négatif ? Est-on certain qu'il prend son traitement médicamenteux, la participation aux diverses modalités psychothérapeutiques est-elle de pure forme ou un réel engagement ?

On sait par ailleurs, que la maladie mentale par essence peut conduire à un abandon de l'engagement thérapeutique de la personne avec des risques de rechute. C'est en ce sens que de nombreux psychiatres sont favorables aux mesures « sous contrôle » ambulatoires. On sait aussi que les modalités d'application de « réintégration » (réhospitalisation) sont loin d'être encore claires en cas de non-respect du programme de soins.

La notion de soins psychiatriques sans consentement peut être légitimement contestée car antonymique. Pour concilier la cohérence de la pratique psychiatrique avec la nécessité de ne pas « abandonner » une personne malade aux conséquences délétères de sa pathologie, ne faudrait-il pas mieux proposer une **mesure d'accompagnement**³ de la personne (terminologie à trouver) qui en

¹ Une forme d'informatisation/mécanisation du sujet envisageant probablement de reformater le disque dur et l'installation d'un nouveau logiciel.

² Toujours ces représentations mécaniques ou informatiques, simplistes, du fonctionnement psychique.

³ Cette problématique se retrouve aussi dans le suivi socio-judiciaire avec injonctions de soins et dans l'obligation de soins. La focalisation est souvent excessive sur un soin non compris et fausement consenti puisque, en cas de non-respect, une réincarcération est prévue. Là aussi une mesure d'injonction d'accompagnement prévoyant diverses modalités : sanitaires, éducatives, formations professionnelles etc. serait certainement plus pertinente.

permanence affirme le souci apporté à sa personne et délivre dès que possible des soins consentis, préalable indispensable à leur compliance, grâce à un continu engagement relationnel et thérapeutique¹.

9. **La loi au service des usagers doit être la plus lisible et la plus compréhensible possible**, ce qui n'est pas le cas de la présente loi. Il faut articuler la rédaction d'une loi écrite clairement, respectant le droit européen mais compréhensible par tous. Il pourrait être intéressant de systématiser deux rédactions de la loi. Les rédactions actuelles avec de multiples renvois à d'autres articles (la forme publiée au J.O.) et une rédaction avec à chaque citation d'articles, en regard l'article concerné, pour éviter d'incessantes et fastidieuses lectures (surtout quand les articles concernent d'autres lois ou sont consignés dans d'autres codes).
10. La **rédaction des certificats** à destination des magistrats est devenue un nouvel exercice de style professionnel. Les juges reprochent aux médecins la persistance d'un discours hermétique² qui ne permet pas de saisir les points essentiels : constat de l'état mental en termes accessibles (les psychiatres ne devraient pas recourir à des termes trop techniques), absence ou non de consentement, besoins en soins et notamment motifs argumentés pour proposer le maintien d'une hospitalisation, argumentation de l'urgence etc. Il est effectivement souvent complexe dans un certificat d'exprimer toutes les subtilités d'un consentement. Il est fréquent qu'un patient dise au juge qu'il est consentant aux soins. Effectivement, à l'hôpital où s'exerce la fameuse surveillance constante, le patient suit son traitement, ne cherche pas à demander sa sortie, participe aux entretiens et aux activités, mais si la mesure est transformée sous le mode du service libre, il est fréquent que le patient demande sa sortie et que l'observance des soins ne se maintienne pas. Il faut développer une sémiologie du consentement (total, partiel, sous réserves, conditionné etc.) et qui ne relève pas de l'arbitraire médical... Tout un programme (En outre, certains praticiens persistent encore à considérer que nous avons un inconscient qui joue un rôle dans les formes du consentement...).
11. La possibilité de soins psychiatriques à la demande « d'un tiers sans tiers » (péril imminent), outre une formulation antonymique qui interroge sur le lieu de l'incohérence maximale, entérine l'abandon du **principe de solidarité** que représente la demande d'un tiers.
12. **L'information** du patient et de son entourage est essentielle mais les modalités de délivrance de l'information sont souvent difficilement réalisables (déjà complexe quant aux informations médicales ; encore plus ardue pour les informations juridiques).
13. Les **autorisations de sortie de courte durée limitées à 12 h** et leurs modalités réglementaires rigidifient les soins au détriment des patients et de l'organisation des équipes.

¹ Evidemment, cela implique d'importants moyens humains.

² On sait en revanche que le discours juridique est parfaitement accessible pour le justiciable.

14. Les modalités d'hospitalisations pour raisons somatiques de plus de douze heures survenant au cours d'hospitalisations sans consentement n'ont pas été prévues et doivent être précisées.
- 15. Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier d'hospitalisation sur demande d'un tiers.**
16. Le certificat attestant de la nécessité d'hospitaliser une personne détenue après un classement sans suite ou une décision d'irresponsabilité pénale ne peut être rédigé par le psychiatre du service de soins de l'établissement pénitentiaire mais par un **expert** requis par une autorité judiciaire (une fois le rôle du préfet abandonné dans toute procédure de soins sous contrainte)¹.
17. **L'avis conjoint** des psychiatres de l'établissement hospitalier d'accueil et du psychiatre de l'établissement pénitentiaire disparaissent avec la suppression des avis conjoints.
18. En cas de levée du SPDRE par le JLD pour une personne hospitalisée en UHSA, le patient doit pouvoir rester en **service libre à l'UHSA** (ce qui n'est pas toujours le cas actuellement, entraînant un retour en détention).
19. Les **visiteurs des personnes détenues hospitalisées** doivent pouvoir être les mêmes que celles autorisées pour les parloirs que ce soit pour les prévenus ou les condamnés (sous contrôle d'un juge et non du préfet).

Don Quichotte et Sancho Panza
Madrid

Réformer la loi du 5 juillet 2011 et une
loi pour la psychiatrie : Une utopie ?



¹ Il s'agit là d'une demande insistante de l'ASPMP.

LES APPORTS DU DEBAT LORS DU SEMINAIRE

Question : L'intervention des juges est-elle vraiment acceptée par les psychiatres. L'exemple est donné d'un établissement de santé d'Ile de France qui contre indiquerait systématiquement les auditions devant le juge.

Réponse : Etonné du systématisme. Il faudrait préciser les raisons de ce positionnement :

- De principe
- Refus de l'audience publique au tribunal et souhait de voir les audiences uniquement à l'hôpital
- Clinique (mais cette raison ne peut-être systématique)
- Moyens : l'accompagnement infirmier est couteux en temps de personnel et désorganise souvent les services

*

**

Remarques d'un contrôleur, magistrat de formation :

- La présence systématique du juge à l'hôpital n'est pas évidente, la place d'un magistrat est dans un tribunal.
- Le JLD est un juge à la fonction « instable ». Il peut exercer plusieurs fonctions et il lui est difficile de fixer une pratique.
- Si la loi est bien diversement appliquée sur le territoire français, ce n'est pas le premier exemple de cette inégalité de traitement et une critique sans ambiguïté est faite à la psychiatrie quand elle applique de manière rigide le principe de la sectorisation pour réorienter un patient sur son secteur, même s'il est plus éloigné de son domicile....

*

**

Question : Constate-t-on une incidence sur les modalités des mainlevées du fait de l'intervention du juge ?

Réponse : Ne sait pas. Mais dans mon hôpital, il est prévu une fois l'année 2012 passée de quantifier le nombre des SPDT et SPDRE et leurs DMS.

*

**

Remarque d'un contrôleur, pédopsychiatre de formation, qui est choqué par la possibilité d'avis rendu sans voir le patient

Réponse : Réprobation partagée. La loi l'instaure en différenciant certificat et avis. Par exemple, dans le cadre de l'avis conjoint rendu avant comparution auprès du JLD et se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète, le psychiatre de l'établissement pénitentiaire « *est consulté par tout moyen* » (art. L3214-2). Il est évident qu'il ne peut se déplacer pour voir un patient qui peut être hospitalisé dans une UHSA qui est éventuellement distante de plusieurs centaines de kilomètres de son établissement pénitentiaire d'origine.

*

**

Remarque : Vous n'avez pas évoqué le rôle de la CDSP

Réponse : Dans mes fonctions précédentes, la CDHP ne m'a pas semblé particulièrement présente et dans l'immédiat, je n'ai pas d'information sur leurs interventions.

*

**

Remarque d'un contrôleur : Je regrette que vous n'avez pas évoqué la personne de confiance

Réponse : Pas d'évocation de la personne de confiance dans ma présentation, mais j'ai constaté dans ma pratique personnelle que la cadre de santé de l'unité vérifie très précisément que les coordonnées de la personne de confiance sont bien consignées dans le dossier informatique du patient. Sur le plan pratique, la nécessité d'œuvrer avec l'entourage des patients conduit à s'adresser, avec son accord, à ses proches ou à son tuteur ou son curateur.

Enfin, pour ce qu'il en est de la loi du 5 juillet 2011, puisque tel était le sujet de cette intervention, il semble qu'il n'y ait dans l'ensemble du texte, parties législative et réglementaire réunies, **qu'une seule occurrence** citant la personne de confiance et tout particulièrement l'article L3211-11-1 relatif aux sorties de courte durée.

La remarque du contrôleur renvoie finalement avec pertinence à la « philosophie » globale de la loi : la « confiance » a disparu.....

ASPMP

**Association des Secteurs de Psychiatrie
en Milieu Pénitentiaire**

aspmp.contact@gmail.com

L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.