

Remarques sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Préalable:

En psychiatrie, il arrive que l'on se trouve dans la situation difficile de penser qu'une personne nécessite des soins dans les lieux de l'hôpital alors même qu'elle le refuse, que ce refus d'aller à l'hôpital la met en danger, met en danger aussi, parfois, les personnes qui l'entourent.

Dans ces cas, il peut paraître nécessaire d'assurer la présence physique de cette personne à l'hôpital contre son gré. La loi le permet au moyen des hospitalisations sur demande de tiers et les hospitalisations d'office, qui constituent, donc, de réelles privations de liberté : privation de la liberté d'aller ou venir de cette personne ou bon lui semble. La loi n'a pas à se prononcer les types de soins dispensés, ce n'est pas son affaire, mais il peut sembler nécessaire qu'elle fixe les conditions juridiques autorisant à déplacer le corps de quelqu'un contre son gré. Les conditions sont strictes : il faut que cette personne « nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier », dans le cadre de l'HDT, que « l'état de cette personne compromette la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public », dans le cadre de l'hospitalisation d'office.

Dans le projet de loi actuel, le terme « hospitalisation » est remplacé par le mot « soin ». Il ne s'agit donc plus d'une loi qui garantit les conditions du déplacement géographique du corps d'une personne contre sa volonté mais il s'agit désormais d'une loi qui prétend traiter du « soin ».

Introduction :

La lecture de l'étude d'impact¹ datée de mai 2011 et consacrée au projet de loi qui nous occupe révèle un postulat idéologique d'entrée de jeu, lequel justifie l'entière du projet :

« Les pathologies mentales graves s'inscrivent souvent dans une certaine durée, avec des périodes de crises et de rémissions. **Mais les avancées scientifiques tant dans le domaine des neurosciences, de la biologie que des thérapeutiques médicamenteuses ont modifié ces vingt dernières années les pratiques cliniques, confortées en cela par les résultats d'une recherche clinique en plein essor.**

¹ « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, étude d'impact » Mai 2011

Le pronostic des pathologies mentales en a été transformé, ce qui a modifié le recours aux soins en psychiatrie et son organisation. »

Etude d'impact, Mai 2011, page 6.

I. Principales modifications apportées par le projet de loi adopté le 31 mai 2011 par rapport à la loi de 1990 :

On trouve d'abord, à la lecture de l'étude d'impact, pages 40-41, ceci :

« 3.3 Les mesures législatives inscrites dans le projet gouvernemental

Les principales évolutions sont les suivantes :

1. Le **remplacement de la notion d'hospitalisation par celle de « soins »**, ouvrant la possibilité d'une prise en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle et en soins ambulatoires selon l'avis médical. Dans ces conditions et afin de simplifier l'application du dispositif, il est proposé de supprimer la notion de sortie d'essai. L'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers devient l'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et l'hospitalisation d'office est remplacée par les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

Remarque : la formule « soin sans consentement », dont les sénateurs ont compris qu'elle était trop polémique, n'existe plus dans le projet de loi adopté en deuxième lecture par l'Assemblée Nationale le mardi 31 mai². On parle de « soins psychiatriques », de « soins ambulatoires », le terme « hospitalisation » est remplacé par « admission en soins ». La formule entière « soins sans consentement » est remplacée par « admission en soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ».

De plus, dans le projet de loi actuel, les « soins ambulatoires » sont forcément assortis d'un « programme de soins »

2. La simplification de l'entrée dans le dispositif de soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'exigence de deux certificats ayant été supprimée car ne constituant pas dans les faits une garantie supplémentaire. Une disposition répondant au même objectif est prévue pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

² Projet de loi, enregistré à la présidence du sénat le 31 Mai 2011, adopté avec modification par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Remarque :

Cette mesure a été modifiée depuis l'introduction d'un recours obligatoire au Juge des Libertés et de la Détention au 15^{ème} jour d'une hospitalisation complète (voir **lettre rectificative du 26 Janvier 2011**³. Elle précise le retour aux dispositions antérieures).

Dans le nouveau texte, adopté le 31 Mai 2011, il y a **toujours** nécessité de **deux certificats** pour l'ex-HDT, sauf péril imminent (situation dans laquelle un seul certificat peut suffire, voire on peut se passer du tiers) et, en ce qui concerne les ex-HO, le premier certificat **ne peut toujours pas** être établi par un psy exerçant dans l'établissement d'accueil.

3. L'introduction d'une période « d'observation » et de soins initiale en hospitalisation complète de soixante-douze heures après le prononcé de la mesure sur demande d'un tiers (ex-HDT) ou en cas de péril imminent ou de la mesure sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO) avec la création d'un certificat à 72 heures.

Remarques :

Pour entrer dans le dispositif de soins sous contrainte, il y a donc, d'abord, une hospitalisation complète de 72h00 avec rédaction d'un certificat médical à 24h et d'un certificat à 72h00.

Ensuite :

Pour les hospitalisations complètes selon les modalités du chapitre II (ex-HDT) :

-le directeur de l'hôpital est tenu de suivre les propositions des médecins exprimées sur les certificats. Il transmet tous les certificats au représentant de l'Etat dans le département (préfet de police à Paris, préfet dans les départements).

-Un nouveau certificat médical est nécessaire entre **J5 et J8** (entre le 5^{ème} jour et le 8^{ème} jour d'hospitalisation complète), rédigé par « un psychiatre de l'établissement d'accueil », se prononçant sur la modalité de poursuite des « soins ».

Attention ! Si le patient ne peut être examiné, le médecin ne fait pas un certificat mais peut rendre un avis simplement sur la base du dossier médical !⁴

-Puis il faut un certificat par mois. Au bout d'un an, une évaluation approfondie doit être menée par le collège de soignants dont il sera question plus bas (comportant 2 psychiatre et un soignant non-psychiatre)

³ Lettre rectificative au projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge n° 2494, n° 3116, déposée par le Gouvernement le 26 janvier 2011

⁴ Article L.3212-7 ; projet de loi adopté le 31 Mai 2011, Titre II, article 2, point 33

-Concernant la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète selon le chapitre II (ex-levée d'HDT) :

Le directeur est tenu d'ordonner la levée de la mesure sur demande de la CDSP (Commission Départementale des Soins Psychiatriques) ou de la personne qui a rédigé la demande tiers (comme avant) **SAUF si un certif médical ou, à défaut d'examen possible, un simple avis médical datant de moins de 24h atteste que le levée de la mesure entrainerait un péril imminent pour la santé du patient ou un trouble à l'ordre public⁵** (dans ce cas le directeur doit en avertir le représentant de l'Etat (préfet))

Autrement dit, l'opinion des proches et famille qui ont rédigé la demande de tiers est moins prise en compte que dans la loi actuelle!

Pour les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO) :

-ils ont lieu dans des établissements mentionnés à l'art L.3222-1.

-ils nécessitent un premier certificat ne pouvant pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil puis le certificat de 24h pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil (pas de modification).

-les certificats sont envoyés au préfet. Au bout de trois jours francs, le représentant de l'Etat **décide** de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition du psychiatre **et** des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.

Il peut joindre à sa décision le programme de soin proposé par le psychiatre.

-Un nouveau certificat est obligatoire entre **J5 et J8**.

Attention ! Si le patient ne peut être examiné, le psychiatre établit un avis médical simplement sur la base du dossier du patient⁶.

Ce certificat ou cet avis est également envoyé au JLD (Juge des Libertés et de la Détention).

-Ensuite : le préfet rend une nouvelle décision à l'issue du premier mois, puis après trois mois supplémentaires, puis tous les six mois.

-à chaque fois, le préfet peut décider : soit de lever la mesure d'hospitalisation complète (ex-levée d'HO), soit de passer « à une forme de soins autre que l'hospitalisation complète » (périphrase pour désigner les « soins » en ambulatoire avec programme de soin), soit de poursuivre l'hospitalisation complète.

-Pour l'ensemble de ses décisions, le préfet **peut demander une expertise psychiatrique à tout moment** (expert n'appartenant pas à l'établissement, inscrit sur liste officielle)

-Lorsqu'une levée de la mesure est envisagée ou simplement lorsqu'une sortie de 12h00 est envisagée chez un patient ayant été, dans ses ATCD, mis en HO à la suite d'une décision

⁵ Projet de loi adopté le 31 Mai 2011, Titre II, article 2, points 47 et 48

⁶ Article L. 3213-3 ; Projet de loi adopté le 31 Mai 2011, Titre II, article 3, point 29

d'irresponsabilité pénale ou hospitalisé en UMD depuis moins de 10 ans, le psychiatre **doit en informer le directeur d'établissement qui en informe immédiatement le préfet.**

-Plus précisément, concernant la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète selon le chapitre III (ex-levée d'HO) :

Le préfet peut à tout moment mettre fin à la mesure sur avis du psychiatre ou sur proposition de la CDSP (comme avant) **SAUF si le patient contient dans son dossier médical, dans ses antécédents, depuis moins de 10 ans, une HO pour irresponsabilité pénale ou un passage en UMD** (Unité pour Malades Difficiles). Auquel cas, il faut l'avis du collège de soignants.

De même, si le préfet veut « passer de l'hospitalisation complète à une autre forme de soins » (en fait s'il veut lever l'hospitalisation complète et instaurer des « soins » en ambulatoire avec programme de soin) et que le patient a dans ses antécédents, datant de moins de 10 ans, une HO pour irresponsabilité pénale ou un séjour en UMD, le préfet ne peut statuer sans **l'avis du collège** de soignants (deux psys un non-psy)

Modalités de la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète chapitre III (ex-levée d'HO): le psychiatre atteste par un certificat que les conditions sont remplies cliniquement pour que la levée d'HO puisse être ordonnée.

(Remarque annexe: quand il s'agit d'une levée de mesure d'hospitalisation complète, c'est-à-dire d'une sortie d'hôpital, il faut obligatoirement un examen médical et un certificat. Par contre, quand il s'agit d'une intégration ou d'un maintien en hospitalisation complète, un simple avis médical sur la base du dossier médical suffit.)

Le directeur de l'établissement transmet ce certificat au représentant de l'Etat **dans les 24 heures**. Le préfet statue dans un **délai de trois jours francs SAUF s'il demande une expertise** auquel cas le délai est repoussé à **14 jours**.

Le préfet peut décider de ne pas ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète (de ne pas lever l'HO). Dans ce cas, le directeur de l'établissement saisit le JLD qui statue dans les plus brefs délais (ce qui est flou) sur la mesure de « soins ».

Autrement dit, les délais sont infinis pour sortir d'une HO!

-Dernière remarque :

Lorsqu'un patient est admis en hospitalisation complète selon le chapitre III (ex-HO), le représentant de l'Etat (préfet) doit en informer :

-la maire de la commune

-le procureur de la république du TGI de l'établissement

-le procureur de la république du TGI du domicile du patient

- la CDSP
- la famille
- le tuteur s'il y en a un.

Lorsque ce même patient doit être pris en charge selon une autre modalité que l'hospitalisation complète (c'est-à-dire en « soins » en ambulatoire avec programme de soin), les mêmes personnes doivent en être informées.

4. La création d'une procédure de suivi des patients pris en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base d'un protocole de soins précisant le type de la prise en charges, les lieux de traitement et la périodicité des soins, transmis au directeur de l'établissement pour les soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et au préfet pour les soins sur demande de l'autorité publique.

Remarques :

Le protocole est rebaptisé dans le projet de loi actuel : « **programme de soins** ». Ce programme :

- accompagne obligatoirement les « soins ambulatoires »**, qui peuvent comporter des « **soins à domicile** » dispensés par un établissement mentionné à l'article L. 3222-1
- ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient
- l'avis du patient est recueilli préalablement à la définition ou à la modification de ce programme, par un psychiatre de l'établissement d'accueil
- le programme de soin définit les **types de « soins », les lieux, la périodicité**, dans des **conditions déterminées par décret en conseil d'Etat**

A propos des « soins » en ambulatoires :

Ils remplacent les sorties d'essai, désormais supprimées (modification de l'art L. 3211-11)

Texte initial dans la loi de 1990:

« Article L. 3211-11

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagement de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L. 6121-2.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. »

Nouveau texte adopté le 31 Mai 2011 :

« Art L.3111-11 : **Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient** peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'art L.3111-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient **transmet immédiatement** au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une **hospitalisation complète** lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du **comportement** de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. **Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne** »

Autrement dit :

Lorsqu'un patient est en « soins ambulatoire avec programme de soins », s'il ne se rend pas à ses RDV et qu'on ne peut donc pas l'examiner, en fonction de ses antécédents dans son dossier il faut procéder à sa réhospitalisation.

Cet article montre donc que les « soins » en ambulatoire sont en fait l'établissement d'un programme de comportement du patient avec menace de réhospitalisation en cas de non-application.

Là où, avec les sorties d'essai, on définissait juridiquement les conditions de possibilités de sortie vers l'extérieur, avec les « soins en ambulatoire on fixe les conditions de rentrée à l'intérieur.

A propos des sorties de 12h00 :

Les sorties de 12h00 sont encore possible. Le patient peut désormais être accompagné par un membre de sa famille ou une personne de confiance par lui désignée (ce qui permet une économie de personnel). Si le patient a des antécédents datant de moins de 10 ans d'irresponsabilité pénale ou d'un passage en UMD, le psychiatre doit en informer le directeur qui en informe le préfet.

Attention ! Se prétendant une innovation, ces « soins » en ambulatoire avec programme de « soin » ne font qu'ajouter une coloration de contrainte protocolaire et de menace de

réhospitalisation à des pratiques déjà existantes : en effet, les soins en ambulatoire et les soins à domicile existent déjà et sont pratiqués quotidiennement par les équipes de secteur, en fonction de leurs moyens et de leur style d'engagement dans le soin.

Ce qui se passe avec cette loi, c'est qu'elle transforme la relation « soignant-soigné » en une relation « contraignant-contraint » qui risque de détruire la confiance et de détériorer le lien. Par ailleurs, il s'agit d'une extension de la privation de liberté jusqu'à domicile. C'est un « enfermement à l'extérieur » de l'hôpital, un « asile à domicile ».

Ainsi, on peut lire dans l'avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme concernant ce projet de loi⁷ que :

« la loi reste bien floue sur la portée réelle, en termes de libertés publiques, de cette importante innovation que constituent les soins sans consentement. Qu'impliquent-ils en pratique pour le droit d'aller et venir, de protection du domicile, de rapports avec les proches et dans s'autres lieux de la vie, qu'en est-il du libre choix de son médecin, des actes de la vie courante ? »

5. La création d'un collège de soignants (deux psychiatres et un cadre soignant) ayant notamment pour missions de fournir un avis aux préfets sur les sorties de l'hôpital pour les patients mis ou ayant été mis en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale et les patients ayant été hospitalisés en UMD (unité de malades difficiles).

Remarque :

Dans la loi actuelle, le collège est constitué de:

- « -un psychiatre participant à la PEC du patient
- un psychiatre ne participant pas à la PEC du patient
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la PEC du patient

Les modalités de désignation des membres et des règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en conseil d'Etat »

6. La création d'une procédure permettant, dans le seul cas de péril imminent pour la santé du patient, de prendre celui-ci en charge en l'absence de tiers déclarés formalisant une demande. Cette nouvelle procédure permettra au directeur de l'établissement de prononcer l'admission du patient bien qu'aucun tiers ne se soit présenté, garantissant ainsi la prise en charge du patient.
7. L'amélioration de l'information et de la prise en compte de l'avis des patients sur ces soins faisant l'objet d'une mesure de « soins sans consentement » s'inscrivant dans le

⁷ 31 Mars 2011, avis de la CNCDH sur le projet de loi relatif aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

cadre de la demande du Conseil de l'Europe. D'une part le projet de loi complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits et sur les soins qui lui sont prodigués notamment. D'autre part il reconnaît le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant, à l'exception de la décision initiale.

Remarque :

Il existe un paradoxe de principe (voire une illusion) dans cette idée de garantir les droits des patients en accroissant leur droit à l'information, pour des personnes « soignées » sans leur consentement. En effet, si l'on pense que le discernement d'une personne est altéré au point qu'elle n'est pas en mesure d'accepter une prise en charge qui pourrait améliorer son état, comment penser que son discernement serait suffisant pour se saisir efficacement des informations qu'on pourrait lui donner sur cette prise en charge qu'elle refuse ? Ainsi la meilleure information du monde ne garantit pas de l'amélioration des droits des patients. Par ailleurs, le contrôleur des lieux de privation de liberté a souligné dans un avis combien ces informations pouvaient être, dans les faits, délivrées de manière abstraites et/ou expéditives⁸.

8. *La révision des règles d'intervention des tuteurs et des curateurs pour tenir compte des dispositions de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.*

9. *Le recentrage des missions des actuelles CDHP sur les situations mettant le plus en jeu les garanties individuelles »*

(Les CDHP s'intitulent désormais CDSP)

Etude d'Impact, Mai 2011, page 40-41.

II. Autres mesures importantes présentes dans le projet de loi adopté le 31 Mai à 2011 par l'Assemblée Nationale : la judiciarisation et l'organisation territoriale de la contrainte

1) **La Judiciarisation**

Ou : modification de l'article L.3211-12 (1 à 6) qui fixe les modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) :

⁸ Avis du 15 Février 2011 du contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office

Le texte initial prévoyait que, pour une personne hospitalisée sans son consentement ou pour ses proches, il était possible de saisir le JLD afin de demander une sortie immédiate :

Texte initial de la loi de 1990 :

« **Article L. 3211-12**

Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé. »

Le texte actuel est profondément modifié et agrémenté de nouvelles mesures :

- a. Les mêmes (patient, tuteur, conjoint, procureur, JLD) peuvent saisir le JLD pour demander la mainlevée immédiate d'une « mesure de soins psychiatriques prononcés en application des chapitres II à IV » (ex-HDT et ex-HO)

Toutefois, dans cette nouvelle loi, si le patient en question a, **dans ses antécédents datant de moins de 10 ans**, une HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou une hospitalisation en UMD, alors le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'**avis** de collègue mentionné plus haut (2 psychiatres et un soignant non psychiatre) et **deux expertises** établies par les psychiatres inscrits sur la liste mentionnée à l'art L.3213-5-1.

Par ailleurs, plutôt qu'une sortie sèche, le JLD peut ordonner des soins ambulatoires avec programme de soin.

- b. La nouveauté : le recours obligatoire au juge des libertés et de la détention au 15^{ème} jour d'hospitalisation complète selon les modalités du chapitre II (ex-HDT) ou du chapitre III (ex-HO)

En effet, le **JLD doit obligatoirement être saisi avant le 15^{ème} jour d'hospitalisation complète** du patient. Ceci, par le directeur de l'établissement si c'est une hospitalisation complète selon les modalités du chapitre II (ex-HDT) et par le représentant de l'Etat dans le département si c'est une hospitalisation complète selon les modalités du chapitre III (ex-HO). Puis c'est tous les 6 mois.

(Remarque : le juge n'est pas saisi en cas de « soins » en ambulatoire avec programme de soin.)

La saisine du juge par le directeur ou par le préfet doit s'accompagner **d'un avis conjoint** rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Avis qui se prononce sur la nécessité de maintenir l'hospitalisation complète.

SAUF si le patient a, dans ses antécédents datant de moins de 10 ans, une HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou une hospitalisation en UMD : dans ce cas, l'avis ne doit pas être rendu par deux psychiatres mais par le collège de soignants mentionné plus haut.

Donc, le JLD peut décider de la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Le cas échéant, il peut ordonner une mesure de « soins » ambulatoires avec programme de « soins ».

Attention : s'il veut ordonner la mainlevée de l'hospitalisation complète d'un patient ayant, depuis moins de 10 ans, été mis en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou a été hospitalisés en UMD, alors il ne peut décider de la mainlevée qu'après avoir recueillie **deux expertises** de psychiatres figurant sur la liste officielle.

En cas de décision, par le juge des libertés, de la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète :

La sortie d'hôpital de la personne est immédiate.

SAUF si le procureur de la république décide de demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué un recours suspensif. Cela est possible « **en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui** ». L'appel doit alors être transmis dans un délai de 6 heures au premier président de la cour d'appel ou à son délégué qui doit alors déclarer sans délai le recours suspensif (ce qui signifie que le patient ne peut plus sortir de l'hôpital). L'ordonnance déclarant que le recours est suspensif ne peut pas elle-même être l'objet d'un recours.

Ensuite, le **premier président de la cour d'appel dispose de 3 jours** pour statuer sur la mainlevée de la mesure **SAUF** s'il demande une **expertise** psychiatrique avant la fin de ces trois jours auquel cas il dispose de **14 jours supplémentaires**. **Pendant tout ce temps, le patient demeure en hospitalisation complète.**

Autrement dit, le bénéfice attendu par l'introduction du juge des libertés est considérablement neutralisé par toutes les restrictions qui l'entourent !

Sur les conditions de l'audience :

Le Juge, après débat contradictoire, statue **publiquement** (cela veut dire que la salle d'audience doit être ouverte au public)

Le patient est entendu, assisté, le cas échéant, de son avocat.

Sauf si des motifs médicaux font obstacles, dans son intérêt, à son audition. Auquel cas il est représenté par son avocat ou par un avocat commis d'office.

La salle d'audience est au TGI ou une salle d'audience spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil, permettant de statuer publiquement.

Le juge peut décider que l'audience se passe dans les deux salles en même temps : lui, le juge, est au TGI, tandis que le patient est dans la salle d'audience de l'établissement d'accueil. L'avantage : ça permet d'éviter au juge de se déplacer.

Le moyen : **grâce à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle**. L'avocat est dans la salle qu'il veut : auprès du magistrat ou auprès du patient.

Cela est possible sous deux conditions :

-un **avis médical** atteste que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé

-le **directeur de l'établissement** d'accueil s'est assuré de l'**absence d'opposition** du patient.

Autrement dit, il est tout à fait possible que le juge statue sans même avoir été une seule fois au contact de patient, en l'ayant simplement vu à la télé ou en ayant seulement rencontré son avocat !

2) L'organisation territoriale du système de « soins » sans consentement (article 6) : création d'un réseau de la contrainte :

-« Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'État dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1. »

-« La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 signé avec l'agence régionale de santé. Son projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission. »

(Autrement dit : il s'agit d'une pulvérisation du secteur)

- « Art. L. 3222-1-1 A. – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

(Où l'on constate que les psychiatres libéraux participent au réseau de contrainte)

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. »

(Il s'agit d'une conception du « soin » à court terme autour de la notion d'urgence visant à rassurer les familles mais détruisant les possibilités de travailler sur le fond)

En conclusion :

A. Un texte extrêmement problématique

1) En se prononçant implicitement et parfois explicitement sur une certaine conception du diagnostic et du soin, donc de la psyché, ce qui constitue une atteinte à la liberté de penser le soin :

- En postulant des avancées biologiques et génétiques (non prouvées)
- En remplaçant le mot « hospitalisation » par le mot « soin »
- En postulant la possibilité d'un « soin sans consentement » (impossible si l'on considère que le soin est relationnel)
- En postulant la possibilité d'établir un « programme de soin » (impossible si l'on considère que le soin est relationnel)
- En postulant que l'on peut décider de l'avenir d'un patient sur une période de 72h00 (impossible si l'on considère la complexité et l'imprévisibilité des pathologies psychiatriques)
- En valorisant le discours de l'expert (toujours sujet à polémique dans le milieu psychiatrique : peut-on établir un diagnostic en un temps aussi court ?)
- En postulant que l'on peut décider de l'avenir d'un patient sur ses seuls antécédents :
 - ❖ En établissant qu'un psychiatre peut juger de l'état et de l'avenir d'un patient sur simple lecture du dossier médical (qui fonctionne comme un casier judiciaire)

- ❖ En établissant qu'un juge peut prendre une décision à propos de la forme de prise en charge d'un patient sans même le rencontrer ou en le voyant à la télé (impossible si l'on considère que le contact d'un patient est un élément clinique important et qu'on ne peut pas raisonner sur les seuls antécédents)
- ❖ En créant une sous-catégorie de patients, en fonction de leur dossier, pour qui la procédure est renforcée : les patients ayant, depuis moins de 10 ans, des antécédents d'HO pour irresponsabilité pénale ou d'admission en UMD. Pour eux, toute sortie de 12h00 et toute mainlevée d'hospitalisation complète est particulièrement complexifiée.

Ainsi, ce texte consacre la figure du psychiatre comme agent du maintien de l'ordre social et non comme soignant, au cas par cas, d'êtres humains complexes

2) Par l'extension de la contrainte, créant une « privation de liberté en ambulatoire »

- En généralisant l'enfermement et le contrôle :
 - ❖ Enfermement à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire dans la ville et jusqu'à domicile par le biais des « soins » ambulatoires avec programme de soin qui créent un « asile ouvert » sur le modèle des « prisons ouvertes »
 - ❖ enfermement à l'intérieur de l'hôpital du fait de la complexification des possibilités de levée de mesure d'HDT et HO, substituant à un mouvement vers l'extérieur (sorties d'essai), un mouvement vers l'intérieur (mesures de réhospitalisation dans les prises en charge ambulatoires, période d'hospitalisation complète de 72 heures obligatoire pour tous les patients).
- En pervertissant la relation de confiance soignant-soigné par l'établissement d'un « programme de soin ».

3) En favorisant la mise en place, pour l'organisation de la psychiatrie, d'une politique à courte vue :

- En créant un dispositif territorial basé sur l'urgence et la sécurité, détruisant ainsi le secteur psychiatrique.

En effet, le secteur est une organisation territoriale basée sur la relation de confiance au long court entre un patient et les soignants d'une équipe de soin pluridisciplinaire sur une zone donnée, en lien avec les acteurs de la cité et en développant l'investissement de lieux et de personnes au sein de la ville.

A l'inverse, ce dispositif d'urgence s'organise de façon purement opératoire et gestionnaire, établissant des filières à l'avance pour tel ou tel type de patient, afin de répondre rapidement à la demande sociale de sécurité et de sembler répondre à la détresse des familles.

Cette vision à court terme risque de dégrader la qualité du soin alors même que le travail au long court est indispensable dans le champ de la psychiatrie.

- En risquant de provoquer à moyen terme un encombrement des services d'hospitalisation, du fait de la complexification des possibilités de mainlevée des ex-HO, interdisant alors l'accès à l'hôpital de personnes nécessitant réellement des soins par manque de place.
- B. Un texte ne tenant pas ses promesses en termes d'amélioration des droits de malades
- En diminuant la prise en compte de l'avis des proches du patient puisque l'HDT ne peut plus être levée sur demande du tiers si le psychiatre s'y oppose.
 - En neutralisant tous les bénéfices attendus au sujet de l'intervention du juge des libertés :
 - ❖ Qui n'intervient qu'au 15^{ème} jour d'une hospitalisation complète
 - ❖ Qui n'intervient pas au sujet des « soins » en ambulatoire avec programme de soin, réalisant pourtant aussi une privation de liberté
 - ❖ Qui n'a aucune marge de manœuvre en termes d'investigation, ses décisions se basant uniquement sur les certificats, avis médicaux et expertises
 - ❖ Dont les décisions peuvent être neutralisées par un recours suspensif demandé par le procureur de la république, interdisant la sortie d'hôpital immédiate en cas de décision par le juge de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, allongeant le délai de la sortie d'hôpital du patient jusqu'à la décision du premier président de la cour d'appel ou de son délégué (qui peut, finalement, ne pas décider de la sortie).
 - En ne jouant que sur l'amélioration de l'information des patients dont on a vu le faible impact.

Loriane Brunessaux, 13 Juin 2011