

J'essAime... pour une **A**utre justice

Numéro spécial (26 / 27) - Juillet 2013

**LIBERTÉ,
SÉCURITÉ,
SOINS:
la nouvelle
diagonale
du fou.**

ACTES DU COLLOQUE

ORGANISÉ PAR LE SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE

LE 23 NOVEMBRE 2012

Syndicat 
de la Magistrature

En couverture :
Tony Robert-Fleury, *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795* (19^e siècle)
(intégralité du tableau en pages 28-29)

À nos lecteurs

Le 23 novembre 2012, au sein du palais de justice de Paris, le Syndicat de la magistrature a organisé, préalablement à son Congrès annuel, un colloque sur les soins psychiatriques contraints intitulé *Liberté, sécurité, soins : la nouvelle diagonale du fou*.

Ce colloque avait notamment pour but de dresser un premier bilan interprofessionnel de l'application de la loi du 5 juillet 2011.

Il a réuni de nombreux professionnels de la santé, du droit et du secteur social et nombre de personnalités : la garde des Sceaux, Mme Taubira, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, M. Delarue, Mme Questiaux (pour la CNCDH), etc.

La rédaction de *J'Essaime* est heureuse de vous proposer aujourd'hui **les actes officiels de ce colloque**, à partir des interventions orales prononcées. Ces textes ont parfois été retouchés pour leurs versions écrites, avec l'accord des intervenants.

Ce numéro est aussi enrichi de plusieurs textes originaux et de diverses références : statistiques, textes juridiques, jurisprudences, inventaire des rapports et études utiles, etc.

Nous avons choisi de l'illustrer autour de la représentation de la folie en peinture. Folie et peinture sont sœurs depuis longtemps.

La représentation de la folie en peinture est un thème traditionnel des artistes occidentaux, au moins depuis le Moyen Âge et la représentation des possédés. Il a été aussi fréquemment souligné la folie (vraie ou supposée) de certains artistes : Van Gogh, Munch, Dali... Enfin, la valeur de certaines œuvres créées par des malades mentaux, à fin thérapeutique ou non, est aujourd'hui reconnue.

Ce numéro peut être cité, diffusé et reproduit totalement ou partiellement sous réserve d'une mention de la source et en informant la rédaction par simple courriel à l'adresse suivante : courrierlecteursjessaime@gmail.com

RG

■ LES POSITIONS ET PROPOSITIONS DU SM

6 - Pour une *grande loi de santé mentale*

par Xavier Gadrat, secrétaire national du SM

10 - *Pour une nouvelle approche des soins contraints : en finir avec l'empreinte sécuritaire et privilégier la protection des malades*

La motion adoptée le 25 novembre 2012 par le Congrès du SM

■ DROIT PÉNAL DES MINEURS ET PSYCHIATRIE

12 - Liaisons dangereuses ?

par Côme Jacqmin, magistrat chargé des enfants au tribunal de Draguignan

ACTES DU COLLOQUE ORGANISÉ PAR LE SM

(Vendredi 23 novembre 2012, palais de justice de Paris, salle des Criées)

LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS : LA NOUVELLE DIAGONALE DU FOU.

■ PAROLES DES INSTITUTIONS

22 - CGLPL : une institution pour vérifier l'effectivité des droits

Liberté d'aller et de venir, droit de se défendre, dignité des personnes...

par Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de libertés

30 - Maladie mentale et droits de l'homme

par Nicole Questiaux, au nom de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

38 - Grands débats ou pragmatisme ?

Des tentatives avortées de réformer la loi de 1990 à l'absence de nécessité d'une grande loi de santé mentale

par Hélène Strohl, inspectrice générale des affaires sociales

■ PAROLES DES USAGERS

46 - L'action et les revendications du CRPA

par André Bitton, président du Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie

52 - L'action et les revendications d'Advocacy France

par Claude Deutsch, secrétaire général d'Advocacy France

64 - Témoignage : *Être en souffrance psychique au quotidien, c'est une aventure mais aussi un combat*

par Florence Leroy, pour Advocacy France

68 - Le malade, nouveau sujet de droit

par Marianne Yvon, coordonnatrice de l'action *Accès au droit et santé mentale* pour l'association Droits d'urgence

■ PAROLES DES SOIGNANTS

76 - De nouveaux enjeux pour les soignants

par le docteur Marc Girard

84 - Les soignants à l'épreuve des logiques gestionnaires et sécuritaires en matière de soins psychiatriques contraints

par Pierre Paresys, psychiatre, vice-président de l'Union syndicale de la psychiatrie

88 - Les équipes mobiles en psychiatrie

par Nicolas Pastour, psychiatre, membre de l'équipe rapide d'intervention de crise (ÉRIC) des Yvelines

94 - La prise en charge des malades mentaux délinquants

par Catherine Paulet, psychiatre, SMPR de Marseille-Baumettes

■ PAROLES DES JUGES ET JURISTES (en France)

102 - Les droits du fou par le grand ou le petit bout de l'entonnoir

Droits communs ou droits particuliers ?

par Pierre Bordessoule de Bellefeuille, avocat au barreau de Versailles

110 - Le regard d'un juge des libertés

par Laetitia Brunin, vice-présidente au tribunal de Nanterre

116 - De l'effectivité des droits de la défense

par Corinne Vaillant, avocate au barreau de Paris

■ PAROLES DES JUGES ET JURISTES (en Belgique)

126 - La figure du juge de paix

par Thierry Marchandise, juge de paix à Charleroi, ancien procureur du Roi, ancien président de l'Association syndicale des magistrats belges

130 - Une judiciarisation complète des soins contraints

par Véronique Sevens, Premier substitut du procureur du Roi à Bruxelles

■ ANNEXES

ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET AUTRES SIGLES...

134 Comment sigler l'hospitalisation contrainte ?

134 De quelques structures entre le droit, la médecine et le social

LE DROIT

87 Les principales lois

123 Les textes internationaux

137 Extraits de textes

LE DROIT - JURISPRUDENCE

141 Cour européenne des droits de l'homme

141 Conseil Constitutionnel

142 Conseil d'État

143 L'affaire de Grenoble

145 L'affaire de Marseille

RAPPORTS, AVIS, ÉTUDES...

146 CGLPL, CNCDH, IGAS, etc.

STATISTIQUES

148 Les statistiques officielles sur l'application de la loi du 5 juillet 2011

SYNDICALISME

93 Quelques positions syndicales ou militantes...

HISTOIRE DES IDÉES

51 Et si nous relisions Albert Londres ?

154 Et si nous relisions la revue *Justice* ?

POUR UNE GRANDE LOI DE SANTÉ MENTALE

Par Xavier Gadrat,
secrétaire national du Syndicat de la magistrature

Si la science a pris le pas sur la religion, reconnaissant dans le trouble mental une maladie plutôt qu'une *possession démoniaque*, la peur ancestrale du fou reste bien ancrée dans notre société.

Ainsi, comme en témoigne une étude menée sur près de 36 000 personnes entre 1999 et 2003, une très large majorité d'entre elles (75 % !) associe-t-elle les termes de *fou* et de *malade mental* à des comportements violents (1).

Et pourtant...

Le rapport de la commission *Violence et santé mentale* (2) établit qu'en 2005, sur 51 411 mis en examen dans des affaires pénales (crime ou délit), 212 ont bénéficié d'un non-lieu pour irresponsabilité mentale, c'est-à-dire 0,4 % des crimes et délits !

Alors que, dans le même temps, les patients psychiatriques étaient victimes 11,8 fois plus que le reste de la population de crimes violents et 140 fois plus de vols...

(1) Enquête du ministère de la santé (2004), réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La lire [ICI](#)

(2) Travaux préparatoires à l'élaboration du plan *Violence et santé mentale* (Anne Lovell, mars 2005). Lire le rapport [ICI](#)

Ces dernières années ont été marquées par une exploitation sans scrupule de cette peur irrationnelle et injustifiée au bénéfice d'une politique ultra-sécuritaire, fondée sur le mirage du *risque zéro* et sur les amalgames : folie = dangerosité sociale, maladie mentale = délinquance.

L'année 2008 fut particulièrement funeste en la matière :

- vote de la loi du 25 février 2008 portant création de la rétention de sûreté, peine après la peine, toujours en vigueur à ce jour malgré les promesses de la campagne présidentielle (3) ;
- discours d'Antony du 2 décembre 2008 (4), intervenant après le fait divers dramatique de Grenoble

(3) Lire les observations du SM sur le projet de loi (décembre 2007) : [Argumentaire du SM sur la rétention de sûreté](#)

Et voir aussi :

- *J'Essaïme* n° 5, janvier 2009, pages 14 à 16, un article intitulé *Psychiatrie : refuser la pénalisation de la folie* (à propos de l'affaire de Grenoble) : [ICI](#)

- *J'Essaïme* n° 17, février-mars 2011, pages 34 à 45, un dossier intitulé *Réforme des soins psychiatriques imposés : un vent de folie sécuritaire* (avec des contributions d'Odile Barral - SM - et du docteur Olivier Labouret - USP -) : [ICI](#)

(4) Visionner le discours de l'ancien Président devant le personnel de l'établissement public de santé Érasme d'Antony : [ICI](#)

(mort d'un étudiant poignardé dans la rue par un malade hospitalisé sous contrainte en fugue), dans lequel Nicolas Sarkozy annonçait un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques (vidéo-surveillance, chambres d'isolement supplémentaires, nouvelles UMD...) et une réforme des hospitalisations sous contrainte (soins ambulatoires sans consentement, sorties plus encadrées, fichage...).

Mais la funeste année 2008 fut aussi le point de départ d'une mobilisation sans précédent de la société civile, des soignants et de tous ceux qui refusent la stigmatisation des malades mentaux, qui défendent une psychiatrie ayant pour mission l'accueil et le soin de ceux qui souffrent et qui s'opposent aux vellétés d'en faire une discipline sécuritaire, gardienne de l'ordre social (5).

Dans 0,4 % des crimes et délits (200 cas par an en France), l'auteur est déclaré irresponsable à cause de son état mental...

C'est dans ce contexte que s'est inscrite l'action du Syndicat de la magistrature contre 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*.

Membre du collectif *Mais c'est un homme* ayant lancé le 1^{er} août 2011 (date d'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011) un *Appel contre les soins sécuritaires* (6), le Syndicat de la magistrature n'a eu de cesse de dénoncer le prisme sécuritaire de ce texte ayant conduit :

(5) Site du *Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire* : collectifpsychiatrie.fr

(6) Lire la déclaration (et signer la pétition individuelle toujours en cours) de plus de vingt organisations du 1^{er} août 2011 : Maiscestunhomme

- à l'instauration d'un régime dérogatoire pour toutes les personnes ayant bénéficié, dans les dix années qui précèdent, d'une décision d'irresponsabilité pénale ainsi que pour les personnes séjournant ou ayant séjourné, dans le même délai, en UMD ; ce dispositif, lourd et complexe, volontairement dissuasif, rend plus difficile la mainlevée ou même simplement l'allègement des mesures (par la multiplication des avis médicaux requis), dénie au médecin assurant la prise en charge du patient tout esprit de responsabilité et stigmatise toute une catégorie de malades dont les troubles sont parfois stabilisés depuis plusieurs années ; il sert, par ailleurs, d'alibi à la présence systématique du casier judiciaire de l'intéressé dans le dossier soumis au juge lors du contrôle ;
- à la suppression du mécanisme souple de la *sortie d'essai*, à l'instauration des sorties thérapeutiques accompagnées de courte durée et surtout des programmes de soins contraints en dehors de l'hôpital ; ce dispositif renforce les pouvoirs du préfet sur les mesures qu'il a ordonnées en soumettant, sans aucun recours possible, les sorties thérapeutiques à son accord explicite et en lui permettant de s'immiscer (en s'opposant aux modifications des programmes de soins) dans le parcours de réadaptation et de re-socialisation du malade ; il autorise aussi l'évitement du contrôle du juge (le programme de soins, même assorti d'une hospitalisation partielle, n'étant pas soumis à ce contrôle).

REPÈRES

Xavier Gadrat est actuellement vice-président, chargé des fonctions de juge des libertés et de la détention au tribunal de grande instance de Bordeaux.

Il est co-auteur, avec Florent Cochez (psychiatre au centre hospitalier Charles Perrrens de Bordeaux), de l'ouvrage *Les soins psychiatriques sans consentement après la loi du 5 juillet 2011* paru en mars 2012 aux éditions ASH (*Actualités sociales hebdomadaires*). [ICI](#)

Les patients psychiatriques sont 11,8 fois plus victimes d'actes violents que le reste de la population...

Le Syndicat de la magistrature s'est par ailleurs félicité de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 ayant contraint le législateur à instaurer un contrôle systématique des mesures de soins sans consentement. Mais il a dénoncé le manque de réelle volonté politique (manifestée par l'absence de moyens supplémentaires alloués pour la mise en œuvre de cette réforme !) pour renforcer les droits des personnes concernées.

Le SM milite ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la loi :

- pour que les malades aient réellement accès au juge dans des conditions respectueuses de leur dignité, ce qui suppose l'organisation des audiences au sein des établissements de soins dans des salles spécialement aménagées et clairement identifiées comme des lieux de justice et le refus de la visioconférence ;
- pour que les malades bénéficient d'un véritable accès au droit par le développement de points d'accès dans les établissements et l'assistance obligatoire d'un avocat ;
- pour que la décision d'hospitalisation sous contrainte d'un malade, privative de liberté, soit prise par l'autorité gardienne

des libertés individuelles, à savoir le juge judiciaire.

Le Conseil constitutionnel ayant remis en cause par une décision du 20 avril 2012 plusieurs dispositions de la loi, l'occasion est donnée au gouvernement de revenir sur les errements d'un texte voté dans la précipitation.

Il faut construire, après une vaste consultation des professionnels de santé, des associations d'usagers et du monde judiciaire, une réforme ambitieuse de la santé mentale, respectueuse des droits des malades et soucieuse de la qualité des soins et de la réadaptation sociale des patients.

Cette *grande loi de santé mentale*, attendue par tous, doit être l'occasion d'une réorientation des moyens vers le renforcement de la psychiatrie de secteur, le développement et le soutien aux pratiques fondées sur le *prendre soin*, l'accueil, l'hospitalité... et non plus sur la surveillance et le contrôle social des plus démunis stigmatisés en *classes dangereuses*.

Ce futur texte doit aussi restituer au soin contraint sa dimension de mesure exceptionnelle et le débarrasser de l'empreinte sécuritaire tout en renforçant de manière significative les droits des patients.

Le colloque organisé par le SM à Paris le 23 novembre 2012 avait pour ambition de dresser un bilan critique de plus d'une année d'application de la loi du 5 juillet 2011 et d'élaborer des pistes en vue de cette réforme.

Il a nourri la réflexion collective et permis au Congrès du SM de voter une motion qui définit nos orientations et propositions (la lire page 10).

Ces propositions ont été défendues devant la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie qui doit prochainement rendre son rapport (7).

• • • •

(7) Depuis la rédaction de ce texte, la mission a rendu un rapport d'étape : [rapport d'information de M. Denys Robiliard \(commission des affaires sociales\) en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie](#)

Lire les observations du SM devant la mission parlementaire (février 2013) : [ICI](#)

Lire les observations du SM sur la proposition de loi (juillet 2013) : [ICI](#)



Jérôme Bosch, *La Lithothomie* (vers 1494)

POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DES SOINS CONTRAINTS :

EN FINIR AVEC L'EMPREINTE SÉCURITAIRE ET PRIVILÉGIER LA PROTECTION DES MALADES

(Motion discutée et adoptée par le Congrès du SM le 25 novembre 2012)

Après plus d'un an d'application de la loi du 5 juillet 2011 qui a profondément modifié le droit des soins contraints, il est temps de dresser un premier bilan et de formuler des propositions.

Cette loi, comme le SM n'a cessé de le dénoncer, reste fortement marquée par l'empreinte sécuritaire de l'ère Sarkozy. En témoigne l'inacceptable régime dérogatoire qui, sur la base d'une supposée plus grande « dangerosité » de certaines catégories de malades, rend particulièrement difficile leur sortie. En témoigne également l'instauration de soins ambulatoires contraints jusqu'au domicile de l'intéressé.

Ce régime dérogatoire n'a que trop partiellement été remis en cause par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012.

Le rôle, sans équivalent dans d'autres pays, d'un représentant du pouvoir exécutif, le préfet (ou, en urgence, le maire ou le préfet de police de Paris) alors qu'il s'agit de porter atteinte à la liberté individuelle (ce au nom d'un « ordre public » dont les contours restent flous) n'a pas été remis en question, bien au contraire.

En outre, l'adoption de cette loi s'est faite dans un contexte d'imperméabilité aux expériences étrangères (telle que la législation belge) et à la recommandation européenne Rec(2004)10 « relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux ».

Certes, sous la contrainte du Conseil constitutionnel, la loi a introduit un contrôle de plein droit par le juge des mesures d'hospitalisation complète prononcées par le préfet ou par le directeur de l'hôpital, lorsque ces mesures se prolongent au-delà de quinze jours, contrôle renouvelé au bout de six mois.

Mais, pour permettre au juge de jouer pleinement son rôle constitutionnel de garant des libertés, encore conviendrait-il que l'institution judiciaire dispose de moyens suffisants pour appliquer le texte (ce qui est loin d'être le cas), que le malade soit pleinement informé de ses droits et qu'il puisse les exercer effectivement selon des modalités respectant sa dignité.

Cela supposerait, tout spécialement, un véritable accès au juge dans des conditions compatibles avec la fragilité des personnes concernées, associé à une défense réelle, ce qui à ce jour est loin d'être assuré dans nombre de juridictions.

Par ailleurs, des aspects importants de la question ont été laissés de côté et spécialement le sort des personnes souffrant d'altération mentale, telle que la maladie d'Alzheimer, soumises à des enfermements non contrôlés.

Enfin, aucune réflexion sur la prise en charge globale des situations n'a été sérieusement menée : écoute des familles (afin notamment de tenter d'éviter la survenance de crise aiguë), intervention et accueil en urgence (notamment dans le but d'éviter le déclenchement d'une procédure de contrainte), prise en compte de la dimension sociale des situations, etc.

Le SM, réuni en Congrès,

demande, qu'à l'occasion de la réforme rendue nécessaire par la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, une réflexion approfondie soit menée et une large concertation mise en œuvre avec les juristes, les soignants, les usagers pour une approche nouvelle de la maladie mentale.

Le SM exige que soit mis fin à l'ordre sécuritaire en psychiatrie par :

- la suppression du régime dérogatoire ;
- l'exclusion du dossier des casiers judiciaires des personnes hospitalisées sous contrainte et l'abrogation des instructions données aux greffes en ce sens ;
- l'adoption de nouvelles garanties légales pour l'hospitalisation en UMD, passant par la redéfinition des critères d'admission et l'instauration d'un recours spécifique devant le juge ;
- l'exclusion expresse des comportements sociaux atypiques, conformément à la recommandation européenne Rec(2004)10*, des situations justifiant des soins contraints ;
- l'abandon de toute possibilité de soins contraints en dehors de l'hôpital sauf sous forme de *sortie d'essai* (d'une durée strictement limitée et soumise au contrôle du juge sur recours de la personne concernée) ;
- le développement des politiques de soins en secteur afin de limiter de façon drastique le recours aux soins contraints.

Le SM demande que soient renforcés les droits des malades soumis à des soins sans consentement :

- par la *judiciarisation* complète du processus ;
- en avançant le deuxième contrôle obligatoire du juge à trois mois ;
- par l'abandon du recours à la visioconférence et la fixation de principe de l'audience à l'hôpital ;
- par une formation adaptée du juge intervenant dans ce type de contrôle ;
- en prévoyant l'assistance obligatoire d'un avocat avec la mise en place d'une défense de la protection des malades mentaux à l'instar de ce qui existe pour les mineurs ;
- en supprimant la nécessité de motiver l'acte d'appel, s'agissant d'un enjeu de liberté ;
- en permettant aux mineurs et aux majeurs protégés d'exercer eux-mêmes leur droit d'appel ;
- en installant des points d'accès au droit dans les établissements hospitaliers ;
- en assortissant de nouvelles garanties pour le malade le recours à des mesures gravement attentatoires à leur liberté telles que la contention et la mise à l'isolement ;
- en évitant de recourir, sans raisons strictement médicales, à la contention et à la mise à l'isolement comme outil de prolongation de la détention pour les malades provenant d'établissements pénitentiaires ;
- en étendant la compétence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté aux institutions fermées accueillant des personnes souffrant d'altération mentale telle que la maladie d'Alzheimer ;
- en permettant l'instauration d'une procédure spécifique de recours devant le juge pour les personnes concernées par ce type de soins ;
- en renforçant les pouvoirs des commissions départementales des soins psychiatriques, dont la composition doit être revue pour y donner plus de place à des personnes extérieures au monde médical (avocats, représentants d'usagers).

* Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux (adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004)

DROIT PÉNAL DES MINEURS ET PSYCHIATRIE : LIAISONS DANGEREUSES ?

Par Côme Jacqmin*,
magistrat chargé des enfants
au tribunal de Draguignan

Le sort des enfants et des adolescents au regard des soins psychiatriques est largement dérogatoire de la situation commune.

Le régime dérogatoire qui leur est réservé apparaît justifié par deux ordres de considérations qui, sans être étrangères, sont néanmoins distinctes :

- l'incapacité ou la capacité limitée à consentir aux soins qui résulte par définition même de l'état de minorité et justifie une attitude protectrice des adultes en ce domaine, comme dans les autres domaines de la vie du mineur ;
- l'approche particulière de la psychiatrie face à l'enfance et à l'adolescence qui prend en compte de manière spécifique l'état de la personnalité en voie de construction du sujet mineur.

* Côme Jacqmin a été membre du Conseil du SM de novembre 2002 à novembre 2006 et membre du Bureau du SM (comme secrétaire général adjoint, puis comme secrétaire général). Magistrat depuis 1995, il a toujours exercé des fonctions au siège, notamment à l'application des peines et aux enfants.

Le professeur Jeammet résume bien les enjeux de cette approche dans le passage suivant :

L'éducatif et le psychiatrique s'entrecroisent inéluctablement à un double titre : parce que tout ce qui est de l'ordre de la maladie avérée ou du handicap retentit sur l'organisation même de la personnalité et nécessite une approche spécifique de l'éducatif qui tienne compte des particularités affectives, cognitives et relationnelles induites par ces modes originaux d'organisation de la personnalité. D'autre part, parce que ce que nous regroupons sous l'appellation générale de dysfonctionnements et qui n'est pas toujours en soi pathologique, et à plus forte raison ne saurait être qualifié de maladie, est néanmoins susceptible d'avoir des effets pathogènes à plus ou moins long terme sur le développement de la personnalité. (1)

On trouve un certain aboutissement institutionnel de ce type de prémisses dans les conclusions du groupe de réflexion piloté au sein de la PJJ (la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse est l'une des directions

(1) Professeur Philippe Jeammet : *Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ?* Cet article est paru dans la revue du Haut Conseil de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique* n° 15, juin 1996. Lire cet article : [ICI](#)

du ministère de la justice) par le docteur Alecian, en 2002, concernant la prise en charge des *mineurs auteurs d'agression ou de violences* (2). Le rapport souligne les limites d'un clivage considéré comme traditionnel entre psychogénèse et socio-génèse, entre normal et pathologique, pour comprendre les comportements instables et les passages à l'acte des adolescents. Il explique ainsi les difficultés des institutions conçues sur la base de ce clivage à s'occuper de manière *contenante* de ces *adolescents difficiles* devenus *incasables*. Il émet un certain nombre de préconisations en faveur du développement d'une *pratique éducative de santé mentale*.

Ce rapport sera suivi d'une importante circulaire interministérielle *relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté*, ainsi qu'à la publication, sous les mêmes auspices, d'un recueil dressant un état des lieux des savoirs et des préconisations (3). Sans que la filiation puisse être considérée comme

univoque, ces réflexions irrigueront, de toute évidence, les modalités de développement de certains dispositifs éducatifs, particulièrement dans les centres éducatifs fermés (CEF).

Quel que soit le prisme privilégié, une emprise particulière est justifiée sur les mineurs qui devrait entraîner une certaine vigilance du droit. Tel devrait être *a fortiori* le cas lorsque les soins s'inscrivent dans le cadre d'une procédure pénale. C'est sur ce dernier point pourtant que les garanties peuvent paraître les plus fragiles, voire que peut s'instaurer une certaine confusion, notamment dans le cadre du développement d'un programme de *renforcement des CEF en moyens de santé mentale*, avec la superposition de dispositifs éducatifs, de contrainte pénale et de soins psychiatriques.

Avant d'aborder les conditions de mise en œuvre de cette alliance, il apparaît nécessaire de rappeler le cadre juridique de droit commun applicable à la prise en charge psychiatrique des personnes mineures.

SOINS PSYCHIATRIQUES : LE RÉGIME APPLICABLE AUX MINEURS

LE PRINCIPE : PRÉÉMINENCE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Les pouvoirs des détenteurs de l'autorité parentale

L'organisation des soins en psychiatrie concernant les mineurs est, sans surprise, dominée par les prérogatives des détenteurs de l'autorité parentale. Ceci résulte des principes généraux concernant la prise en charge médicale des mineurs tels qu'ils sont édictés aux articles L.1111-2 et L.1111-4 du Code de la santé publique qui, avec certaines réserves, soumettent la mise en œuvre de soins au bénéfice des mineurs à l'information préalable et au consentement des personnes qui exercent l'autorité parentale. Mais les dispositions

de l'article L.3211-10 du même code prévoient surtout un régime renforcé en ce qui concerne ce type de soins.

En application de ce texte, *la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue*. L'existence même d'un texte spécifique et le rappel des conditions dans lesquelles il peut être fait appel, comme dans le droit commun de l'autorité parentale, à l'arbitrage du juge aux affaires familiales, signalent l'importance qui

(2) Docteur Patrick Alecian, *Propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agressions ou de violences*, août 2002. Ce rapport (non publié...) a été adressé à la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse.

(3) Circulaire /DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002 / 282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté : [ICI](#)



est accordée par la loi à cet acte qui compte sans conteste au nombre des principales prérogatives des détenteurs de l'autorité parentale et échappe de toute évidence à la notion d'acte usuel.

Ainsi, les conditions d'admission d'un mineur en service hospitalier psychiatrique apparaissent-elles totalement dérogatoires par rapport au droit commun de l'admission en service hospitalier. Alors qu'en application de l'article R.1112-34 alinéa 3 du Code de la santé publique, l'admission d'un mineur placé en établissement hospitalier peut être demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'établissement gardien, cette possibilité apparaît clairement exclue en cas d'admission en service psychiatrique.

La recherche d'adhésion du mineur

Dans le cas général, les prérogatives des détenteurs de l'autorité parentale en matière d'information et de consentement aux soins sont contrebalancées par l'obligation faite aux soignants de veiller à l'information du mineur et de rechercher son adhésion, si ce n'est son consentement aux soins, en considération de son aptitude à exprimer sa volonté et à participer à la décision (article L.1111-4 du Code de la santé publique).

Malgré l'affirmation du caractère dérogatoire des conditions d'admission d'un mineur en service psychiatrique, ce même principe paraît conserver application en ce qu'il ne concerne pas directement la décision d'admission.

L'intérêt d'une adhésion du patient aux soins psychiatriques est d'ailleurs constamment affirmée du point de vue médical.

UNE EXCEPTION À LA PRÉÉMINENCE DE L'AUTORITÉ PARENTALE : L'HOSPITALISATION D'OFFICE

Exclusion du régime d'hospitalisation à la demande d'un tiers (tiers autre qu'un des détenteurs de l'autorité parentale)

La prérogative reconnue aux personnes exerçant l'autorité parentale de demander l'admission

en soins psychiatriques du mineur apparaît revêtue d'un certain caractère d'exclusivité.

L'article L.3211-10 du Code de la santé publique ne fait aucune référence aux dispositions de droit commun de l'article L.1111-5 du même code qui prévoient la possibilité, pour le mineur, de consentir aux soins dans certains cas sans l'accord de ses parents ou, pour le médecin, d'intervenir sans ce même accord. Compte tenu du caractère spécial de ce texte, il apparaît ainsi douteux que les principes généraux applicables aux autres types de soins puissent être invoqués.

Le même article, en ne faisant référence qu'à la seule alternative d'une admission en soins contraints (en application du chapitre III du titre I du Livre III du Code de la santé publique), exclut sans ambiguïté la possibilité d'admission du mineur à la demande d'un tiers autre que l'un des détenteurs de l'autorité parentale.

Le mineur fait ainsi en matière d'hospitalisation psychiatrique l'objet d'un régime particulier d'hospitalisation à la demande d'une tierce personne. L'état de minorité semble d'ailleurs expliquer que ce régime soit assorti de garanties moindres que celles qui sont prévues concernant l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une personne majeure. Ainsi un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement n'est-il pas exigé.

Les mineurs peuvent faire l'objet d'une hospitalisation d'office

En raison des possibilités de *placement* en établissement psychiatrique ouvertes par la voie judiciaire, certains professionnels s'interrogent régulièrement sur la possibilité que les mineurs puissent faire l'objet d'une hospitalisation d'office sur décision du représentant de l'État, en application des articles L.3213-1 et suivants du Code de la santé publique. La rédaction de l'article L.3211-10 rappelée ci-dessus lève sur ce point toute incertitude.

L'admission sous le régime de l'hospitalisation d'office constitue le second mode d'admission possible du mineur en service de soins psychiatriques.

C'est à la lumière du cadre ainsi rappelé que la question de l'alliance entre action éducative

dans le cadre judiciaire et soins psychiatriques peut être examinée.

MINORITÉ, SOINS ET CONTRAINTE PÉNALE : UNE ALLIANCE CONFUSE ?

La question de l'alliance entre le soin psychique et la contrainte pénale ne concerne pas uniquement les mineurs. Traditionnellement posée à propos de l'obligation de soins, la question a connu un développement important depuis 1998 avec le développement de nouveaux types de mesures de sûreté : suivi socio-judiciaire, rétention judiciaire de sûreté et placement d'office judiciaire des personnes déclarées irresponsables.

Les modalités particulières d'intervention de la justice des mineurs dans l'objectif de rechercher le relèvement éducatif et moral des enfants délinquants par la mise en œuvre d'interventions éducatives adaptées, qui autorisent une emprise particulière sur les personnes concernées, par ailleurs toujours soumises au pouvoir des détenteurs de l'autorité parentale, engendrent néanmoins un contexte spécifique.

Paradoxalement, alors que le cumul de facteurs de contrainte qui résultent, d'une part, du recours au droit pénal et, d'autre part, du pouvoir particulier sur les sujets qu'engendre l'administration de soins, en particulier psychiatriques, pourrait justifier des garanties spécifiques, les conditions de mise en œuvre de cette alliance entre soins et action éducative dans le cadre pénal peuvent apparaître pour le moins assez imprécises.

LE PLACEMENT JUDICIAIRE DES MINEURS EN SERVICE PSYCHIATRIQUE : RÉGIME INCERTAIN DE LA PROCÉDURE PÉNALE

Le placement judiciaire d'un mineur en service hospitalier psychiatrique peut être envisagé tant dans le cadre pénal que dans le cadre civil.

Le placement en service psychiatrique dans la procédure d'assistance éducative

Alors que l'article 375-3 du Code civil autorisait, dès l'origine, le placement par le juge

des enfants en *établissement sanitaire*, ce qui pouvait ouvrir la possibilité de confier le mineur à un service hospitalier psychiatrique, l'article 19 de la loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades) a assorti cette possibilité de garanties visant à assurer un meilleur équilibre entre la prérogative judiciaire et les nécessités de soins.

C'est ainsi que l'article 375-9 du Code civil institue un régime exceptionnel concernant ce type de placement apportant des garanties proches de celles qui sont assurées en cas d'hospitalisation d'office : avis préalable et conforme d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil ; réexamen régulier et à court délai de la mesure de placement (quinze jours puis un mois renouvelable) ; régime de co-décision entre les autorités judiciaires et médicales s'agissant du renouvellement de la mesure (avis conforme du médecin du service).

Dans le contexte de la procédure d'assistance éducative, et au regard du cadre juridique général de l'admission des mineurs en service de soins psychiatriques, les objectifs poursuivis apparaissent assez clairement. Est ouverte au juge des enfants la possibilité de pallier une éventuelle carence des détenteurs de l'autorité parentale dans l'exercice de la prérogative qui leur est reconnue de manière quasi exclusive de demander l'hospitalisation de l'enfant. Ce pouvoir est exercé en collaboration étroite avec l'autorité médicale, dans l'intérêt exclusif de l'enfant.

Le placement en service psychiatrique dans l'ordonnance du 2 février 1945

L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante offre, comme en matière d'assistance éducative, la possibilité de retirer l'enfant de son milieu de vie habituelle. Compte tenu des considérations multiples (et à certains

égards contradictoires) qui animent la pratique de la procédure pénale, les objectifs d'une telle mesure sont toutefois beaucoup plus ambigus que dans la procédure d'assistance éducative. Si l'objectif de relèvement éducatif du mineur, et en ce sens sa protection, est évidemment central (l'éloigner d'un environnement favorisant ses comportements de délinquance ou n'y faisant pas suffisamment obstacle), les objectifs de garantie d'ordre public n'en sont de toute évidence pas absents, le placement étant d'ailleurs souvent prononcé comme une alternative à une éventuelle incarcération (éloigner du lieu de commission de l'infraction, du contact avec des co-auteurs...).

L'article 10 4° de l'Ordonnance, au titre des mesures pré-sentencielles, prévoit la possibilité de placer le mineur auprès d'un *établissement hospitalier*. Les articles 15 3° et 16 3°, au titre des mesures prononcées au moment du jugement, prévoient la possibilité de placement au sein d'un *établissement médical*.

Aucun de ces textes ne fait expressément référence à l'hypothèse spécifique d'un placement au sein d'un service de soins psychiatriques. Toutefois, sur ce point, leur rédaction n'a connu aucune modification substantielle par rapport à la rédaction initiale résultant de l'Ordonnance et de la loi du 2 juin 1951.

Le régime du placement en établissement sanitaire ou hospitalier dans le cadre pénal apparaît donc comme un grand oublié de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades. Pour autant, s'il peut sembler assez incohérent qu'une telle mesure prononcée dans le cadre d'une procédure pénale, assortie des ambiguïtés ci-dessus signalées, ne soit pas assortie de garanties au moins équivalentes à celles qui sont prévues dans le cadre civil, il apparaît assez incertain que le seul fait que ce régime n'ait été revu ni par la réforme de 2002, ni par celle du 5 juillet 2011 relative à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, entraîne sa caducité...

Le fait que des garanties particulières soient prévues par l'article 375-9 du Code civil est

évidemment sans conséquence directe sur l'applicabilité des dispositions de l'Ordonnance. Le fait que le Code de la santé publique (notamment l'article L.3211-10) ne fasse pas référence à cette possibilité n'apparaît pas non plus déterminant. Soutenir l'inverse aboutirait d'ailleurs à considérer comme caduques non seulement les dispositions de l'ordonnance du 2 février 1945 mais aussi celles de l'article 375-9 du Code civil, ce qui n'apparaît nullement être l'intention du législateur.

La doctrine, notamment le fascicule du *Jurisclasseur* relatif aux mesures susceptibles d'être prononcées au bénéfice ou à l'encontre des mineurs délinquants, retient d'ailleurs ce type de mesure comme possible, ce que semble confirmer la jurisprudence bien que le débat de principe ne semble pas avoir été expressément posé.

Le placement au sein d'un établissement de soins psychiatriques peut être prononcé à titre de mesure éducative pré-sentencielle. En revanche, il n'apparaît pas qu'il puisse constituer une obligation du contrôle judiciaire, l'article 10-2 2° de l'Ordonnance prévoyant que ne peuvent constituer une obligation d'un tel contrôle que les placements au sein d'établissements éducatifs de la PJJ ou habilités à cette fin.

Tel n'est pas en revanche le cas pour les obligations du sursis avec mise à l'épreuve ou les aménagements de peine, en application de l'article 20-10 de la même Ordonnance. Dans ce cas le texte renvoie aux modalités de placement de l'article 16, ce qui permet d'envisager que le respect d'un placement en établissement de soins puisse constituer une obligation pénalement sanctionnée.

Indépendamment des incohérences qui résultent de cet examen des textes, force est de constater que la possibilité particulière de soumettre le mineur à des soins psychiatriques dans des conditions très contraignantes n'est assortie d'aucune garantie particulière, notamment du point de vue de l'opportunité médicale, même s'il est évidemment loisible

aux juridictions d'appuyer leurs décisions sur divers avis de sachants en ce domaine.

**UNE ALLIANCE CONFUSE :
L'EXPÉRIENCE DES CEF RENFORCÉS EN
MOYENS DE SANTÉ MENTALE**

Une expérimentation peu encadrée

C'est dans ce contexte juridique peu sécurisant qu'a été expérimenté à compter de 2008 le *renforcement* des moyens de santé mentale de certains centres éducatifs fermés (CEF).

Les conditions de développement de ce programme peuvent être qualifiées d'assez peu transparentes. Jusqu'en 2012, on cherchera ainsi sans succès une note, une circulaire ou un cahier des charges publié par la PJJ y faisant référence.

Le dispositif apparaît cependant dans le rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines publié en annexe à la loi de programmation relative à l'exécution des peines du 27 mars 2012 (III-C).

L'élargissement du dispositif à 25 CEF supplémentaires est annoncé, ainsi que la création de 37,5 *équivalents temps plein travaillés* à cette fin et la multiplication de protocoles conclus entre la PJJ et les agences régionales de santé (ARS).

Le *référentiel* mis en ligne par la PJJ courant 2012 fait apparaître une unique note en date du 17 juillet 2012, sous la signature du directeur de la PJJ, qui permet d'avoir confirmation de l'existence de cette expérimentation qui concernait initialement sept établissements et qui a été étendue à six nouveaux établissements courant 2010. La poursuite du déploiement des moyens qui résultent de la loi du 27 mars 2012 est annoncée. Pour autant, aucun document de référence ne peut être trouvé à ce jour donnant des indications précises sur la nature des moyens mis en œuvre et le contenu des protocoles dont le développement est encouragé.

Sous réserve de la publication prochaine des divers rapports d'inspection en attente



CEF de Brignoles (Var),
grille d'entrée et bâtiment hébergeant les mineurs

concernant les CEF, qui apporteront peut-être des informations plus complètes à ce sujet, il est ainsi assez difficile de se faire une idée précise de ce que recouvre ce *dispositif*.

Il est toutefois possible de décrire succinctement les modalités retenues pour le CEF de Brignoles (Var), établissement de la PJJ se trouvant sur le ressort de la juridiction du rédacteur de ces lignes...

En l'espèce, l'intervention de l'ARS semble avoir été totalement marginale. Le renforcement des moyens de santé mentale de l'établissement s'est traduit par la conclusion d'une convention avec le centre hospitalier spécialisé de Pierrefeu-du-Var, et plus spécifiquement avec le service de psychiatrie légale de cet établissement. Il prend la forme d'une collaboration entre le CEF et ce service, par des consultations concernant l'ensemble des mineurs accueillis au CEF, par la participation d'un représentant aux réunions hebdomadaires de l'équipe éducative et par la mise en place d'un programme de formation répondant largement aux préconisations du rapport Alecian déjà cité.

Si la bonne volonté des acteurs ne peut être *a priori* soupçonnée, le fait que l'interlocuteur privilégié de l'établissement éducatif soit le service de psychiatrie légale (le même qui prend en charge les mesures de soins sous contrainte) alors même que le CHS de Pierrefeu-du-Var est, par ailleurs, gestionnaire d'un certain nombre d'établissements (CMP et établissement de soins à temps plein) dans le cadre de l'intersecteur de pédopsychiatrie concerné ne peut manquer d'interroger !

Au moins en apparence, le dispositif apparaît largement placé sous le sceau de la contrainte...

Des articulations délicates

Pour autant, lors de sa mise en place, les questions d'articulation entre le contexte de placement et les contraintes déontologiques et juridiques inhérentes à la pratique des soins psychiatriques, telles qu'elles ont été rappelées ci-dessus n'ont pas réellement été prises en compte.

Il aura fallu un épisode au cours duquel une mineure placée, originaire d'une région assez éloignée, a été admise illégalement (sans demande d'un détenteur de l'autorité parentale, sans décision judiciaire et sans décision administrative d'hospitalisation d'office) au sein du service de psychiatrie légale du centre hospitalier pour que ces contraintes soient plus sérieusement prises en compte et fassent l'objet d'un protocole, qui consiste pour l'essentiel en un rappel de la législation applicable.

Un tel incident révèle, à tout le moins, les conditions juridiquement fragiles dans lesquelles est développée cette expérimentation alors même que le contexte juridique et pratique d'exercice des placements en CEF aurait pu *a priori* justifier quelques précautions, y compris au vu d'un certain nombre d'observations quasi concomitantes du Défenseur des enfants (cf. son rapport annuel 2010) concernant les droits des mineurs placés.

Il convient, en effet, de rappeler que le placement en centre éducatif fermé s'inscrit dans un contexte de forte contrainte pénale, ce type de placement ne pouvant être prononcé, tant au stade pré-sentenciel qu'au stade post-sentenciel, que comme alternative à l'incarcération. Le non-respect du cadre de la mesure est toujours susceptible d'entraîner une incarcération. L'autonomie du consentement du mineur dans ce contexte apparaît de toute évidence très limitée.

À cette première circonstance s'ajoute le fait que, dans un nombre important de situations, les représentants légaux des mineurs placés sont assez largement démobilisés, voire absents. La situation est ici souvent encore aggravée par l'éloignement fréquent du lieu de placement par rapport au lieu de vie habituel du mineur. Autant dire que, sous réserve d'une bonne articulation avec un service de milieu ouvert proche du domicile familial, la collaboration entre le service éducatif et les représentants légaux du mineur est souvent assez lourde à mettre en œuvre. De tels facteurs viennent évidemment rendre particulièrement délicat l'échange autour des soins susceptibles d'être

prodigués aux mineurs, particulièrement s'il est attendu de l'intervention du service médical une certaine réactivité face à des situations de crise, objectif dont la loi du 27 mars 2012 ne fait pas mystère en faisant référence pour apprécier la pertinence du dispositif à la diminution du nombre des *incidents*.

Ainsi les conditions de placement direct par l'autorité judiciaire en service de psychiatrie dans le cadre pénal restent-elles assez peu *garantistes*. Dans ce contexte, l'articulation entre soins psychiatriques et prise en charge éducative sous contrainte dans le cadre du partenariat développé entre certains CEF et certains services de soins hospitaliers psychiatriques laisse largement en suspens nombre de questions délicates.

Parmi ces questions, on trouve :

- celle du contrôle de l'autorité judiciaire sur les conditions de prise en charge éventuelles, alors que c'est cette même autorité qui est à l'origine de la décision de placement ;
- celle du contrôle effectif

des détenteurs de l'autorité parentale sur les soins prodigués, non seulement en cas d'admission en service de psychiatrie mais aussi en cas de délivrance de traitements médicamenteux ;

- ou encore celle de l'articulation entre les soins prodigués dans ce cadre et une éventuelle obligation de soins à laquelle le mineur peut être pénalement soumis.

Il a ainsi paru nécessaire de rappeler qu'une telle obligation, si elle s'impose au mineur et peut justifier une sanction pénale, n'empêche aucune autorisation de soins contraints au sens de la législation sanitaire...

Dans le cas du CEF de Brignoles, la fragilité du cadre est encore illustrée par le fait même que, malgré l'importance de l'évolution que constitue un tel partenariat renforcé avec un service de psychiatrie, le projet d'établissement n'a toujours pas été mis à jour. De même, une question aussi importante que celle des conditions dans

lesquelles les intervenants hospitaliers participent au travail d'observation du mineur et alimentent les écrits transmis à l'autorité judiciaire mandante reste-t-elle encore largement en discussion.

Il ne s'agit pas ici de prétendre que la question des garanties procédurales concernant la mise en œuvre d'un tel dispositif résume les enjeux. Ainsi ne peut-on pas nier *a priori* l'intérêt d'un renforcement de la pluridisciplinarité dans la prise en charge éducative des jeunes en dérive délinquante. Force est néanmoins de constater que, d'un point de vue strictement opérationnel dans le cas pris en exemple, les effets de ce renforcement restent encore largement à démontrer au vu de la vie de l'établissement au cours des derniers mois s'agissant de la prévention des incidents violents.

On a par ailleurs déjà évoqué les limites ou les interrogations qui persistent concernant l'enrichissement du travail d'observation et de compréhension de la situation des mineurs confiés.

Dans la période récente, les conditions du placement de mineurs en service hospitalier psychiatrique (dans le cadre de mesures de protection en assistance éducative) ou les conditions de mise en œuvre de soins contraints (dans le cadre sanitaire) ont fait l'objet d'un renforcement notable des garanties procédurales.

Il reste donc étonnant et peu compréhensible que les conditions d'articulation des interventions éducatives et médicales dans le cadre spécifique de la prise en charge pénale des mineurs n'aient pas fait l'objet d'une attention similaire, compte tenu des enjeux qu'elle comporte en termes de libertés publiques. ● ● ● ●

**ACTES DU COLLOQUE
ORGANISÉ PAR LE SM.
LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS :
LA NOUVELLE DIAGONALE
DU FOU.**





PAROLES DES INSTITUTIONS

CGLPL : UNE INSTITUTION POUR VÉRIFIER L'EFFECTIVITÉ DES DROITS

Liberté d'aller et de venir, droit de se défendre, dignité des personnes...

Par Jean-Marie Delarue,
Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL)

Sans doute ce qu'on appelle désormais l'admission aux soins psychiatriques sans consentement, dans sa partie qui implique une hospitalisation complète, peut-elle se résumer à la question suivante : comment amener aux soins une personne présentant ce double caractère d'une altération du consentement et d'être dangereuse pour elle-même ou pour autrui ?

Mais faut-il pour autant penser qu'une telle opération est simple ? Est-il simple de dire d'une personne qu'elle ne peut plus consentir ? Est-il simple de définir la dangerosité psychiatrique, même si l'on s'y essaye depuis le XIX^e siècle ? Est-il simple, enfin, de désigner celui qui doit prendre la décision, dès lors que ce n'est pas le malade ?

On le voit d'emblée, ce qu'on baptisait naguère l'hospitalisation sans consentement est une opération très délicate où s'entremêlent le respect de la personne, la nécessité et la définition du soin, la préservation de l'ordre public, l'angoisse des familles et de l'entourage, la crainte de la société.



Cet entremêlement s'inscrit, comme toutes ces questions, dans un contexte social dans lequel :

- la *folie* fait peur ; ses manifestations, parfois spectaculaires, peuvent être perçues comme le témoignage d'une souffrance (comme un cri de douleur) mais surtout comme une sorte de déraison qui nous sépare radicalement de celui qui en est l'origine ;
- pendant longtemps, notamment de ce fait, on a pensé que la maladie mentale ne rendait pas conscient de la privation de liberté ou, mieux, que ces deux concepts appartenaient à des univers distincts ; un discours existe qui soutient que l'hospitalisation, loin d'être une privation de liberté, est une *libération*, en ce qu'elle délie les liens qui attachent le patient à sa maladie ;
- depuis une soixantaine d'années, une révolution thérapeutique s'est produite qui a permis la diminution du nombre de lits psychiatriques ; depuis moins longtemps, le cadre matériel de ces lits s'est sensiblement amélioré ; mais, aujourd'hui et demain, la psychiatrie publique est en mal de praticiens, en raison d'une démographie problématique ;
- enfin, la maladie mentale reste souvent un désastre personnel, en ce qu'elle est, quoi qu'il advienne, un grand facteur de marginalisation de la vie sociale.

Le *fil rouge* que je vais prendre ici est celui non des droits de la personne, évidemment bien connus, mais celui de l'effectivité de ces droits. C'est là le fil rouge du Contrôle général des lieux de privation de liberté et des personnes fragiles en souffrance.

Ces droits, ce sont en particulier le droit à la vie, dont on déduit le droit à la santé ; le droit à la liberté d'aller et de venir, le droit à la sûreté et l'absence de détention arbitraire ; le droit au recours effectif ; enfin le droit qui les résume un peu tous, celui de la dignité de la personne.

L'effectivité du droit de se défendre

On s'est contenté pendant longtemps de laisser exister la possibilité d'un recours contre la décision d'hospitalisation sans consentement, sans vraiment s'interroger sur la capacité d'un malade de le faire (c'est le cas général de notre droit processuel, semble-t-il).

Quoi qu'il en soit, cette possibilité suppose pratiquement une information d'autant plus délicate à dessiner qu'elle est abstraite et même complexe dès lors que, jusqu'à présent, la compétence était partagée entre les deux ordres de juridiction (au tribunal administratif la régularité de l'arrêté préfectoral de décision de placement ; au juge judiciaire le fond de la mesure).

Plus précisément encore, informer une personne, c'est :

- lui donner des indications précises (un délai, une adresse...) ;

- lui offrir la possibilité de contacter un avocat ;
- lui permettre l'accès à des moyens matériels (téléphone, papier, crayon...).

Les visites du Contrôle général des lieux de privation de liberté montrent qu'on est loin du compte sur tous ces plans. De surcroît, on le sait, l'entrée à l'hôpital coïncide souvent avec une phase difficile (décompensation) et surtout avec la volonté des praticiens de mettre la personne en phase d'observation qui implique notamment l'absence de tout contact avec l'extérieur (éventuellement même en chambre d'isolement). La conciliation de ce double objet (recours d'un côté, observation à visée thérapeutique de l'autre) est donc malaisée à opérer.

REPÈRES

Jean-Marie Delarue a fait des études d'histoire et de sociologie, notamment à l'École normale supérieure de Fontenay-Saint-Cloud, à l'École pratique des hautes études et à l'université de Paris VIII.

Il a d'abord exercé comme professeur agrégé d'histoire avant d'intégrer l'ENA en 1976.

Auditeur au Conseil d'État en 1979, il est nommé en 2007 président-adjoint de la section du contentieux.

Il a exercé diverses fonctions et missions au sein de nombreux ministères (affaires sociales, transports, travail, équipement, intérieur...), y compris aux cabinets des ministres Jacques Delors et Michel Delebarre.

Il a été aussi :

- chef de service des affaires sociales du Commissariat général du Plan (1985) ;
- Délégué interministériel à la ville et au développement social urbain (1991-1994) ;
- rapporteur général de la Commission nationale de contrôle de la campagne pour l'élection présidentielle (2002) ;
- président de la Commission de suivi de la détention provisoire (2002-2008).

Depuis le 13 juin 2008, il est le premier Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Il est nommé pour six ans sans que son mandat ne puisse être révoqué ni renouvelé.

Le site du Contrôle général des lieux de privation de liberté : CGLPL

On ne doit pas s'étonner, dans ces conditions, que les décisions d'hospitalisation sans consentement aient été jusqu'alors contestées par moins de 1 % des malades (sur près de 80 000 mesures prises par an).

C'est, on en conviendra, assez peu pour une mesure de privation de liberté même si d'autres procédures existent, de nature administrative : en particulier, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP, devenue aujourd'hui CDSP).

Les décisions (rendues sur QPC) du Conseil constitutionnel ont remis en cause ce dispositif.

L'essentiel consiste en ceci : désormais, indépendamment de la volonté ou de la possibilité du malade et de ceux qui le soignent, un juge intervient pour se prononcer sur la poursuite de l'hospitalisation moins de quinze jours après qu'elle ait été ordonnée.

Cette évolution, qu'a traduite la loi du 5 juillet 2011, est irréversible, pour les motifs mêmes qu'a indiqués le Conseil constitutionnel.

Elle est évidemment très bienvenue. Le CGLPL en avait d'ailleurs, comme d'autres, demandé l'instauration (1). On ne peut pour autant se dérober à la question de l'effectivité du nouveau dispositif.

Trois obstacles possibles doivent être mentionnés.

D'abord, les difficultés tenant à l'information de chaque patient et son accès à un avocat peuvent être atténuées. Elles n'ont pas disparu pour autant. L'automatisme de l'intervention du juge ne saurait d'ailleurs priver le malade de son droit autonome à saisir, *proprio motu*, sans attendre, le juge des libertés et de la détention.

Ensuite, les certificats, prévus par la loi du 5 juillet 2011, par lesquels les psychiatres peuvent, en raison de l'état de santé des patients, les dispenser de comparaître devant le juge. Sans vouloir aucunement généraliser, il faut bien

constater que, dans quelques établissements, ces certificats ont été établis de manière systématique pour tous les patients, en forme de réaction d'hostilité aux dispositions prévoyant précisément le rôle du juge.

Enfin, les conditions matérielles de la comparution peuvent en altérer le sens et la portée. La vulnérabilité du malade, qui a non seulement peu de chances d'entrer dans l'intelligence de l'audience du juge mais qui en a même beaucoup de se méprendre sur le pourquoi de la comparution devant le juge (*Qu'est-ce que j'ai bien pu commettre pour comparaître ?*) exige des précautions, notamment celle de ne pas sortir indûment le patient du milieu hospitalier. C'est pourquoi, notamment, le Contrôle général a préconisé l'installation de salles d'audience (rigoureusement conçues) dans les établissements hospitaliers, dans lesquelles, sauf cas de force majeure, les audiences devraient se tenir.

À l'encontre de cette dernière idée, et à l'appui de celle selon laquelle les audiences doivent se tenir dans l'enceinte des tribunaux, un certain nombre d'arguments sont avancés. Aucun n'est négligeable.

Les magistrats n'ont ni le temps ni les moyens matériels de se rendre dans les établissements hospitaliers. Il y a beaucoup de vrai dans cette affirmation. Voici venu le temps de l'État pauvre dans lequel chacun, légitimement, peut lancer à la tête de l'autre de telles misères, comme des combattants agonisants échangeraient de vains projectiles. Mais, dans cette pauvreté partagée, s'il y a un critère qui doit être pris en considération pour servir de boussole aux décisions, c'est bien celui des droits fondamentaux.

Le tribunal est le lieu nécessaire à la neutralité des débats. Cette indication est incontestable mais, dans le rôle que joue ici le juge, il n'est point de litige, point de parties défendant des thèses opposées. Il s'agit de vérifier si les conditions d'une obligation d'hospitalisation complète

(1) Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office (*Journal officiel* du 20 mars 2011) : [ICI](#)

sont remplies. Aucun soignant n'est, en la circonstance, *adversaire* du malade, bien au contraire.

Entre l'audience au tribunal et celle tenue à l'hôpital existe un intermédiaire, la visioconférence. Mais ce moyen ne peut être une branche des choix possibles. De manière générale, le Contrôle général a fait connaître ses réserves, motivées par la nécessaire sauvegarde des droits de la défense, dans un avis du 14 octobre 2011 (2). Ces réserves valent de plus fort s'agissant des personnes particulièrement vulnérables que sont les malades mentaux.

Voilà pourquoi le Contrôle général a fait le choix d'audiences à l'hôpital.

L'effectivité du droit d'aller et de venir

On ne peut manquer d'être attentif à l'évolution sinon du nombre de malades dont le programme de soins implique une hospitalisation complète (qu'il est difficile de mesurer) mais du nombre de mesures prises chaque année. Il progresse rapidement.

De 2006 à 2010, le nombre de patients est passé :

- pour ceux en ASPDT (admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers), de 44 000 à 64 000 ;
- pour ceux en ASPDRE (admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État), de 10 500 à 15 500.

Ces données ne renvoient pas à la prévalence des affections mentales. Celle-ci n'a guère de motifs d'évoluer.

Elles témoignent, en revanche, de la perception qui est faite des maladies, d'une part, et du fonctionnement d'un dispositif d'accueil fonctionnant à flux tendu, d'autre part ; l'admission administrée constituant, plus que

l'hospitalisation libre, un moyen assuré de disposer d'un lit.

À qui appartient la décision de l'enfermement et de son corollaire, la mainlevée ?

La question de l'appréciation par le préfet des données qui lui sont soumises ne peut que se poser. Il lui appartient en effet de concilier les droits du malade (dont celui de la liberté d'aller et de venir) et les nécessités de la préservation de l'ordre public. Il engage naturellement sa responsabilité davantage sur le second terrain que sur le premier.

D'autant plus qu'il peut recevoir des instructions en ce sens (circulaire de janvier 2010, annulée ultérieurement par le juge administratif).

Dans l'avis précité de mars 2011 du Contrôle général était relevée la circonstance que le préfet, saisi d'une mainlevée par un psychiatre d'une mesure d'hospitalisation d'office, se déterminait après enquête de voisinage portant sur des faits nécessairement antérieurs à l'hospitalisation et décidait ainsi, comme si les soins dispensés dans l'intervalle n'avaient pas d'existence.

Ce mélange des genres trouve aussi son expression institutionnelle dans l'existence de l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (3).

La loi du 5 juillet 2011 a donc voulu encadrer soigneusement les décisions d'hospitalisation sans consentement.

Aussi multiplie-t-elle les certificats même si elle opère une distinction entre :

- ceux qui sont frappés d'une *malédiction*, c'est-à-dire qui ont fait l'objet d'une décision les déclarant irresponsables pénalement et ceux qui ont séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) (il y a recoupement

(2) Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard des personnes privées de liberté (*Journal officiel* du 9 novembre 2011) : [ICI](#)

(3) Recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011 relatives à l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (*Journal officiel* du 20 mars 2011) : [ICI](#)

entre les deux catégories) ; un collège particulier statue sur leur sort mais le Conseil constitutionnel a remis en question ces dispositions (4) ;

- ceux relevant de situations de droit commun.

Cette multiplication des certificats survient à un moment où, pendant plusieurs années (cf. chapitre 1^{er} du rapport du Contrôle général pour 2011), le nombre de psychiatres, en particulier de psychiatres publics, va être plus bas que jamais. Elle met en difficulté un certain nombre d'établissements hospitaliers.

On doit cependant dire, quelles que soient ces difficultés, qu'il ne peut y avoir d'avis rendu sans examen de la personne malade et sans dialogue avec elle : on doit récuser à cet égard tout certificat établi hors de cette condition.

Cette multiplication des certificats génère ce qui est volontiers dénoncé comme une *bureaucratie*. Dans un hôpital visité par le Contrôle général postérieurement à la loi, il a été comptabilisé 2 300 documents établis pour 520 mesures d'hospitalisation. Sans doute une simplification

est-elle souhaitable, mais il importe évidemment de trouver la conciliation avec les garanties nécessaires à la privation de liberté.

Enfin, dans cette question de la liberté d'aller et de venir, il faut faire une particulière mention des personnes détenues, placées en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (régime dit de l'article D.398 du Code de procédure pénale, en réalité de l'article L.3214-3 du Code de la santé publique).* La simplicité d'exécution de ce régime et les conditions dans lesquelles il se déroule ne manquent pas de poser question. L'entrée en service d'un certain nombre d'hôpitaux dédiés aux soins psychiatriques des personnes détenues, les unités hospitalières sécurisées spécialement aménagées (UHSA), modifie la donne sans la bouleverser dans beaucoup d'établissements pénitentiaires.

L'effectivité de la dignité des personnes

Le cadre ne se trouve pas dans la loi mais dans les principes de la Convention européenne

(4) Conseil constitutionnel, QPC n°2012-235 du 20 avril 2012 : [ICI](#)

* Code de la santé publique, article L.3214-3 :

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L.3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L.3213-1.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L.3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre mentionné à l'article L.3212-11.

Code de procédure pénale, article D.398 :

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui trouvent ainsi tout leur intérêt.

De manière très générale, il existe dans les établissements visités par le Contrôle général un climat apaisé et orienté par la volonté de faire évoluer le patient vers un état meilleur à la sortie qu'à l'entrée. Sur ce point, les hôpitaux rompent de manière décisive avec d'autres lieux privés de liberté. Hommage doit en être rendu aux praticiens, aux soignants et aux personnels de toutes catégories.

On ne doit pas pourtant manquer de relever, dans beaucoup d'établissements, un certain nombre de difficultés.

Dans beaucoup d'établissements règne un ennui profond. Sans doute, lors de l'évolution qui a conduit à diminuer sensiblement les durées moyennes de séjour, a-t-on pensé qu'il était inutile de procurer des activités à des personnes hospitalisées pour des durées

modestes, autres que celles strictement nécessitées par des fins thérapeutiques. Cette perception est insuffisante.

La communication des familles avec leurs proches hospitalisés ou avec les responsables des soins reste souvent insuffisante.

Comme souvent dans ces lieux, la privation de liberté s'accompagne souvent d'une infantilisation des personnes (voir le nombre de ceux auxquels on s'adresse à la troisième personne : *il ne veut pas manger aujourd'hui?*) que traduisent diverses techniques appliquées avec plus ou moins de discernement : port du pyjama, contention chimique, recours à l'isolement...

Le droit à l'intimité, à la confidentialité (à concilier avec les impératifs thérapeutiques et de sécurité) est parfois mis à mal : caméras de vidéosurveillance, absence de lieu fermant à clé, téléphones sans cabine...

Enfin, la question des droits du malade mental reste

étrangement mal définie.

Plus précisément, celle de savoir si les droits nés de la loi dite *Kouchner* du 2 mars 2002 s'appliquent intégralement aux patients en souffrance mentale est réglée empiriquement et négativement par la plupart des établissements d'accueil. Ainsi, le droit à la désignation d'une personne de confiance par le malade n'est-il que très peu ouvert ; ou celui de l'information du malade sur les soins qui lui sont donnés, également aléatoire.

On ne manquera pas de faire observer que, au moins lors de l'hospitalisation, le malade (par construction) ne dispose pas de son consentement. Mais, d'une part, la loi ne différencie pas entre les malades mentaux et les autres. D'autre part, en fait, on peut penser qu'à un moment ou à un autre du parcours de soins, la personne réacquiert tout ou partie de sa faculté à consentir.

Ces problèmes restent aujourd'hui gouvernés par la bonne volonté des uns et des autres...

La loi du 5 juillet 2011 doit faire l'objet avant le 1^{er} octobre 2013, échéance fixée par le Conseil constitutionnel, au minimum de deux retouches. Une réflexion doit donc s'engager, que l'Assemblée nationale issue des élections de 2007 avait d'ores et déjà entreprise à la fin de la législature.

Faut-il en profiter pour échafauder la grande loi psychiatrique que certains professionnels appellent de leurs vœux ? Encore faudrait-il être sûr que des consensus peuvent aboutir sur quelques éléments essentiels...

Mais, quel que soit le cas de figure, la question de l'application effective d'un certain nombre de droits fondamentaux mériterait d'être posée et résolue

Le Contrôle général continuera d'y veiller.

• • • •



Tony Robert-Fleury, *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795* (19^e siècle)



MALADIE MENTALE ET DROITS DE L'HOMME

Par Nicole Questiaux,
au nom de la Commission nationale consultative
des droits de l'homme (CNCDH)

La CNCDH vous remercie de lui avoir donné l'occasion de s'exprimer sur un sujet aussi difficile que la maladie mentale. En effet, nous ne pouvons prétendre en être des spécialistes et c'est bien la portée de notre témoignage. Notre regard est celui du non-spécialiste, plus précisément de la société civile largement représentée au sein de la Commission.

Notre apport au dossier, toujours en chantier malgré les prises de position récentes du législateur, porte sur trois points :

- nos travaux menés dans divers domaines depuis quelques années nous ont conduit, dans la France d'aujourd'hui, à lier maladie mentale et droits de l'homme et à déceler, dans le sort fait à ces malades, un risque de violation de leurs droits ;
- lorsque le Conseil constitutionnel a rendu obligatoire un meilleur contrôle, par le juge des libertés et de la détention, de l'hospitalisation sans consentement, nous avons, pour la première fois, décidé de suivre les premiers pas d'une mesure renforçant les droits pour juger de son effectivité ;
- nous souhaitons mettre à profit la mise en lumière de ces problèmes pour affirmer qu'il est nécessaire d'aller plus loin et pour nous adresser, à cet effet, à la profession médicale, au gouvernement comme auteur des règles et responsable de leur administration et au public dans son ensemble.

Sur le premier point, la situation des malades mentaux s'est, en quelque sorte, imposée à nous. Cela faisait plusieurs années que nous parlions des prisons, que nous avons approfondi notre analyse des violations des droits résultant des situations d'extrême pauvreté, que nous évoquions les droits des malades ou des handicapés ; chaque fois, la part des malades mentaux dans les difficultés évoquées surgissait et le sujet, faute d'analyse suffisante, était renvoyé à un supplément d'étude. C'est pourquoi les esprits étaient un peu préparés lorsque, il y a quelques années et sous le gouvernement précédent, plusieurs facteurs semblèrent cibler les malades mentaux.

Nous arrivions dans un temps où la préoccupation de l'insécurité devenait un phénomène politique. Le concept de dangerosité, qu'elle soit attribuée à la délinquance ou à n'importe quel trouble à l'ordre public, devint une référence. Le gouvernement d'alors afficha l'intention de protéger tout un chacun contre les dangers symbolisés par tout drame individuel et nourrit d'autant l'inquiétude latente.

La confusion entre les actes de délinquance et les manifestations irresponsables d'une crise mentale était à son comble.

Un nombre anormalement élevé de malades mentaux dans la population pénale

Mais des évolutions plus profondes devaient être constatées. Ainsi dénombrait-on un nombre anormalement élevé de malades mentaux dans la population pénale. Ce constat était d'autant plus inquiétant que, depuis 1994, le législateur avait clairement disposé que les détenus devaient avoir normalement accès aux soins et être traités comme des malades par les services de santé. Il semblait que ceci ne trouvait pas à s'appliquer à la maladie mentale et des controverses opposaient les services de santé ayant la volonté de desservir les prisons et une administration pénitentiaire favorable à la création d'unités spéciales pour malades difficiles en prison, le tout sur un arrière-plan de compétition pour les moyens indispensables.

Parallèlement, le système de santé mentale se trouvait sous les feux de critiques contradictoires. Il semblait qu'en France l'on s'orientait vers un usage croissant de l'hospitalisation, ceci dans un pays qui s'était enorgueilli du développement sur le terrain d'une psychiatrie de secteur. De fait, le recours à l'hospitalisation sans consentement était plus fréquent que dans bien des pays comparables. Surtout devait-on s'étonner que ce recours soit pratiqué d'une façon visiblement différente sur le territoire. Ici encore, la controverse se nourrissait de rivalités pour le financement.

Dans ce contexte, un drame dû à la crise de violence d'un malade pouvait suffire à infléchir les politiques. Il fut décidé de réformer, en espérant y trouver une atténuation du sort des victimes de tels faits, le régime de

l'irresponsabilité pénale ; l'idée était que le responsable passe bien devant la justice et soit, ou bien déclaré irresponsable, ou bien voit sa responsabilité reconnue dans des conditions atténuées, entraînant pour lui des conséquences sur sa liberté d'action.

Dans cette situation quelque peu confuse, le gouvernement décida d'inclure les services psychiatriques dans son programme de réforme. Il y avait des problèmes concernant l'hospitalisation sur demande d'un tiers car on ne trouvait plus de tierces personnes voulant prendre des responsabilités en demandant qu'une personne soit internée. Et une partie des acteurs voulait étendre le régime des mesures prises pour le bien du patient sans son consentement en dehors des murs de l'hôpital, tandis que d'autres voyaient là une piste pour encadrer davantage toute sortie d'essai. Le débat était ouvert devant la profession quand le gouvernement s'avisait maladroitement de rattacher le projet à un projet de loi sur la sécurité, créant un amalgame évident entre délinquance et maladie mentale. Devant le tollé, les articles en cause furent retirés.

REPÈRES

Nicole Questiaux est une ancienne élève de l'ENA (promotion Albert Thomas 1953-1955).

Elle a fait carrière au Conseil d'État où elle fut la première femme nommée commissaire du gouvernement.

Elle a été ministre de la Solidarité nationale de mai 1981 à juin 1982.

Elle a présidé quelques années, à partir de 1984, la Commission nationale consultative des droits de l'homme, dont elle est toujours membre aujourd'hui.

Elle a co-écrit, avec Jacques Fournier, un ouvrage de référence, longtemps réédité, le *Traité du social : situations, luttes politiques, institutions* (éditions Dalloz).



Le site
de la [CNCDH](#)

Le miracle juridique que constitua la question prioritaire de constitutionnalité

Ces points firent l'objet en leur temps d'un avis très critique de la CNC DH. Mais celle-ci pensait alors que la *judiciarisation* du système ne pouvait être préconisée, faute de moyens suffisants dévolus pour une extension aussi importante de la mission du judiciaire. Les choses auraient pu en rester là mais c'est alors que la situation se renversa, de la façon la plus inattendue et évidemment sans que le gouvernement ne l'ait voulu, par cette formule nouvelle de miracle juridique que constitue la question prioritaire de constitutionnalité. Voilà soudain qu'un requérant s'avisait de demander si l'hospitalisation d'un malade sans son consentement ne posait pas une question touchant à la liberté individuelle. Et si, dans ce cas, il n'appartenait pas à l'autorité judiciaire, gardienne de cette liberté au sens de l'article 66 de la Constitution, d'autoriser l'internement.

Dans le courant des années 2010 et 2011, la question avait été posée dans le cadre d'un projet de loi aménageant les conditions de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement, qui reprenait des dispositions dont l'adoption avait échoué quelques années auparavant et dont l'inspiration sécuritaire demeurait. Ce projet de loi prévoyait notamment de faire entrer en vigueur un régime de soins sans consentement dont on ne comprenait ni les contours, ni surtout les garanties qu'il mettait en œuvre ; il aménageait, en outre, un parcours d'une sévérité renforcée à l'hôpital pour les malheureux qui seraient entrés dans le système par une décision de justice ou qui auraient dû séjourner dans les services pour malades difficiles.

Vous connaissez les réponses apportées à la question prioritaire de constitutionnalité. L'hospitalisation sans consentement doit être réservée aux cas où cette mesure est nécessaire et proportionnée. La décision d'y recourir doit donc être placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, dont il n'est pas suffisant de dire comme auparavant qu'elle peut être saisie dans certaines circonstances par le patient. Si

le Conseil constitutionnel ne va pas jusqu'à dire que la décision initiale doit être prise par le juge des libertés et de la détention, elle doit, dans le délai impératif de quinze jours, être systématiquement contrôlée par celui-ci. C'est donc une innovation considérable, à la fois par cette extension en dehors du domaine pénal de la mission du juge des libertés et de la détention et par ce contrôle systématique qui lui fait partager la responsabilité directe de toutes les décisions d'internement.

Malgré la question des moyens, malgré le caractère extensif de la responsabilité conférée au juge, malgré le caractère médical de la situation qu'il doit examiner, les décisions du Conseil constitutionnel lient le gouvernement et le Parlement a entériné la mesure par la loi du 5 juillet 2011.

Tout le monde a dû s'adapter et la situation des malades mentaux est devenue une priorité et un sujet de choix pour les juristes. Le résultat est que, de façon inhabituelle, le Parlement s'est organisé pour suivre les conditions de mise en œuvre de la loi et a d'ailleurs rendu public un rapport très circonstancié. La CNC DH, de son côté, et je souhaite vous en parler, a décidé pour la première fois de préparer un avis sur le suivi de cette réforme et s'est organisée en conséquence. L'avis a été adopté le 22 mars 2012*.

Nous qui représentons, en quelque sorte, la société civile avons donc pendant un an observé la réaction des acteurs responsables dans ce domaine très difficile, ce qui a eu pour double conséquence de nous conduire à continuer à nous intéresser aux malades mentaux et à nous fournir des éléments de témoignage que vous trouverez dans notre avis.

* Avis de la CNC DH du 22 mars 2012 :

[Résumé](#)

[Avis intégral](#)

L'exploit de l'autorité judiciaire et des services psychiatriques, à l'été 2011, pour rendre possible l'application de la loi à la date prévue

Rétrospectivement, ce fut une forme d'exploit que l'autorité judiciaire d'une part, les services psychiatriques d'autre part, aient su à ce point se mobiliser au cours de l'été 2011 pour rendre possible l'application de la loi à la date prévue. Il en a bien été ainsi, peut-être pas uniformément sur le territoire, sans nouveaux moyens suffisants pour garantir l'avenir. Ce résultat doit être mis au crédit des juges et des médecins pris individuellement. Le juge des libertés a salué l'opportunité qui lui était donnée d'œuvrer hors du domaine purement répressif. Il apparaissait devant la société en pleine lumière comme défenseur des libertés. Et médecins et soignants, invités à justifier publiquement les conséquences de leur diagnostic, ont été conduits à améliorer leurs explications, découvrant par là qu'ils partageaient la charge de leurs lourdes responsabilités.

Des deux côtés, il s'est trouvé suffisamment de responsables résolus à faire fonctionner la réforme. Quels étaient les enjeux ?

S'il y a lieu à contrôle du juge, son cadre est le tribunal. Il était donc très important de savoir où le patient, quinze jours après son hospitalisation, devait se présenter pour que son cas soit examiné. Le législateur avait esquivé les questions de principe en admettant aussi bien que l'audience ait lieu au tribunal, à l'hôpital ou par visioconférence. Vous savez que l'autorité judiciaire, pour de très bonnes raisons, tient à son cadre ; sur la période examinée, environ trois quarts des cas furent traités dans l'enceinte du tribunal.

Mais des juges des libertés et de la détention très concernés par la réforme ont montré qu'elle pouvait s'appliquer autrement. Il était, en effet, difficile dans bien des cas de déplacer le malade et de le conduire dans les locaux accueillant la population pénale sans le traumatiser, à un moment où il se trouvait en état de faiblesse. Assez naturellement, ceci conduisait

les médecins à le juger comme n'étant pas en état de comparaître. Le contrôle du juge devenait formel. Il en allait autrement lorsque les hôpitaux aménageaient une salle d'audience, dûment ouverte au public comme il se doit, où l'équipe soignante pouvait conduire le patient vers un juge qui n'apparaissait plus comme le symbole d'une société coercitive. Les participants à ces audiences ont constaté que, dans bien des cas, un patient apparemment incapable de communiquer trouvait quelque chose à dire à son juge.

Les règles de publicité des audiences et de motivation des décisions ont bien dû trouver à s'appliquer...

Comme il s'agissait maintenant d'une décision de justice, les règles de publicité des audiences et de motivation des décisions ont bien dû trouver à s'appliquer. Ceci ne fut pas sans provoquer l'inquiétude des médecins. Ce n'était pas facile mais les voies acceptables pour tous ont été trouvées à l'usage.

Les vraies difficultés touchaient au fond. Il fut assez rare que le juge soit en désaccord avec la prescription médicale et son rôle revenait à mieux la faire comprendre. Mais, quand il en était autrement, les difficultés étaient grandes et les deux protagonistes ont eu beaucoup à apprendre sur le point de vue de l'autre. Par exemple, un juge est tenu à l'application des procédures et si un certificat manque ou si un délai est dépassé, il n'a pas de marge de manœuvre et le patient sort de l'établissement. Au début, l'émotion du corps des soignants fut grande.

Mais, très vite, au lieu de menacer de catastrophes, les établissements se mirent en mesure de respecter des formalités dont ils avaient jusqu'alors sous-estimé le sens de garanties. Tout le monde y a mis du sien et ceci devrait conduire le futur législateur à ne pas ajouter sur le papier, en cas de doute, une formalité de plus mais à se concentrer, s'agissant des formes, sur l'essentiel. Il sera à

l'avenir utile de comprendre que les soignants à l'hôpital ont assez à faire dans les quinze premiers jours du séjour d'un patient pour que l'on simplifie la partie technique de leurs rapports avec le juge.

Mais ceci ne réglera pas l'essentiel, qui est l'appréciation du caractère nécessaire de la privation de liberté. Il s'agit en fait de définir les contours d'une liberté, celle d'aller et venir, lorsque la personne a perdu son discernement. Il y a vraiment une théorie à établir. Paradoxalement, cette recherche peut être envisagée avec un certain optimisme.

Le premier pas est que les autorités qui envisagent de passer outre au consentement doivent s'expliquer plus clairement. C'est particulièrement utile lorsque les autorités doivent en dire davantage sur le motif de trouble à l'ordre public qui peut être invoqué. Dorénavant, il ne suffira pas d'en faire mention et d'ailleurs, fort heureusement, le Conseil constitutionnel a censuré la disposition législative qui permettait de s'en tenir à la notoriété du comportement signalé. Il faut dire plus précisément au juge en quoi le trouble consiste.

Une réforme validée à condition que les moyens suivent...

Ces premiers mois semblent bien valider la réforme. À condition que les moyens suivent... Par exemple, certaines expériences satisfaisantes ont eu pour clé le fait que l'hôpital, un peu moins démuni que la justice, prête sa voiture pour que le juge fasse le tour des salles d'audience installées dans les hôpitaux de son ressort...

Si l'on devait résumer la situation, le juge entrant dans le domaine de la maladie mentale représente le regard de la société sur cette maladie. C'est pour cela qu'il est impératif qu'il persévère et que s'élabore de façon pluridisciplinaire, peut-être sous l'impulsion d'une forme de comité d'éthique, un consensus sur ce que signifie, dans le contexte scientifique et urbain actuel, cette forme de limitation des libertés.

C'est d'autant plus indispensable que, médicalement, durant son traitement, le patient entre et sort ; que la loi a prévu, sans régler en quoi que ce soit les garanties nécessaires, que les soins peuvent être imposés hors des murs et que la décision du Conseil constitutionnel qui entend vider le texte de son venin en semblant considérer que cette formule n'est que le développement anodin d'une hospitalisation d'office, elle-même entourée de garanties, ne satisfera ni les défenseurs des droits de l'homme, ni le corps médical soucieux de voir valider de nouvelles formes de traitement.

Il n'est pas possible d'en dire davantage à ce stade d'une évaluation qui doit se poursuivre. Mais il faut bien dire aux juges que vous êtes que nous ne devons plus dorénavant laisser les malades mentaux en dehors de nos préoccupations de justice et de liberté. Malades, ils sont plus que jamais citoyens.

Des malades mentaux plus que jamais citoyens

Mon dernier point, en effet, est que nous sommes encore loin du compte. La discrimination dont souffrent ces malades est une réalité.

Le contrôle du juge, dont on verra sans doute un jour s'il ne devrait pas intervenir dès la décision initiale (si un changement de circonstances fait évoluer la jurisprudence) n'est qu'une petite partie du problème. Mais l'intérêt qu'il a suscité dans les milieux qui suivent cette question incite à formuler plusieurs messages.

L'un s'adresse, en premier lieu, à la profession médicale. Nous sommes conscients des difficultés de cette discipline, sur le plan même de l'analyse scientifique. Elle connaît, comme d'autres, des difficultés de recrutement. Elle connaît le poids des controverses, de la compétition pour les moyens nécessaires et de la *judiciarisation* des relations sociales qui pèsent sur tout responsable de tâches difficiles.

Il n'y a pas assez de professionnels sur le terrain et pas assez d'experts. Mais il n'est pas possible de monter des réformes exigeant à



Plénière au siège de la CNCDH (Nicole Questiaux de dos, en rouge)

chaque ligne un certificat d'expert sans se doter d'un réseau d'expertise respecté de tous. Et, malgré toutes les interrogations, la profession doit tenir un discours d'explication à l'intention de l'opinion publique, dire ce qu'est un diagnostic et ce qu'est un traitement. Il ne suffit pas, devant les drames, de dire que le *risque zéro* n'existe pas ; il faut s'élever efficacement contre les constantes tentatives d'amalgame entre maladie et criminalité.

S'élever contre les tentatives d'amalgame entre maladie et criminalité

À un autre niveau, le message s'adresse aux faiseurs de lois

et de règles. Ils ne doivent intervenir qu'autant qu'ils ont bien maîtrisé les problèmes. Ce n'est pas le cas s'agissant des soins sans consentement, nous l'avons dit. Si c'est une évolution nécessaire, quelles en sont les véritables modalités et les conséquences ? Qu'est-il exigé de l'intéressé ou de ses proches s'il en a ? Qu'en est-il de son domicile, de sa vie privée ou de celle d'autrui ? Qui a qualité d'intervenant, dont les pouvoirs sont à décrire ? Qu'en est-il du non-respect du traitement ou des règles de vie en faisant partie ? Et pourquoi le juge n'intervient-il pas alors que les enjeux sont voisins ?

Par ailleurs, le sort et donc le traitement d'un malade sont

beaucoup trop dépendants de la manière dont son cas est décelé. S'il tarde à l'être faute de moyens dans la vie de tous les jours, il y a fort à penser que le malade passera par la case prison, surtout que le flagrant délit est très mal adapté au diagnostic de la maladie mentale. Il se dessinera pour lui des parcours de soins fort différents selon les hasards de l'incident d'origine. Ainsi le législateur de 2011, fort heureusement censuré sur ce point par le Conseil constitutionnel, avait-il cru imaginer que les conditions de sortie d'essai d'un malade, condition nécessaire de son traitement, devenaient plus restrictives s'il avait dû passer devant un juge qui aurait reconnu son irresponsabilité

pénale ou s'il avait été placé un temps en unité pour malades difficiles. Le Conseil constitutionnel admet au moins que ce régime spécial doit faire l'objet de garanties, qui n'ont pas été prévues. Une fois de plus, le concept de dangerosité vient créer la confusion.

Une autre cause de souci tient aux flottements sur les conditions de l'irresponsabilité pénale. On sait que nous vivons aujourd'hui sous le régime d'une distinction sophistiquée : l'irresponsabilité pénale classique, qui subsiste

et concerne régulièrement sans évoluer quelques cas par an, et la responsabilité atténuée qui doit conduire à une forme de reconnaissance de ce que la personne incriminée a causé à la victime et qui entraîne, pour l'auteur des faits, des conséquences limitatives de liberté. Cette innovation ne semble pas donner satisfaction car sa pratique conduit tout de même à une sévérité accrue devant les manifestations de ces situations médicales intermédiaires ou intermittentes, les plus difficiles à traiter.

En bref, est-il vraiment possible

et normal de traiter une maladie mentale en prison ? Ne vaudrait-il pas se dessiner deux médecines, dont l'une n'aura pas à régler les mêmes problèmes de consentement puisqu'elle tient son malade ?

N'y a-t-il pas un risque, si le secteur psychiatrique ou l'hôpital n'ont pas de places, d'attendre que le malheureux se retrouve en prison et que tout le monde respire parce que l'on n'a plus à s'en préoccuper ? Et comment fonder les arbitrages financiers nécessaires ?

La société dans son ensemble et l'opinion publique doivent enfin être placées devant une réalité. Toutes ces ambiguïtés, ces allées et venues, s'expliquent parce qu'un citoyen privé plus ou moins gravement de sa faculté de discernement ne perd pas ses droits ; au contraire, il devrait faire l'objet d'une attention supplémentaire pour qu'il puisse les préserver. Ce n'est pas facile à expliquer à un public effrayé par les drames. Mais il devrait réfléchir au fait que perdre son sens du discernement n'est pas une hypothèse si exceptionnelle que cela dans une société qui vit de plus en plus avec une large proportion de grands vieillards handicapés mentaux.

Par conséquent, assimiler maladie et délinquance, rechute et récidive, est un raccourci pernicieux.

L'idée que l'affaiblissement des facultés mentales pourrait concerner chacun de nous devrait aider à renforcer un sentiment de solidarité. Ni la famille, ni les proches, ni le médecin ou le personnel soignant, ni le juge ne devraient avoir à supporter seuls le poids des responsabilités que met en jeu la maladie mentale.

• • • •

Ci-contre : Théodore Géricault,
La Monomane de l'envie (vers 1821)



GRANDS DÉBATS OU PRAGMATISME ?

DES TENTATIVES AVORTÉES DE RÉFORMER LA LOI DE 1990 À L'ABSENCE DE NÉCESSITÉ D'UNE GRANDE LOI DE SANTÉ MENTALE

Par Hélène Strohl,
inspectrice générale des affaires sociales

Une petite histoire pour commencer : je rencontre Jean-Luc Roelandt* quand on commence à parler du projet de loi Sarkozy et il me dit, sous forme de confiance : *Au fond, tu avais raison, on aurait dû faire ce que vous proposiez ; à l'époque, c'était possible ; et maintenant, cela ne l'est même plus.*

Jean-Luc, dont j'admire beaucoup la manière de travailler et le service (dont je ne dis pas, comme d'autres, qu'il s'agit juste d'une chance ou de la bienveillance des associations du Nord), Jean-Luc a longtemps résisté à l'idée même de réformer la loi de 1838 sur l'hospitalisation sans consentement qu'il voulait supprimer.

Plus fondamentalement, cela traduisait le débat récurrent : les malades mentaux, quand ils font l'objet d'un traitement particulier dans des états spécifiques, sont-ils de ce fait stigmatisés ?

Ou, au contraire comme je le pense, faut-il justement encadrer les traitements d'états spécifiques par des mesures spécifiques pour les cantonner à ce qu'ils sont : un épisode dans la vie d'un malade ?

* Jean-Luc Roelandt est psychiatre, responsable d'un secteur de psychiatrie dans la banlieue de Lille ; il est le promoteur d'un système de soins en santé mentale privilégiant le soin à domicile et réduisant l'hospitalisation.

Depuis le grand mouvement de *dés-institutionnalisation* des années soixante-dix, il me semble que la question centrale est celle-ci : la maladie mentale implique-t-elle des épisodes spécifiques, dans lesquels le consentement du malade à des soins qui lui sont nécessaires ne peut être obtenu, du fait de sa maladie, et est-on dès lors, dans ces occurrences et celles-ci seulement, en droit de lui appliquer un traitement spécifique, sous forme de soins sans consentement ?

Ou doit-on utiliser la notion de *besoin de soins urgents* et appliquer le même traitement d'un soin sans consentement à tout malade qui refuse des soins, un témoin de Jéhovah par exemple qui refuse la transfusion sanguine, un cancéreux qui refuse l'opération ou la chimiothérapie, etc. ? Ou bien doit-on refuser que quiconque, quels que soient son état et sa pathologie, soit soigné sans son consentement ? À ses risques et périls, voire à ceux de la société (si épidémie).

Cette problématique peut également s'appliquer à la question de l'abolition ou de l'amointrissement du discernement concernant les personnes poursuivies pénalement. Certains psychiatres s'inquiètent de la tendance à *ce que les délinquants et criminels soient traités de la même façon quel que soit leur état psychique* et d'autres

revendiquent, au contraire, une pureté du soin psychiatrique qui devrait l'écartier de toute collaboration à la répression.

Cela fait plus de quinze ans que j'ai commencé à travailler à ces questions.

Je vais préciser ma position : celle d'une inspectrice générale, c'est-à-dire que je ne suis pas et n'ai jamais été acteur, utilisateur, exécuteur ou concepteur de cette loi. J'ai, à cause de cette extériorité, présidé le groupe d'évaluation de la loi, constitué en 1996 et qui a rendu un rapport en 1998 : ce groupe était composé de tous les *utilisateurs* de la loi et a travaillé par élaboration consensuelle.

Nous avons donc présenté, en 1998, un gros rapport issu du travail mensuel de vingt-cinq personnes pendant deux ans, de l'audition d'une cinquantaine de personnes et de la participation à une dizaine de séminaires et autres colloques. Et un rapport aussi issu de la discussion d'une journée, autour de nos propositions, de plus de 1200 professionnels et usagers de la psychiatrie.

Je dirais que, curieusement, aucun de nous (les membres du groupe) n'a beaucoup changé ses positions depuis et que, pourtant, aucun gouvernement n'a eu le courage d'appliquer, dans un sens ou dans l'autre, nos propositions.

Depuis aussi se sont succédé plusieurs équipes de rapporteurs, le rapport Piel-Roelandt, le rapport Cléry-Melin, Martin et Kovez,

le rapport IGAS-IGSJ, le rapport Couty et une loi. **

D'une certaine manière, rien n'est réglé car jamais les questions de fond ne sont abordées et tranchées. On avance par demi-mesures et les solutions sont insatisfaisantes.

Qu'avions nous proposé ?

La loi de 1990 a été faite, anniversaire de 1789 oblige, pour prendre le contre-pied de la loi de 1838, du moins de sa composante placement.

Pour la loi de 1838, il n'y avait d'entrée en asile que contrainte, par la famille (volontaire) ou par le préfet (d'office).

La loi de 1990 dit que l'hospitalisation libre est la règle et l'hospitalisation contrainte l'exception, motivée.

REPÈRES

Hélène Strohl est titulaire d'une maîtrise d'histoire. Titulaire d'un DEA en sociologie, elle est une ancienne élève de l'ENA (promotion *Solidarité*).

Retraitée depuis 2013, elle a été inspectrice générale des affaires sociales.

Auteure d'articles et d'essais remarquables ou co-auteure d'importants rapports du Commissariat au Plan, elle a aussi publié des romans et des livres de cuisine !

Bibliographie

- *La France, l'Europe, X^e Plan 1989-1992, Exclus et exclusions, connaître les populations, comprendre les processus*
Commissariat général du Plan
La Documentation française, 1992
- *Préparation du XI^e Plan, Cohésion sociale et prévention de l'exclusion*
Commissariat général du Plan
La Documentation française, 1993
- *Le placard à confitures*, roman, 1995, éditions Albin Michel
- *Un amour menaçant*, roman, 1999, éditions Desclée de Brouwer
- *L'État social ne fonctionne plus*, essai, 2008, éditions Albin Michel
- *Recettes d'hier et d'aujourd'hui, le livre de recettes de la jeune mariée*
Éditions Jérôme Do Bentzinger, 2012, préfacé par Edgar Morin

** Voir page 146.

LA LOI DE 1990 AVAIT PLUSIEURS DÉFAUTS

Elle n'est plus adaptée à une époque où les hôpitaux ont tellement supprimé de lits qu'il est difficile de trouver une place pour un malade en urgence, du moins dans certains centres.

La nécessité d'obtenir deux certificats pour hospitaliser un proche est donc ressentie comme une entrave aux soins, de même que celle de devoir obtenir la signature d'un proche pour un malade décompensant loin de son environnement ou pour un malade tout simplement isolé.

Par ailleurs, la nécessité de traiter de manière différente les malades qui présentent un épisode pathologique où ils deviennent dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui et ceux qui se font soigner librement n'est pas vraiment prise en compte au niveau du fonctionnement des établissements.

Dès cette époque se profile la scission : ou bien tous les malades sont bouclés et la porte leur est ouverte avec parcimonie, ou bien les malades susceptibles d'être dangereux ne sont pas vraiment surveillés.

L'opinion, la presse et les médias réagissent d'ailleurs de manière aussi outrancière à l'une ou l'autre information, soutenant tantôt la liberté individuelle, tantôt la protection des populations, mais toujours sans nuance.

QUE DEMANDAIT LE GROUPE NATIONAL D'ÉVALUATION DANS SON RAPPORT (LARGEMENT EXPLICITÉ DANS DE NOM- BREUSES ENCEINTES ENSUITE) ?

Une loi sanitaire

On n'hospitalise ou on ne soigne une personne sans son consentement que pour des motifs sanitaires et objectifs.

C'est pourquoi nous souhaitons qu'on ne puisse hospitaliser une personne sans son consentement qu'à la condition que cette hospitalisation soit nécessitée par son état de santé et

qu'elle ne puisse pas y consentir du fait de son état de santé. Nous subordonnions la nécessité d'hospitalisation à l'existence, du fait de l'état pathologique de la personne, d'un danger pour elle ou pour autrui (danger ou risque d'atteinte à la sécurité).

Cette conception avait deux conséquences.

D'abord, il fallait que le danger soit prouvé, établi par certificat médical. Le simple fait de troubler l'ordre public ne pouvait justifier cette hospitalisation. Pourquoi ? Parce que l'ordre public est un standard juridique, une de ces notions à géométrie variable, une construction évaluant tant les actes ou paroles de la personne incriminée que celles de son environnement.

Ensuite, il n'était plus fait de distinction entre l'hospitalisation nécessitée par un danger pour la personne et celui pour autrui : *le psychotique, disait Betty Brahmi, peut planter son couteau dans son corps ou celui de son interlocuteur, il faut que ça saigne.*

Une loi adaptée aux problèmes sanitaires de l'époque

Le risque essentiel que courent les malades mentaux actuellement n'est pas d'être sur-hospitalisés, mais plutôt d'être renvoyés de l'hôpital vers la rue, vers la prison, vers les organismes sociaux, mais sans soins.

Il faut donc faciliter l'entrée en soins, mais aussi garantir la sortie.

Je dois dire que, sur l'entrée en HO-HDT, j'ai évolué sous l'influence d'amis psychiatres hospitaliers. Je pensais qu'il fallait rendre difficile l'entrée en HP et faciliter la sortie ; je pense maintenant qu'il faut faciliter la prise en charge immédiate mais accompagner et penser la sortie (de soins).

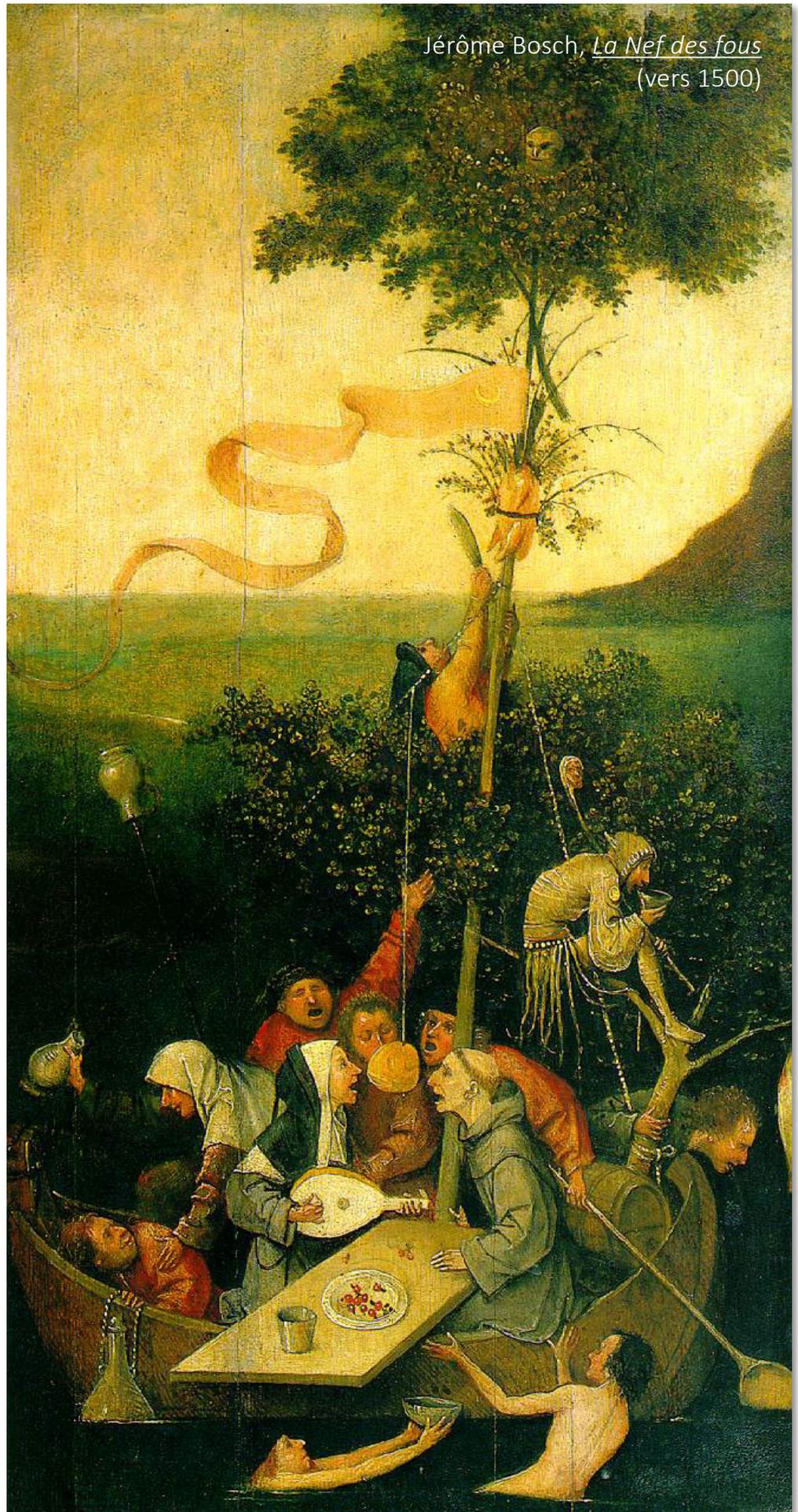
Une loi adaptée aux nouvelles techniques de soins

Nous avons dit, dès 1998, que l'hospitalisation ne pouvait pas être le seul mode de soins adapté aux personnes ne pouvant consentir aux soins psychiatriques. Il fallait absolument prévoir,

notamment pour les grands psychotiques risquant d'abandonner leur traitement, une alternative ambulatoire à l'hospitalisation sans consentement. Nous avons tenu à cette formulation un peu compliquée parce qu'elle nous semblait préférable à la contrainte de soins ambulatoires ou, pire encore, à l'injonction de soins. Il s'agissait là simplement de prendre la place de la sortie d'essai, qui n'était pas un essai de sortie mais une manière de mettre en place une contrainte de soins extérieure.

Enfin, et là-dessus nous n'avons jamais été repris, nous proposons un mode de gestion des difficultés inhérentes à la maladie mentale dans certains de ses épisodes qui tranche avec le *ni-ni* : ni liberté au nom de la protection du malade ou de ses proches, ni enfermement au nom de la liberté individuelle.

De quoi s'agissait-il ? De motiver et d'inscrire au dossier du patient chaque restriction à une liberté fondamentale, exercée du fait de son état de santé, et de lui en faire part une fois qu'il serait revenu à meilleur discernement. On ne devait pas laisser un maniaque en



Jérôme Bosch, *La Nef des fous*
(vers 1500)

pleine production envoyer des lettres de démission ou passer des coups de téléphone d'injures (etc.) mais inscrire cet état dans son dossier et lui redonner accès à la liberté de correspondre ensuite. Idem

pour le téléphone, pour les déplacements dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital.

La loi que nous voulions peut se résumer ainsi : la liberté

est la règle, pleine et entière, et chaque restriction doit être justifiée par l'état du malade, motivée par écrit et levée dès que le malade est revenu à meilleur discernement.

Je continue de penser que nombre de nos propositions étaient bonnes. J'ai pensé que le soin contraint de l'actuelle loi avait quelque chose de l'alternative ambulatoire aux soins sans consentement.

J'ai pensé qu'il fallait supprimer l'ordre public, et sans doute la décision du préfet dans l'hospitalisation sans consentement. Je penche de plus en plus pour que ce soit une décision médicale, sous le contrôle du juge, non pas que celui-ci contrôle le bien fondé de l'hospitalisation (je ne pense pas qu'il en ait la compétence s'agissant, nous en sommes d'accord, d'une décision médicale) mais que la procédure a bien été respectée : certificats, communication à l'intéressé, recherche de son accord, constat de son absence de consentement (due à son état) etc.

Quant au soin extra-hospitalier, je pense qu'il est indispensable de le développer et qu'il importe de consacrer des moyens importants à ce suivi.

Enfin, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de prévoir une *grande loi sur la santé mentale*.

Une refonte de la loi de 2011, corrigeant les défauts sur l'ordre public, remplaçant la décision du préfet par celle du médecin, conservant des contrôles de la légalité de la procédure par le juge, et par un juge se déplaçant à l'hôpital, devrait suffire.

En revanche, je crois nécessaire de réformer enfin le mode de financement de la psychiatrie, de lui appliquer non pas une facturation par acte, assez inadaptée à cette spécialité, mais plutôt par type de suivi de malade (c'est assez simple : une dizaine de groupes, de la consultation isolée jusqu'au malade hospitalisé au long cours en passant par le malade soigné en ambulatoire, selon deux ou trois niveaux d'intensité).

Je crois aussi indispensable de remédier enfin aux inégalités criantes de moyens sur le territoire et de reconstruire des équipes pluri-professionnelles de psychiatrie de secteur, aptes à intervenir en offrant aux malades l'ensemble de la palette de soins, hospitaliers et alternatifs, soins médicamenteux, psychothérapeutiques, de réhabilitation, etc.

Il est nécessaire d'en finir avec les grands débats idéologiques et de s'organiser au mieux pour s'occuper des malades.

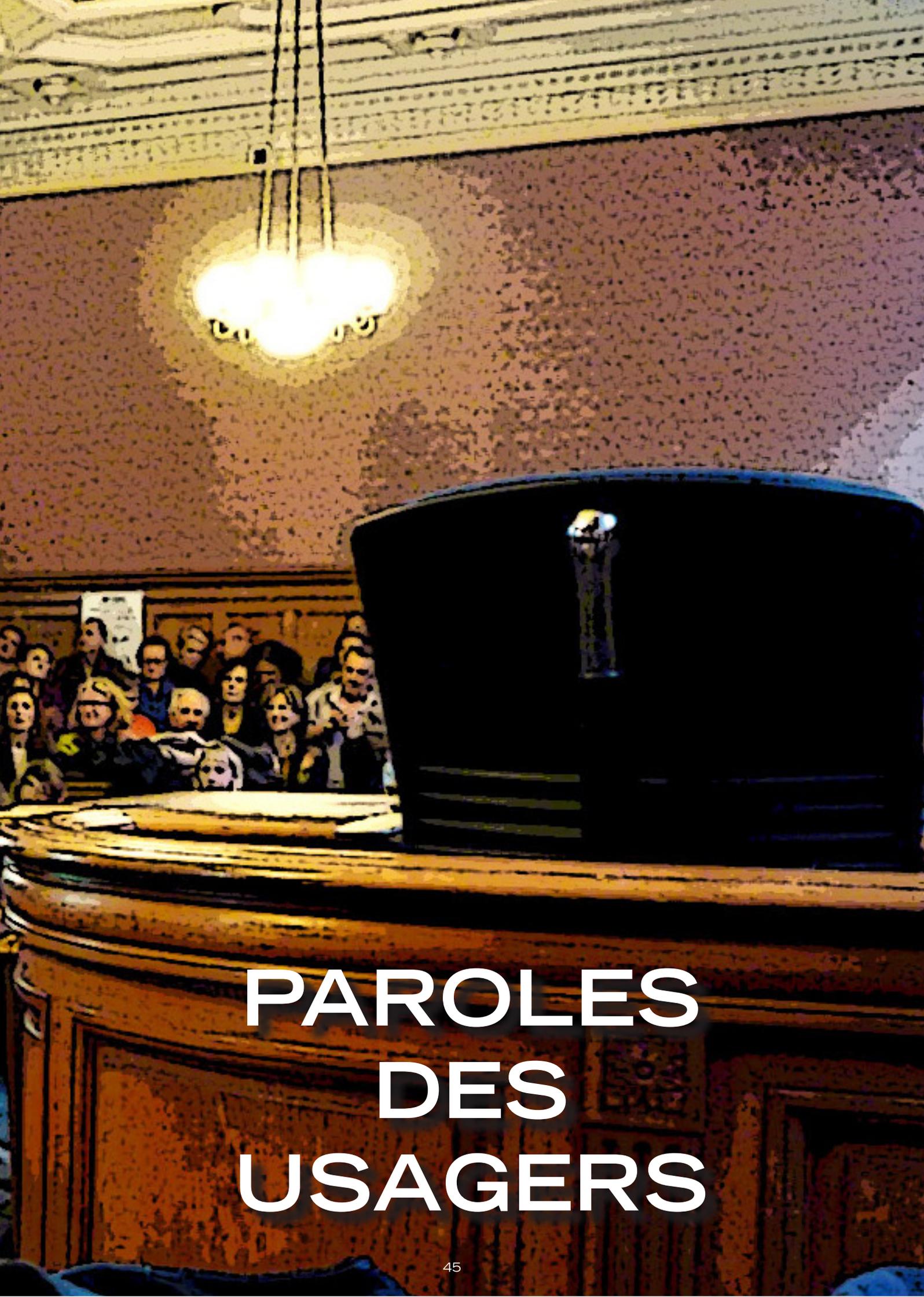
• • • •



Frans Hals, *Malle Babbe* (vers 1634)

**ACTES DU COLLOQUE
ORGANISÉ PAR LE SM.
LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS :
LA NOUVELLE DIAGONALE
DU FOU.**





PAROLES DES USAGERS

L'ACTION ET LES REVENDICATIONS DU CRPA

Par André Bitton,
président du CRPA*

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*, est, à la base, le produit d'une utilisation à outrance, par le pouvoir politique et ses relais médiatiques, de faits divers sanglants, impliquant des schizophrènes dangereux, selon l'expression médiatique de ces années *sarkozystes*, restée dans nos mémoires.

* Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie, voir page 49.

(1) **Article 122-1 du Code pénal** : *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

(2) Voir les décisions du Conseil constitutionnel :

- n° 2011-135 / 140 QPC du 9 juin 2011 (*M. Abdellatif B. et autres*) sur la décision d'hospitalisation d'office et son maintien : [ICI](#)
- n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011 (*M. Jean-Louis C.*) sur la mainlevée de l'hospitalisation d'office des personnes pénalement irresponsables : [ICI](#)

C'est ainsi que le premier des deux objets de base du projet de loi initial de mai 2010 de la ministre de la santé et des sports, Roselyne Bachelot-Narquin, outre la légalisation de la contrainte aux soins en ambulatoire sous la forme des *programmes de soins*, contenait des dispositions renforcées, visant à ce que les patients psychiatriques *irresponsables pénaux* en application de l'article 122-1 du Code pénal (1) sur l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles psychiques majeurs ou ayant un tel antécédent, ainsi que les patients internés ou l'ayant été dans un délai de dix ans auparavant en unités pour malades difficiles (UMD), ne puissent plus réacquiescer leur liberté. Sauf à passer par des filtres renforcés formés par des collèges d'experts psychiatres successifs, dans ce qui devint la loi du 5 juillet 2011 et qui ne fut contrariée, sur ce plan, que partiellement par les décisions successives du Conseil constitutionnel.

Je renvoie, à ce sujet, aux deux censures du Conseil constitutionnel portant sur l'hospitalisation d'office (sous le régime de la loi du 27 juin 1990) du 9 juin 2011 (abrogation des articles L.3213-1 et L.3213-4 du Code de la santé publique) et du 21 octobre 2011 (abrogation de l'article L.3213-8 du Code de la santé publique) (2).

Sur recours du CRPA, le Conseil constitutionnel a censuré partiellement la loi du 5 juillet 2011

Ce sont, pour l'essentiel, ces dispositions sécuritaires renforcées, visant les patients les plus dangereux ou réputés tels (dans la réalité, un bon nombre des patients visés par ces dispositions d'exception ne sont pas plus dangereux que d'autres), que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 20 avril 2012, sur une question prioritaire de constitutionnalité posée par le CRPA, a remises en cause. Non dans leur principe, celui-ci ayant été jugé légitime au titre des précautions nécessaires, mais au niveau du manque de garanties quant aux droits fondamentaux des personnes soumises à ces mesures d'exception.

Dans cette décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a, de nouveau, censuré l'article L.3213-8 du Code de la santé publique (tel que formulé dans la loi du 5 juillet 2011). Cet article concernait l'obligation de recueil, par le préfet, pour mettre fin à une mesure de soins d'office, de l'avis du collège de trois soignants internes à l'hôpital d'accueil sur l'état du patient médico-légal ainsi que l'obligation, dans ces mêmes cas de figure, de recueillir également l'avis concordant de deux psychiatres experts inscrits sur une liste du procureur de la République ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort.

En outre, le Conseil constitutionnel a également censuré le II° de l'article L.3211-12. Cet article concernait l'obligation, pour le juge des libertés et de la détention, dans le cadre des contrôles à fin de mainlevée ou de maintien des mesures de soins d'office, de recueillir l'avis du collège interne à

l'hôpital et du collège de deux psychiatres experts extérieurs, dans les cas des personnes internées sur le mode *médico-légal* ou internées en UMD (unités pour malades difficiles) ou l'ayant été dans les dix ans qui précèdent.

Je précise que l'ensemble de ces précautions expertales pèse indifféremment tant sur les personnes déclarées irresponsables pénalement que sur les personnes internées en UMD plus d'un an de suite ainsi que sur celles ayant de tels antécédents dans le délai de dix ans auparavant. Ce qui renforce cette fabrique légale de *perpétués psychiatriques* qu'est la loi du 5 juillet 2011, pour des personnes qui n'ont que de tels antécédents, et non une actualité expressément dangereuse.

Or, ces mêmes précautions, surajoutées les unes aux autres, ont bel et bien comme finalité d'entraîner que les personnes visées ne puissent plus sortir d'internement ou, du moins, qu'elles ne puissent plus, ou très difficilement, obtenir une levée définitive de la mesure sécuritaire prise à leur rencontre.

C'est donc sur ce point précis du sort réservé aux patients *médico-légaux* que le CRPA a déposé des revendications et des propositions

REPÈRES

André Bitton est président du CRPA (Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie) et ancien président du Groupe information asiles (GIA), associations d'usagers en psychiatrie.

Après avoir été professeur de lettres françaises, titulaire d'un DEA de lettres modernes, il se définit aujourd'hui comme *un ancien patient du système psychiatrique public, activement partie prenante des luttes juridiques menées en France sur le terrain de l'internement psychiatrique depuis mars 1990.*

Dans sa propre affaire, il a obtenu des dommages et intérêts au titre d'un internement illégal ayant duré du 6 février 1986 au 1^{er} mars 1988, par un jugement du tribunal de grande instance de Paris du 6 novembre 2006, clôturant près de 17 ans de contentieux administratif et judiciaire.

Dans cette même affaire, la France a été condamnée par la CEDH sur le volet des délais de procédure déraisonnables des contentieux contre cet internement d'office.

de réforme de ces points de la loi du 5 juillet 2011, en plus de revendications générales sur le champ de la contrainte psychiatrique. Nous les avons rendues publiques lors d'une conférence de presse inter-organisations du 20 avril 2012, à laquelle d'ailleurs le Syndicat de la magistrature participait (3). Cela à l'occasion d'une audience accordée par le cabinet du ministère des affaires sociales et de la santé, le 7 novembre dernier, au Collectif *Mais c'est un homme* auquel nous participons.

Je reprends ci-dessous les termes du texte que nous avons déposé à cette occasion.

Les revendications et propositions de réforme du CRPA

Nos revendications font suite à la question prioritaire de constitutionnalité du CRPA tranchée par le Conseil constitutionnel le 20 avril 2012 à propos de quatre articles de la loi du 5 juillet 2011. Il s'agit des patients *médico-légaux* (pénaux irresponsables et personnes internées en UMD ou l'ayant été dans le délai de dix ans qui précède), cela afin de garantir les droits de ces personnes singulièrement visées dans un cadre d'exception.

Nos revendications sont les suivantes.

1) Nous demandons l'abrogation des dispositions d'exception pesant sur les internés, dans les cas de figure listés ci-dessus, de la loi du 5 juillet 2011 (loi *sarkozyste*), dans la mesure où ces dispositions entraînent pour ces personnes des *perpétuités psychiatriques de fait* alors

même que la plupart des personnes visées n'ont pas commis d'actes criminels pouvant valoir une perpétuité.

2) Parmi ces mesures d'exception, nous demandons la suppression du collège interne de soignants visé aux articles L.3211-9 (constitution du collège d'experts interne à l'hôpital de trois soignants, dont deux psychiatres et un cadre de santé) et L.3211-12 (II°) du Code de la santé publique (obligation pour le JLD de requérir l'avis de ce collège). Si ce collège était maintenu, son avis devrait être régi par le *principe du contradictoire* (4) au même titre que celui d'un collège d'experts extérieurs à l'établissement.

3) Nous demandons que les expertises psychiatriques du collège d'experts psychiatres extérieurs à l'hôpital (voir l'article L.3213-8 du Code de la santé publique) soient faites selon le principe du contradictoire tel qu'énoncé dans l'article 160 du Code de procédure civile (5) et dans la jurisprudence liée.

Dès lors, nous demandons l'abrogation de l'article R.3211-13 du Code de la santé publique (6) relatif à la procédure judiciaire de contrôle des hospitalisations sans consentement en ce que cet article supprime le principe du contradictoire dans les expertises psychiatriques ordonnées par les juges des libertés et de la détention.

Cette revendication est conçue, précisément, pour garantir les droits des expertisés internés et traités sous contrainte au terme de procédures médico-légales d'exception et pour rendre à ces personnes leur droit de discuter terme à terme les expertises diligentées à leur endroit en étant assistées et accompagnées, lors des

(3) Voir le dossier du CRPA : [ICI](#)

(4) Le *principe du contradictoire* est un principe de droit civil selon lequel la procédure, comme la décision de justice rendue, doivent laisser place à un débat contradictoire entre les parties. Les opérations d'expertise elles-mêmes sont soumises à cette contradiction.

(5) **Article 160 du Code de procédure civile** : *Les parties et les tiers qui doivent apporter leur concours aux mesures d'instruction sont convoqués, par le juge ou par le technicien commis. La convocation est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.*

Cet article implique que l'ordre de mission d'un expert est notifié préalablement à l'expertise aux parties, qui peuvent ainsi faire valoir leurs moyens en cours d'expertise.

(6) **Article R.3211-13 du Code de la santé publique** : *Par dérogation aux articles 160 et 276 du Code de procédure civile, ils [les experts] ne sont pas tenus de convoquer les parties ou de susciter leurs observations.*

opérations d'expertise, par leur avocat ou, s'il y a lieu, par un médecin-recours et / ou une personne de confiance.

4) Nous demandons que toute décision de transfert en UMD soit précédée d'une audience décisionnelle devant le juge des libertés et de la détention du ressort de l'établissement d'envoi, avec assistance d'un conseil obligatoire, sauf demande expresse de l'intéressé de faire valoir seul ses moyens et demandes.

5) Nous demandons que les ordonnances de non-lieux prises en application de l'article 122-1 du Code pénal par les juges d'instruction, ou les réquisitions du parquet dans ce sens vers les préfetures du ressort pour constitution d'une mesure de soins d'office régies par les dispositions de l'article L.3213-7 du Code de la santé publique (7), soient notifiées aux anciens prévenus et futurs internés, aux fins de constitution autant que de besoin d'une défense.

(7) **Article L.3213-7 du Code de la santé publique** : *Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent Code ainsi que le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1.*

À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

REPÈRES

Textes d'André Bitton

- **Témoignage personnel** (sur ses années d'internement psychiatrique entre 1986 et 1990) dans un ouvrage collectif publié en juin 2008 aux éditions Libertaires : *Pour en finir avec la psychiatrie, des patients témoignent* de Nicole Maillard-Déchenans, livre paru dans le cadre du *Groupe information asiles* de l'époque comportant des témoignages de vécus psychiatriques par d'anciens patients contraints (pages 77 à 144). [ICI](#)
- **Article** dans le livre sur l'*advocacy* publié en 2001 par Martine Dutoit et Claude Deutsch, *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité* (pages 60 à 69), éditions Érès. [ICI](#)
- **Article** dans la revue *Pluriels* (n° 99-100, mars 2013) de la Mission nationale d'appui en santé mentale (pages 11 à 14) : *Les difficultés de l'accès au droit pour les patients sous contrainte. Constat et propositions*. [ICI](#)

À lire sur le site du [CRPA](#) :

- **Présentation du CRPA**, comme scission (en décembre 2010) du Groupe information asile (GIA) : [ICI](#)
- **Revendications du CRPA** sur le champ de la contrainte psychiatrique (conférence de presse inter-organisations du 20 avril 2012) : [ICI](#)
- **Plaquette d'information des patients** sur leurs droits et voies de recours. Le CRPA demande l'inclusion du texte de cette plaquette dans les livrets d'accueil délivrés aux patients à leur admission dans les établissements (Collectif *Mais c'est un homme*, 28 octobre 2011) : [ICI](#)
- **Question écrite parlementaire** (et réponse) à la ministre des affaires sociales et de la santé, sur la défense par ses services, devant le Conseil d'État, de la loi du 5 juillet 2011 : [ICI](#)

ENUSP (European network of ex-users and survivors of psychiatry) : [ICI](#)

Le CRPA est membre du Réseau européen des ex-usagers et survivants de la psychiatrie.



Georges Moreau de Tours, *Les fascinés de la Charité* (1889)

6) **Nous demandons**, s'agissant des commissions de suivi médical internes aux UMD (statuant périodiquement sur les élargissements des internés), que lorsqu'elles sont amenées à envisager des demandes d'élargissement des patients, les personnes concernées puissent se faire entendre devant elles, assistées s'il y a lieu d'un conseil, d'un médecin-recours ou d'une personne de confiance.

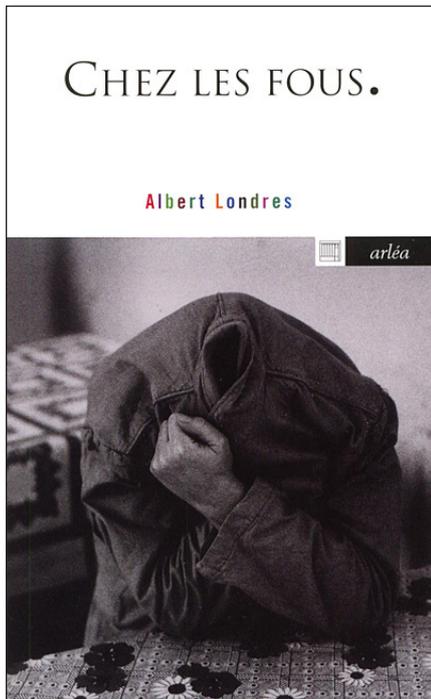
7) **En ce qui concerne notre organisation et s'agissant de notre propre présence dans le cadre de concertations officielles et institutionnelles, nous demandons** que la représentation des usagers en psychiatrie soit revue et refondue par le biais d'une table ronde avec les diverses associations d'usagers, en présence d'un représentant du ministère de la justice, dans la mesure où le système actuel

est fait pour que les pouvoirs publics (comme les institutions psychiatriques d'ailleurs) n'aient en face d'eux qu'un seul interlocuteur à entendre : la FNAPSY et sa présidente. Cet état de fait est extrêmement contestable (8).

• • • •

(8) Voir, à ce sujet, le rapport d'inspection de l'IGAS sur la FNAPSY (novembre 2011) qui nous a été communiqué (suite à un avis de la CADA...) : [ICI](#)

Et si nous relisons Albert Londres ?



En 1925, le journaliste publie un essai, *Chez les fous*, compilations de ses reportages, y compris *embedded* ou en caméra cachée (comme on dirait aujourd'hui) car il se fait passer pour fou pour être interné !

La plume est claire, acérée, acerbe, magnifique...

Passons sur l'enquête et les constatations, certains diront qu'elles sont datées...

Mais relisons la dernière page...

La loi de 1838, en déclarant le psychiatre infailible et tout-puissant, permet les internements arbitraires et en facilite les tentatives.

Un parent obtient d'un médecin – par ignorance du médecin ou complicité – un certificat d'internement. On conduit la victime à l'asile. Le docteur de l'asile s'aperçoit le lendemain de la combinaison. Il relâche le faux malade. Coffre-t-on le parent et son complice ? Pas du tout ! Ils ont la loi avec eux.

Sous la loi de 1838, on voit la chose suivante : des médecins d'asile proposent la sortie d'un malade. C'est donc que le malade n'est plus fou. On doit le libérer.

Or, le malade ne sortira pas. Qui s'y oppose ? La Préfecture !

Sous la loi de 1838, les deux tiers des internés ne sont pas de véritables aliénés. D'êtres inoffensifs on fait des prisonniers à la peine illimitée.

Bref ! Nous vivons sous le préjugé que les maladies mentales sont incurables.

Alors, on jette dans un précipice les gens que l'on en déclare atteints.

On ne fait rien pour les sortir du puits.

S'ils guérissent seuls et que cela se voit trop, on les laisse s'échapper après mille efforts de leur part.

S'ils gesticulent, on ne les calme pas, on les immobilise.

Pour se mettre en règle avec sa conscience, la société de 1838 a bâti une loi.

Elle tient en ces mots : « Ce citoyen nous gêne, enfermons-le.

S'il veut sortir, ouvrons l'œil ».

***Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou,
mais de débarrasser le fou de sa folie.
Si nous commençons ?***

Lire en intégralité l'ouvrage d'Albert Londres : [ICI](#)

Lire un point de vue sur l'ouvrage : [ICI](#)

L'ACTION ET LES REVENDICATIONS D'ADVOCACY FRANCE

Par Claude Deutsch,
secrétaire général d'Advocacy France

L'association Advocacy France est une association d'usagers en santé mentale, non seulement comme le stipulent nos statuts ou non seulement comme en témoigne le fait que notre conseil d'administration est composé à plus de 90 % d'usagers mais surtout comme en témoigne notre combat.

De manière bénévole et sans aucun soutien financier, notre association mène depuis quinze ans un intense travail de porte-parole des usagers en santé mentale.



[Visiter le site web d'Advocacy France](#)

LES ACTIONS D'ADVOCACY FRANCE

C'est le fait de répondre chaque année à 350 demandes d'aide à l'accès aux droits et au recours, venant de toute la France de personnes désespérées de ne pas réussir à se faire entendre. Nous pouvons témoigner de l'indifférence désespérante sur ce sujet des différentes personnes responsables du bureau de la psychiatrie de la Direction générale de la santé rencontrées jusqu'à présent. Notre démarche n'est pas de le dénoncer mais de chercher à ouvrir la porte à un changement d'attitude.

C'est le fait d'avoir, dès 2001, créé des Espaces conviviaux citoyens dans lesquels les usagers en santé mentale peuvent se ré-approprier leurs capacités.

Si cette démarche a permis au ministère d'utiliser notre expertise pour l'élaboration du cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle, l'absence de mention de ce travail précurseur a permis de tenir dans l'ignorance, et notre savoir-faire dans ce domaine, et l'existence même de l'association. Les personnes désireuses de créer des associations d'usagers se sont alors tournées vers la seule association visible : la Fnapsy.

Nous demandons que notre expertise soit prise en compte. Nous demandons

que l'on soutienne en priorité la création d'associations d'usagers afin qu'elle puissent chercher à se doter de groupes d'entraide mutuelle pour leurs activités, et non le contraire.

C'est le fait d'avoir, partout où c'était possible, représenté les usagers dans les instances où cette représentation était souhaitée par le législateur.

Cet effort se heurte à deux obstacles.

Le premier est l'absence de moyen d'une réelle accessibilité pour les usagers en santé mentale qui sont alors mis en situation de faire-valoir sans possibilité d'efficacité réelle. Cela suppose de prendre en compte la réalité de la situation de handicap dans la mise à disposition des dossiers étudiés. Cela suppose de réels moyens mis à disposition des usagers.

Cette question se heurte aussi au problème de la formation. Notre association joue un rôle important de formation des usagers, notamment dans la prise de responsabilité, comme en témoigne la manière, exemplaire en termes de fonctionnement démocratique, dont les usagers ont présenté, en 2009, des recommandations aux élus dans le cadre de notre campagne de lutte contre la stigmatisation, notamment en recevant des députés (M. Chossy et les députés du Calvados) à Caen et dans le cadre de l'accueil du conseil régional d'Île-de-France.

Le second obstacle est l'absence de place faite à Advocacy France dans les instances et dans les concertations nationales sur des projets de textes législatifs ou réglementaires. Cette absence d'Advocacy France est tout à fait remarquable. Par exemple, nous n'avons

pu approcher Éric Couty, en 2009, que dans le cadre de l'Uniopss (nous souhaitons que ce ne soit pas le cas lors de sa nouvelle mission...). Cette absence de reconnaissance n'est pas sans retombée sur la notoriété de l'association.

C'est le fait d'avoir, sans relâche, pris la parole pour défendre la cause des usagers en santé mentale :

- que cela soit de manière circonstanciée (par exemple sur l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris) ou générale (par exemple sur la loi du 5 juillet 2011) ;
- que cela soit par le biais de manifestations (nos forums à la mairie de Paris en 2003 et 2008), de communiqués, d'analyses (comme celle remise à la Commission européenne en 2008), de propositions (comme celles sur l'hospitalisation sous contrainte et la responsabilité pénale pour lesquelles nous avons été auditionnés par la CNCDH) ou par de nombreux articles, livres, films et par notre presse ;
- que cela soit dans le cadre de collectifs militants (collectif *Alternatif en psychiatrie*,

REPÈRES

Claude Deutsch est co-fondateur de l'association d'usagers Advocacy France dont il est actuellement secrétaire général ; il n'est pas un usager lui-même mais un bénévole.

Retraité depuis 2005, il est titulaire d'un doctorat de psychologie obtenu en 1985 à Paris V Descartes. Doctorant en philosophie à Paris X Nanterre, il y a obtenu son master II en 2012.

Il a débuté comme éducateur à L'Éducation surveillée (PJJ aujourd'hui).

Psychologue clinicien de formation et, au début de sa carrière, psychanalyste (aux Cartels constituants de l'analyse freudienne), il a fondé et dirigé, de 1975 à 2005 à Caen (Calvados), le foyer Léone Richet (une alternative à l'hospitalisation psychiatrique) et son service de suite.

Il a aussi été dirigeant ou administrateur de nombreuses associations ou structures françaises ou européennes, œuvrant notamment dans le domaine de la santé mentale ou pour ses usagers :

Mental-Health Europe / Santé mentale Europe, Europsy-Rehabilitation, Comité européen droit éthique et psychiatrie, World federation in mental health / Fédération mondiale de la santé mentale...

collectif des *Associations unies, Ni pauvres ni soumis, Mais c'est un homme, Santé mentale - grande cause nationale*) ou dans le cadre de fédérations associatives (CFHE, Fnars, GFPH, Uniopss...);

- que cela soit dans le cadre national ou dans le cadre européen; l'association est administratrice de *Santé mentale Europe* (MHE / SME) et l'a présidé de 2004 à 2006 et membre du Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP / REUSP).

Nous avons conscience que certaines de nos propositions peuvent être vécues par tout gouvernement comme des *cailloux dans la chaussure*.

Ainsi quand nous demandons l'abrogation de la loi du 5 juillet 2011 et le vote d'une nouvelle loi instituant la décision du juge dès le premier jour de la privation de liberté et sur la base de la nécessité de cette privation de liberté et non de l'état de santé de la personne (ce qui serait discriminatoire).

Ainsi quand nous demandons l'effectivité de la Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, et notamment de son article 12 qui reconnaît aux personnes handicapées le droit à une entière capacité juridique.

Avec le Forum européen des personnes handicapées, nous demandons que des mesures d'accompagnement à la prise de décision remplacent des mesures où un tiers se substitue à la personne. Nous pouvons entendre que ces propositions heurtent les tenants d'une psychiatrie reposant sur le paradigme traditionnel que nous qualifions de paternaliste, non pour le récuser totalement (dans une démarche anti-psychiatrique irresponsable) mais pour l'opposer au paradigme de *l'empowerment - la responsabilisation* -, celui de la ré-appropriation des capacités par les personnes elles-mêmes.

Si nous sommes tellement attachés au mot d'ordre *Rien à notre sujet sans nous*, c'est que nous pensons que la gouvernance d'un État moderne ne peut se penser sans la prise en

compte des acteurs que nous sommes. Nous avons pu en voir l'effectivité au Québec, lors de notre voyage d'étude en 2010.

PROPOSITIONS CONCERNANT LE SOIN SANS CONSENTEMENT

Positions sur la loi du 5 juillet 2011

Avant le vote de la loi

Le combat pour lutter contre les troubles psychiques ne saurait s'imaginer sans une mobilisation de la personne elle-même. C'est bien du changement du regard de la personne sur elle-même dont il s'agit. Comment alors concevoir le soin sans consentement? Certes, les neuroleptiques peuvent agir à l'insu de la personne. Il s'agit alors d'un traitement contraint et non d'un soin. Ce changement sémantique est important, lorsque l'on respecte les personnes.

La contention peut être nécessaire dans une situation d'urgence, en face d'un danger imminent pour la personne ou pour les autres; c'est toujours un échec thérapeutique et la montée en charge de ce genre de pratique en est révélatrice.

Dans les situations de crise, tous les moyens doivent être été utilisés pour l'échange, la persuasion et la négociation. Rappelons que l'hospitalisation sous contrainte ne représente plus qu'un nombre limité des hospitalisations.

Nous réclamons un authentique accès à des soins de qualité. La plupart des personnes veulent un soin mais pas au prix d'une stigmatisation, d'une prise massive de médication et d'une absence de prise en compte. Que fait-on de cette demande? Répondre à cette demande permettrait sans doute de diminuer encore le nombre de personnes refusant des soins ou les arrêtant brutalement.

Si la contention peut, de manière exceptionnelle, être utilisée en urgence, cette notion est contradictoire avec celle des soins en ambulatoire qui, par définition, sortent du champ de l'urgence. Il est évident que la mise en place d'un traitement contraint à domicile n'est pas

la réponse à une situation d'urgence. Dans ce sens, nous affirmons que la légalisation des soins contraints en ambulatoire est un outil pour éviter d'échanger, de parler, voire de négocier avec la personne en souffrance psychique, bref de la prendre en compte au seul bénéfice d'un rapport de pouvoir unilatéral.

Nous récusons le fait que l'article L.3211-8 du Code de la santé publique établisse un lien de cause à effet entre obligation de soin et possibilité de mise sous curatelle ou tutelle. Nous dénonçons ici le risque d'*effet-cliquet* entre deux mesures, toutes deux privatives de liberté, mais qui n'ont ni la même nature, ni la même fonction. Quid de la nouvelle loi, entrée en vigueur en 2009, qui devait limiter le recours à la saisine directe par les institutions ?

Nous dénonçons l'absence d'avancée réelle des droits des patients et de mesures nouvelles dans ce domaine. Le respect profond des praticiens pour le champ de compétence du confrère annulera à coup sûr toute velléité du nouveau collègue de contredire le confrère en charge du patient.

Reste la douloureuse question de la prévention des homicides. Il est aujourd'hui prouvé que les homicides commis par des personnes délirantes sont beaucoup moins nombreux que ceux commis par d'autres personnes. Qu'en est-il de cette prévention-ci et qu'en est-il de l'effet destructeur voire incitateur de la mesure discriminatoire ?

Depuis le vote de la loi

Advocacy France demande, non pas une réforme de la loi mais l'abrogation de la loi et le vote d'une loi instituant la *judiciarisation* dès le premier jour d'hospitalisation. Ceci nous semble être le meilleur

moyen de dénoncer la mystification qui a consisté à introduire dans la loi prévue sur le soin sans consentement l'injonction du Conseil constitutionnel de faire intervenir le juge à partir de quatorze jours de contrainte. Il s'agit de deux questions différentes qui auraient mérité deux lois différentes.

Nous trouvons inadapté le fait que le juge intervienne au bout de quinze jours. En effet, au sens du préambule de la Constitution (la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen), c'est sur la nécessité et la légitimité de la privation de liberté que doit se prononcer le pouvoir judiciaire et non sur l'état de santé.

Le juge intervenant au bout de quinze jours après avoir entendu un patient *neuroleptisé*, juge-t-il le bien-fondé de la contrainte au vu des faits qui se sont produits ou de l'état de santé de la personne ? Comme, en outre, il n'est pas médecin, ne risque-t-il pas alors de se trouver là appelé à juger de la validité des termes du certificat médical ? C'est ce que nous redoutons.

Juger de l'état de santé nous semble discriminatoire (au sens de la Convention européenne des droits de l'homme) alors qu'il nous paraît

REPÈRES

Bibliographie de Claude Deutsch

- Sous le nom de Jacques Fresco : *Les bagnes d'enfants, dieu merci, ça n'existe plus*. Éditions Maspero, 1974 : [ICI](#)
 - Avec Martine Dutoit-Sola : *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité*. Éditions Érès, 2001 : [ICI](#)
 - *Le consentement et l'advocacy*, revue *Handicap*, 2004 : [ICI](#)
- Texte intégral : [ICI](#)
- *De la prise en charge à la prise en compte (Pour introduire à l'« empowerment » en santé mentale)*.
 - Mémoire de master II, 2011-2012 : [ICI](#)

fondé de statuer sur les actes et la situation en regard de la nécessité de sécurité.

PROPOSITIONS CONCERNANT L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

Notre expérience directe et indirecte d'usagers en santé mentale et en psychiatrie, mais aussi plus simplement de la vie et d'acteurs sociaux, nous permet de dire que contenir une personne en raison de son comportement et la contraindre en raison du danger présenté pour elle-même ou pour autrui peut être nécessaire. Cette action doit être rigoureusement encadrée par une loi.

Mais nous estimons que cette loi doit être une loi de droit commun reposant non sur l'évaluation de la personne (elle ne doit pas être une loi spécifique désignant une catégorie de personnes, les malades mentaux, car elle serait alors clairement ségrégative) mais sur l'évaluation de la situation. Respectueuse des droits de l'homme, notamment du principe de la liberté individuelle, la loi nécessaire à la mesure privative de liberté qui en résulte doit être attentive aux principes de non-ségrégation et de non-discrimination du fait de la maladie et / ou du handicap.

L'intitulé de la loi

On doit définir la loi comme une loi relative à l'obligation de prendre une mesure de protection d'une personne dans l'urgence.

Rappelons, à ce propos, qu'outre la stigmatisation que cela entraîne, il peut être extrêmement difficile de diagnostiquer une maladie mentale et de caractériser une personne comme malade mentale. Certains comportements extrêmes mettant en danger la sécurité de la personne et d'autrui peuvent être provoqués par l'absorption de substances, par exemple.

La prise de décision

La loi doit préciser les modalités de prise de décision de telle manière que cette décision soit clairement établie comme exceptionnelle. La nécessité de cette décision devrait être certifiée par deux témoins, appartenant à deux institutions ou aires de relation distinctes et

pouvant être acteurs de la décision (médecin, pompiers, police, famille, voisin, ami, personne présente au moment des faits, etc.). Ils devront certifier que tout a été fait pour persuader la personne d'accepter la mesure d'assistance, et bien sûr de la présence du danger pour la personne ou pour autrui.

Nous pensons que les secteurs de psychiatrie devraient tous être équipés de centres d'accueil et de crise ouverts 24 heures sur 24 et dotés d'équipes mobiles capables de se déplacer sur les lieux de la crise. Ces équipes doivent avoir la capacité de jouer un rôle de modérateur de la crise et de négociation avec la personne.

A contrario, par *crise*, nous n'entendons pas seulement une situation brutale et spectaculaire. Par exemple, une situation d'incurie prolongée provoquée par un délire profond persistant et mettant la personne en situation de dénutrition est évidemment une situation de risque grave pour la personne et peut être qualifiée de *crise*.

Mais nous pensons que la présence d'un comportement original, *bizarre*, qui ne met en danger ni la personne, ni autrui ne justifie pas une mesure privative de liberté sauf si, bien sûr, il contrevient aux lois en vigueur...

Déjà à l'époque, nous prenions parti contre le principe d'un traitement ambulatoire obligatoire *qui inévitablement conduirait à l'atteinte à la vie privée, qui ne concevrait les soins que dans la compliance et l'observance imposées, potentiellement vécues comme arbitraires et persécutives. Il ne peut y avoir de « soin » psychiatrique (c'est-à-dire de la psyché de la personne) sans l'adhésion de la personne (même la prise de médicaments).*

Le *placement*, avant l'hospitalisation, peut permettre la mise en place d'un traitement négocié.

À l'époque, nous évoquions deux propositions qui, aujourd'hui, doivent être repensées.

Nous pensions que nous pouvions considérer différemment le placement dans l'espace sanitaire (qui, disions-nous, ne saurait dépasser



Jan Sanders, *Excision de la pierre de folie* (1555)

soixante-douze heures sans la saisine d'un juge car, par définition, dans un État de droit, toute privation de liberté doit relever de l'autorité judiciaire à moins de tomber dans la logique de la lettre de cachet) et le placement dans un autre espace qu'un espace sanitaire (locaux de police ou de gendarmerie, centre éducatif fermé...) qui ne saurait dépasser quarante-huit heures sans la saisine d'un juge.

Aujourd'hui, à la lumière des arrêts de la Cour européenne sur la garde à vue et de notre revendication que cette loi s'inscrive dans le droit commun, nous estimons que cette distinction ne s'impose plus.

L'autre proposition abandonnée, pour les mêmes raisons de fond, est l'exigence du certificat médical circonstancié comme pièce nécessaire et suffisante à fournir au juge.

Nécessaire, il le demeure, mais pourquoi cette pièce serait-elle suffisante pour justifier la contrainte ?

La *judiciarisation* nous paraît être la garantie essentielle face à une mesure privative de liberté. Comment pourrait-elle s'effectuer ?

Le contrôle de la mesure et le suivi dans la durée

La loi devrait créer deux instances qui faciliteraient l'efficacité de la mesure et, à terme, l'extinction de la contrainte par l'obtention du consentement, qui reste l'objectif :

- le juge des affaires psychiatriques ;
- la généralisation de la personne de confiance...

Le juge des affaires psychiatriques, comme cela existe en Espagne, serait le coordinateur de la commission départementale des affaires psychiatriques.

Cette commission aurait les mêmes compétences que l'actuelle commission départementale de l'hospitalisation psychiatrique mais son champ d'application serait élargi au soin extra-hospitalier.

Nous envisageons que ce soit un juge civil, équivalent au juge des tutelles. Aujourd'hui, sans

écarter cette hypothèse, nous sommes ouverts à étudier d'autres possibilités.

Ce juge aurait à se prononcer sur :

- l'hospitalisation sous contrainte, dans un délai de quarante-huit heures au maximum suivant l'évènement ayant justifié la contrainte ; l'élément déterminant est l'audition de l'intéressé, mais évidemment aussi d'autres éléments dont un certificat médical circonstancié ;
- le maintien de l'hospitalisation sous contrainte ; le juge pourrait confirmer le maintien de la mesure de contrainte chaque semaine au cours du premier mois, puis chaque mois à l'issue du premier mois.

Tous les six mois, le juge procéderait à une instruction approfondie de la situation de la personne.

Ces propositions n'ont pas pour but d'alourdir des procédures mais, au contraire, de passer le plus rapidement possible d'une mesure de contrainte à un soin avec consentement, la contrainte ayant été provoquée par une situation de *crise*, généralement passagère. Tout doit être mis en œuvre pour la mise en place d'un authentique contrat de confiance entre soignants et soignés.

Dans cette optique, le juge des affaires psychiatriques devrait pouvoir être saisi par les personnes hospitalisées (et pas seulement sous contrainte) dans le cas de litige entre la personne hospitalisée et le médecin concernant le traitement. Le juge chercherait une solution avec l'aide de la commission départementale des affaires psychiatriques, la compétence médicale n'étant pas mise en jeu mais aucun traitement ne pouvant réussir sans l'accord de l'intéressé. Le juge devrait statuer dans un délai d'un mois.

Le juge pourrait, de la même manière, être saisi par les personnes suivies en psychiatrie en dehors de l'hospitalisation.

Comme c'est déjà le cas actuellement pour la commission départementale des hospitali-

sations psychiatriques, la commission des affaires psychiatriques coordonnée par le juge pourrait se prononcer sur les questions relatives à la qualité de l'hospitalisation et sur la qualité des soins intra et extra-hospitaliers (sans mettre en cause la compétence médicale).

La place et la responsabilité de la personne de confiance sont essentiels au sentiment de sécurité de la personne objet d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Le sentiment de sécurité sera le meilleur facteur pour lever les réactions de méfiance injustifiée et d'agressivité intempestive.

Deux cas peuvent se présenter :

- la personne hospitalisée avait déjà, préalablement à la mesure, désigné une personne de confiance ;
- la personne hospitalisée n'avait pas, préalablement à la mesure, désigné une personne de confiance.

Dans le premier cas, pour que la personne puisse préalablement à la mesure désigner une personne de confiance, la loi devra prévoir comment l'information peut être donnée aux personnes en souffrance psychique pour avoir et désigner une ou des personnes de confiance. Cette disposition est un important facteur de prévention des risques liés à la souffrance psychique.

Ces personnes peuvent être des membres de la famille, des représentants légaux, des amis ou des membres d'associations, notamment Advocacy France dont c'est la vocation. Ces personnes auront pour but d'aider l'expression des personnes et d'éviter les malentendus, sans se substituer aux intéressés. La présence d'une personne de confiance ne peut en aucun cas être imposée mais doit être favorisée si elle est désirée par les personnes intéressées.

Les personnes de confiance devront être systématiquement appelées dans les situations de *crise* qui amènent la décision de contrainte dans le but de créer un apaisement et d'éviter, si possible, la contrainte.

Dans le second cas, si la personne n'a pas, préalablement à la mesure, désigné une personne de confiance, celle-ci doit être informée de cette possibilité dès son hospitalisation.

Ce peut être, comme dans le premier cas, des membres de la famille, des représentants légaux, des amis ou des membres d'associations comme Advocacy France.

Cependant, il doit aussi exister auprès des hôpitaux des personnes (*ombudsmans* selon le terme admis dans le nord de l'Europe) qui ne dépendent pas des services ni de la direction de l'hôpital, qui relèvent de l'autorité du juge des affaires psychiatriques et de la commission des affaires psychiatriques et qui puissent être mises au service de la personne hospitalisée sous contrainte pour l'aider à se faire entendre, sauf si elle s'y oppose. Le compte rendu de la personne de confiance serait demandé par le juge chaque fois qu'il aurait à statuer.

PROPOSITIONS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ PÉNALE

La présente position ne saurait être comprise sans la réforme de l'hospitalisation sous contrainte.

En effet, la situation des délinquants malades mentaux, si elle ne recouvre pas la totalité de l'hospitalisation sous contrainte, en est un volet incontournable et spécifique qu'il convient à la fois d'articuler avec celle-ci et de traiter en particulier.

Nos propositions prennent en compte le fait :

- qu'il n'y a pas de droit de l'homme sans droit du citoyen ;
- et que l'accès à la justice et l'accès au soin sont deux droits fondamentaux au même titre que l'accès à l'éducation, au travail, à des conditions de vie décentes, à la vie privée ou à l'exercice des droits civiques.

Nous en tirons les conclusions qui suivent.

La reconnaissance de la souffrance psychique ne doit pas s'opposer à la reconnaissance de la personne.

L'accès au jugement d'un acte délictueux est un fait de reconnaissance de la personne, fondamental du sentiment de réalité du contrevenant avant d'être aussi un acte de reconnaissance de l'état de victime.

Qu'est-ce que dire à quelqu'un qu'il y a *non-lieu* ? Pour le juriste, certes, cela veut dire qu'il n'y a pas lieu de statuer, mais ce refus de reconnaissance juridique ne peut-il être entendu comme un déni de la réalité de l'acte ? Est-ce que prononcer le *non-lieu* n'est pas affirmer que l'acte n'a pas eu lieu ?

L'application d'une peine est la conséquence logique de la reconnaissance de culpabilité par la justice.

L'application de la peine ne doit pas entraver l'accès aux soins. Pour cela, la suppression de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux est subordonnée à la réforme de l'hospitalisation sous contrainte afin que celle-ci soit conforme au respect des droits de l'homme. Nos propositions visent à prendre en compte tant le droit à la justice que le droit aux soins, sans subordination de l'un à l'autre.

Exercice de la justice et exercice du soin, besoin de justice et besoin de soin obéissent à deux logiques et à deux fonctionnements différents. Si elles peuvent, et même doivent, être prises en compte simultanément, les deux démarches doivent être réfléchies séparément pour respecter la rigueur de la logique et de l'éthique.

Exercice de la justice et besoin de justice

L'atteinte à l'intégrité de la personne ou aux biens d'autrui est un crime. Ce principe est un des fondements de notre vie en société. L'appareil judiciaire et pénal a pour vocation de faire reconnaître et appliquer ce principe. La notion judiciaire de *non-lieu* permet, en l'espèce, à la justice de renoncer à ses fonctions. Ce faisant, elle exclut la personne de la société. Pire encore, en annulant l'acte, le *non-lieu annule la personne*, dénie son existence. Privée de rendre compte, la personne est privée de parole, de responsabilité, de témoins de son existence. Ce constat s'applique tant au contrevenant qu'à la victime.

La reconnaissance du principe de justice impose que cette justice soit la même pour tous. Il revient donc aux juges et / ou aux jurés de prononcer la peine en fonction de la situation et des lois en vigueur, notamment dans l'appréciation des circonstances.

L'application de la peine ou les éventuelles réductions de peines relèvent de l'autorité du juge de l'application des peines. Le comportement du détenu pendant sa détention et les facteurs de réinsertion doivent être les facteurs essentiels d'évaluation de ce juge dans sa prise de décision.

Exercice du soin et besoin de soin

Le besoin de soin doit conditionner le lieu de détention. Le taux de suicide excessivement élevé dans les prisons nous indique l'effet clairement pathogène des prisons.

Aussi cette solution doit-elle être écartée si l'état du condamné nécessite des soins psychiatriques. C'est pourquoi nous préconisons qu'alors, l'incarcération se fasse dans un établissement sanitaire.

La politique de l'*open door* et de réhabilitation psycho-sociale des hôpitaux psychiatriques et la Charte des malades hospitalisés (qui affirme le droit à la libre circulation des malades) nous font opter pour la création d'hôpitaux psychiatriques pénitentiaires, nécessaires dans ce cas.

Pour autant, les deux mesures (soin et peine) ne doivent pas être confondues, et cela est déterminant pour le devenir de la détention.

Ainsi, si la personne, grâce aux soins, ne relève plus de soins psychiatriques (rappelons que c'est la finalité du traitement) mais que son temps de détention n'est pas terminé, semble-t-il logique qu'elle termine son temps de détention en prison.

Si, pendant cette incarcération, elle n'a pas besoin de nouveaux soins psychiatriques, elle sortira de prison à l'issue de sa peine et suivant la décision de justice. Elle pourra bénéficier de remises de peine dans ce cadre, ni plus ni moins que dans le cas ordinaire. Si elle a, de nouveau, besoin de soins psychiatriques alors

qu'elle est en prison, elle doit pouvoir retourner à l'hôpital psychiatrique pénitentiaire.

Si la personne, malgré les soins, et étant hospitalisée sous contrainte comme peine substitutive de l'incarcération, est toujours à l'hôpital psychiatrique pénitentiaire, c'est qu'elle a encore besoin de soins. Cependant, la durée de sa peine doit pouvoir bénéficier des mêmes conditions que si elle était en prison. Le juge de l'application des peines doit pouvoir se prononcer et les mêmes remises de peine s'appliquer. La durée de la détention doit être liée à la décision de la justice et non à celle de la médecine.

Si, à l'échéance de la détention, la personne a toujours besoin de soins, elle quittera l'établissement psychiatrique pénitentiaire. Elle se trouve alors dans la même situation que tout malade en psychiatrie. L'évaluation va relever alors de son besoin de soin, de sa demande et / ou de la compétence du juge des affaires psychiatriques (tel que nous l'avons défini supra). Elle doit pouvoir bénéficier d'un soin en ambulatoire ou en milieu hospitalier, en service libre ou sous contrainte, suivant sa situation.

PROPOSITIONS CONCERNANT LES TUTELLES ET CURATELLES

L'article 12 de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (entrée en vigueur en 2008)

Advocacy France se bat pour la reconnaissance de la capacité juridique pour toutes les personnes handicapées, dont évidemment les personnes en situation de handicap psychique. Ce combat paraît aujourd'hui en France relever d'une démarche subversive quand il s'agit pour nous d'être simplement à la hauteur des exigences de la modernité.

Il est effectivement curieux de constater que la dernière loi sur les tutelles, qui à notre sens ne change pas grand-chose au fond, a été votée par le Parlement français à peu près au même moment où l'Assemblée générale des Nations unies votait

la Convention des droits des personnes handicapées, et notamment son article 12 qui reconnaît la capacité juridique comme un droit fondamental pour les personnes handicapées.

Évidemment, la France a ratifié la Convention de l'ONU ; évidemment, elle n'applique pas l'article 12, ni aucun autre pays d'ailleurs. Ce n'est pas une raison pour ne pas se battre pour son respect et son application.

Mieux que d'autres, nous sommes aux prises avec les difficultés et nous avons fait la preuve de notre sens des responsabilités, mais nous demandons au législateur : qui décide de l'incapacité d'une personne et au nom de quoi ? Comment dans ce domaine ne pas penser à l'arbitraire possible, quelle que soit la bonne intention ? Comment ne pas évaluer l'impact de la disqualification ?

À l'heure où l'on trouve admirable qu'un homme écrive un livre avec la seule possibilité d'un clignement d'œil, il paraît médiéval de ne pas mettre en place un authentique et respectueux accompagnement des décisions et de continuer à se substituer aux personnes. Dans ce combat, nous reprenons les propositions de l'organisation *Inclusion Europe*. Ses propositions ont été approuvées à l'unanimité par le Forum européen des personnes handicapées.

L'idée fondamentale est de remplacer des mesures où un tiers se substitue à la personne handicapée dans la prise de décision par des dispositifs d'accompagnement à la prise de décision.

Nous reprenons ici les principales propositions des mesures d'accompagnement à la prise de décision élaborées par l'organisation de parents déficients intellectuels *Inclusion Europe*.

Promouvoir l'accompagnement à l'auto-représentation (*self advocacy*)

L'accompagnement à la prise de décision, tel qu'il est inscrit dans le texte de la Convention de l'ONU, commence par la pleine et totale capacité juridique de tous les citoyens, même ceux atteints d'une déficience sévère et profonde.

Le texte stipule le droit à bénéficier d'un accompagnement à la prise de décision, approprié, ainsi que les protections nécessaires.

Cela nécessite que l'environnement reconnaisse que les personnes ont des capacités en :

- garantissant que les compétences d'auto-représentation soient dans les programmes scolaires ;
- créant des conditions de mise en place de groupes d'auto-représentation et accompagnement ;
- soutenant et promouvant les organisations d'auto-représentation.

Utiliser les mécanismes généraux de protection pour défendre au mieux les intérêts d'une personne

Les systèmes d'accompagnement à la prise de décisions ne sont pas les seules mesures mises en place pour protéger les intérêts d'une personne. La protection du consommateur, l'information au consommateur, le droit des patients, la protection juridique des locataires, les droits des usagers des transports... sont autant de domaines, parmi d'autres, pour lesquels les États ont déjà installé des systèmes de protection des citoyens.

Remplacer les systèmes traditionnels de tutelle par l'accompagnement à la prise de décision

Les États doivent établir un plan pour la mise en œuvre graduelle du système d'accompagnement à la prise de décision, nouvellement adopté.

Les mesures traditionnelles de tutelle devraient être révisées, prenant en compte chaque cas, sur la base de réformes juridiques appropriées ; ces mesures de tutelle devraient être progressivement remplacées par le système d'accompagnement à la prise de décision.

Il faudra du temps pour développer ce système qui court le risque de certains dysfonctionnements si, en même temps, toutes les mesures de tutelle traditionnelles sont déclarées illégales. Il faudra donc, pendant la période de transition, que le système de tutelle et les systèmes d'accompagnement à la prise de décision coexistent en parallèle. Pour Advocacy

France, ce temps de cohabitation devra être préalablement fixé pour éviter le provisoire qui dure.

L'accompagnement à la prise de décision

Un système d'accompagnement à la prise de décision, agréé et fondé sur une loi, ne doit s'appliquer que quand cela est juridiquement nécessaire : un accompagnement à la vie de tous les jours ne requiert pas systématiquement de telles mesures. Notamment grâce aux bénévoles qui accompagnent souvent la personne pour des actes pratiques de la vie quotidienne (faire les courses, rénover un appartement, etc.).

C'est pourquoi les accompagnants agréés devraient se focaliser sur les décisions importantes ayant une incidence juridique qui affecte la vie de la personne handicapée adulte : avec qui et où souhaite-t-elle vivre, ses choix de travail et d'activités quotidiennes, ses décisions médicales, ses possibilités d'activités de loisir, son choix de services d'accompagnement appropriés quand nécessaire.

Les accompagnants agréés devront trouver un bon équilibre dans le soutien qu'ils apportent à la personne individuelle : ce soutien doit renforcer les capacités de la personne mais sans pour autant remplacer (mais au contraire encourager) le développement des réseaux de systèmes d'accompagnement existants. Les prestations des accompagnants devraient régulièrement être passées en revue.

Sélection et agrément des personnes accompagnatrices

Tout système d'accompagnement à la prise de décision se doit de répondre aux besoins de la personne handicapée individuelle. C'est pourquoi l'accompagnant devrait être choisi par la personne individuelle handicapée. Le fait pour la personne handicapée de connaître personnellement le futur accompagnant depuis un certain temps pourrait constituer un avantage.

Il faudrait envisager la possibilité qu'une personne handicapée puisse avoir plusieurs accompagnants. Cela peut s'avérer être particulièrement important pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles profondes : car un groupe d'accompagnants, qui connaissent

chacun les capacités de l'individu sous différents aspects, seront mieux à même de l'accompagner pour répondre à ses besoins.

Les autres articles de la Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées

Ces dispositions relatives à la capacité juridique seraient, à notre sens, incomplètes sans l'application de l'article 23 qui garantit l'égalité dans la famille, la parentalité, le mariage et les relations ou le droit de conserver la fertilité et assure que la garde des enfants ne peut pas être refusée sur la base d'un handicap d'un parent ou de l'enfant.

Ce qui doit donc être fait :

- abroger les lois qui disqualifient les personnes handicapées en matière de mariage, pour les relations sexuelles consensuelles ou dans l'exercice des droits parentaux ;
- mettre fin à la stérilisation forcée ou contrainte et à l'avortement des personnes ayant un handicap psychosocial ;
- veiller à ce que les gens ne perdent pas

le droit ou la liberté d'avoir des relations sexuelles dans les prises en charge résidentielles ou lorsqu'il y a utilisation des services d'aide à domicile ;

- rendre disponible les assistants personnels pour les parents ayant un handicap psychosocial, si ces derniers souhaitent avoir une telle assistance ;
- former les juges et les avocats pour s'assurer que les décisions sur la garde des enfants ne reflètent pas les préjugés au sujet des parents ou des enfants handicapés.

Enfin, va-t-on rester sans voix face à la question du droit de vote (et nous savons combien cela peut heurter certains lobbys) ? Si la convention de l'ONU, dans son article 29, est sans ambiguïté à ce propos, rappelons-nous les débats qui ont nourri l'Assemblée nationale entre les deux guerres mondiales. Alors qu'un grand pays comme l'Allemagne est dirigé aujourd'hui par une femme sans que cela ne pose problème, les députés d'alors refusaient en France le droit de vote aux femmes au nom de leur incapacité... il y a de cela soixante-cinq ans seulement.

C'est absolument sans aucun humour que nous portons ici la comparaison entre les droits des personnes que l'on qualifie de folles et les droits des femmes. C'est avec raison que l'on dit que la mise sous tutelle des femmes n'est pas encore totalement dépassée dans bien des domaines. C'est, nous disait-on, parce qu'elles avaient le cerveau plus petit que les hommes !

La question de la reconnaissance de la capacité des fous à prendre la parole est une lutte d'émancipation qui prend exemple sur le combat féministe.

• • • •



« ÊTRE EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU QUOTIDIEN,
C'EST UNE AVENTURE MAIS AUSSI UN COMBAT »

Le témoignage de Florence Leroy,
pour Advocacy France*

J'ai eu envie de vous dire mon expertise en tant que membre d'Advocacy et qu'*advocate*.

Être en souffrance psychique au quotidien, c'est une aventure mais aussi un combat. J'ai souvent envie de dire que, dans mon histoire où les choses n'ont pas été toujours faciles, il a fallu que je me batte chaque jour pour garder ma dignité et surtout être une citoyenne dans notre société où la différence est si souvent perçue comme un handicap. Mon handicap n'est pas visible au premier abord ; pourtant, il est bien présent au quotidien et les choses ne sont pas toujours faciles.



Tout d'abord, il a fallu accepter la maladie et l'étiquette de schizophrène mais le combat n'était pas fini... Je me suis retrouvée souvent enfermée dans un hôpital psychiatrique. Je ne souhaite à personne de vivre ces moments difficiles de l'enfermement où l'on est privé de liberté. J'appelle l'hôpital psychiatrique la prison dorée. L'hôpital est un lieu dont on n'oublie pas, même lorsqu'on n'y est pas allé depuis longtemps, les fantômes de cet enfer.

À la suite de cela, il a fallu que je trouve du travail. J'ai effectivement un DEUG d'histoire, mais la Cotorep (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) ne me propose qu'un emploi dans les espaces verts ou la cuisine. Finalement, je choisis les espaces verts et je me trouve orientée vers un CAT (centre d'aide par le travail) avec des personnes ne sachant ni lire, ni écrire. L'atterrissage dans cet univers était difficile et déroutant. Toutefois, j'y suis restée huit ans et j'y ai appris un métier qui m'a permis de canaliser mon trop-plein d'énergie et la base des règles du travail.

La finalité fut tout de même mon entrée en milieu ordinaire dans une mairie. La situation et l'acceptation de ma différence par mes supérieurs et

* Association d'usagers en santé mentale, voir page 52.

mes collègues ne fut pas simple, par ignorance de ce qu'était le handicap psychique. De plus, j'ai cumulé une autre difficulté, celle d'être une femme dans un milieu exclusivement masculin. Pour exemple, mon chef, ne comprenant rien, ne me fit faire que les tâches les plus ingrates et se permettait de m'insulter au quotidien. N'importe qui soumis à ce harcèlement moral aurait perdu son sang-froid et aurait *pété les plombs*. Mais moi, comme j'étais avec ma particularité, j'aurais dû accepter et me résigner sans réagir. C'était mal me connaître mais cela ne m'a apporté que des bonnes choses. Pour preuve, je réussis mon concours pour passer au grade supérieur, de plus première ; mais il est annulé sous prétexte que j'avais été en arrêt de travail pour le préparer... Quelle discrimination !

J'appelle l'hôpital psychiatrique la prison dorée

Deuxième étape : l'expérience que j'ai menée au sein d'Advocacy qui est un engagement personnel et militant de citoyenneté. Même si, au départ, ce ne fut qu'une histoire de rencontre, je me suis très vite rendu compte que notre force c'était de faire ensemble entre nous et avec des alliés professionnels militants prêts à changer leurs façons de faire, et non pas de nous opposer. J'ai appris à changer mon regard sur les professionnels mais, eux aussi, ont changé leur regard sur

nous. Nous ne sommes plus de simples patients mais avant tout des citoyens. Je n'aime pas non plus le terme d'usager car on dit aussi bien usager en santé mentale qu'usager des transports en communs ! Nous sommes des personnes !

REPÈRES

Florence Leroy a rejoint l'association Advocacy France en 1997, lors de sa création. *

Actuelle vice-présidente de l'association, elle en a été présidente de 2004 à 2006.

Elle a participé activement, de 1997 à 2000, aux programmes européens *Transfert de compétence pour promouvoir l'Advocacy en France* et *Aide aux recours en santé mentale*, notamment lors de voyages d'étude et de séminaires. Elle a été la première présidente de la délégation régionale d'Advocacy Paris-Île-de-France. Elle a joué un rôle majeur dans l'animation des Forums pour une Politique citoyenne en santé mentale, à la mairie de Paris, en 2003 et 2008.

Elle a contribué comme co-auteure à différents articles dont, récemment : *Vous avez dit «entraide mutuelle» ?* **

Sur le plan personnel, Florence Leroy a été hospitalisée en psychiatrie, à l'âge de 19 ans, à la Clinique universitaire de Choisy, pendant deux ans sans interruption ; elle poursuivait alors des études d'histoire (elle est titulaire du DEUG).

Elle réussit ensuite à travailler comme secrétaire pendant deux ans. Elle connaîtra diverses ré-hospitalisations et est aujourd'hui suivie en CMP.

En 1994, elle investit un logement loué par l'association *Espérance Paris*, qu'elle gardera en devenant locataire à son nom, grâce au principe du bail flottant. Dans le même temps, elle a la reconnaissance de travailleuse handicapée et intègre le CAT de l'association *Vivre*.

En 2002, elle est embauchée comme employée municipale en espaces verts par la ville du Kremlin-Bicêtre, dans le cadre des emplois réservés aux personnes handicapées (statut qu'elle n'a plus depuis cette année).

Entre temps, son compagnon l'a rejoint dans son logement et leur fils est né en 2007. La famille peut alors déménager pour un appartement plus spacieux.

* L'association Advocacy France, créée en 1997, est une association d'usagers en santé mentale, médico-sociale et sociale. Ses instances dirigeantes sont constituées d'usagers ou d'ex-usagers (ou de leurs parents).

Site internet : [ICI](#)

** Revue *Vie sociale et traitements* 2011 / 4 n° 112, pages 106 à 111 : [ICI](#)

La rencontre et le militantisme m'ont poussé à présider Advocacy France durant deux ans. Reprendre le flambeau derrière Martine Dutoit, ce n'était pas tous les jours simple mais ce fut une expérience enrichissante et passionnante. J'ai appris à prendre des responsabilités, à parler au nom du collectif et non plus individuellement.

Pour la première fois de ma vie, j'étais reconnu à une place

d'adulte responsable de mes actes et ma parole avait un sens.

Troisième étape, dans le CAT où je travaillais, je rencontre un compagnon...

Malgré nos différences, nous nous aimons et il m'aide à me stabiliser : pour preuve, je ne suis plus jamais retournée à l'hôpital psychiatrique depuis notre vie commune de dix ans. Mon compagnon et père de mon

enfant est handicapé mental léger. Mais il a la douceur et le calme qui m'aide à contrôler mes pulsions et il sait gérer mes angoisses quotidiennes et y pallier. Au bout de sept ans, nous avons le projet d'un enfant et là survient le doute. Comment mener une grossesse avec la prise de neuroleptiques sans mettre en danger le bébé ?

J'ai le droit et le devoir d'être comme tout le monde et je le revendique.

Au bout de trois ans, je tombe enceinte. Nous avons désiré cet enfant plus que tout et nous sommes si fiers de l'avoir eu. Il a renforcé notre amour. Je décide de prendre le risque et de poursuivre mon traitement durant la grossesse. Victoire, je donne naissance à un petit Matthieu tout à fait normal. Je me suis battue pour accoucher dans la maternité que j'avais choisie et non pas dans une unité spécialisée mère-enfant où l'on voulait m'envoyer. Mon fils est né comme n'importe quel nourrisson du XX^e arrondissement de Paris à l'hôpital Tenon. Désormais, je me consacre à son éducation. Souvent, je me heurte à des professionnels qui, par peur, manque de confiance et ignorance, ont parfois des comportements abusifs. La naissance de mon fils m'a de nouveau fait rencontrer l'institution *sourde* contre laquelle je me bats au quotidien. J'ai le droit et le devoir d'être comme tout le monde et je le revendique. Pour exemple, lorsque j'ai accouché, un jour la sage-femme est venue devant moi pour m'observer : *montrez-moi comment vous changez une couche, comment vous donnez un biberon*, sur un ton inquisiteur. Mes peurs étaient les mêmes que celles de n'importe quelle jeune maman mais, moi, je n'avais pas le droit à l'erreur. Pourtant, je me suis vite rendu compte que mes questions étaient les mêmes que celles de n'importe quelle autre maman.

Matthieu et Krystoff me permettent de réaliser ce rêve de famille que j'ai toujours voulu avoir.

Tout le monde aurait pu venir à cette tribune raconter son histoire, car elles sont toutes aussi exemplaires que la mienne et toutes plus étonnantes les unes que les autres.

• • • •



Paul Richer, *Attaque démoniaque* (1880)

LE MALADE, NOUVEAU SUJET DE DROIT

Par Marianne Yvon,
coordonnatrice de l'action *Accès au droit et santé mentale* (ADSM) pour l'association Droits d'urgence

Se positionner comme sujet de droit implique d'avoir conscience de ses droits et de ses devoirs, de les connaître, de pouvoir les exercer et de les faire reconnaître lorsqu'ils sont menacés ou refusés. Notre droit étant ce qu'il est (obscur, complexe, technique, sans cesse changeant...), notre affiliation à la société, marquée par un mouvement croissant de *judiciarisation*, requiert pour tout un chacun un niveau de mobilisation conséquent.

En situation d'exclusion sociale, les difficultés financières, administratives, juridiques, personnelles et médicales se cumulent et s'imbriquent souvent. Il faut répondre à des besoins de droit multiples et urgents.

Le sentiment exacerbé d'insécurité juridique des personnes concernées le dispute au sentiment d'impuissance face aux institutions chargées de les mettre en œuvre (vécues comme maltraitantes ou stigmatisantes) (1). Des processus qui conduisent parfois au renoncement pur et simple à la demande de droit (2).

Comment aborder, dès lors, cette citoyenneté formellement reconnue lorsqu'en plus des déterminants sociaux et d'un droit difficilement accessible la personne doit composer avec les retentissements de troubles psychiques ou psychiatriques invalidants (3) ? Comment défendre ses droits et continuer de les exercer pendant les temps d'hospitalisation ?

(1) Voir le rapport spécial des Nations unies intitulé *Extrême pauvreté et droits de l'homme* (par Magdalena Sepúlveda Carmona, 4 août 2011), page 16 : [ICI](#)

(2) *D'après les observations, les non-requérants sont d'abord les personnes les plus précaires économiquement et socialement : elles sont mal informées, à distance des services sociaux, parfois lassées par rapport aux contrôles répétés dont elles font l'objet... Un facteur « âge » rentre aussi en compte : certaines personnes, notamment les plus jeunes, ont perdu l'idée d'avoir des droits, car les systèmes se complexifient et la transmission de la conscience de ces droits s'exerce moins au sein de la famille. Enfin, on a également observé un renoncement à certaines prestations motivé par la crainte d'être accusé de profiter du système et stigmatisé.*

Cette citation provient d'une interview de Philippe Warin, responsable scientifique d'Odenore, et de Yves Saillard, chercheur, dans le quotidien *Libération* du 13 novembre 2012. Pour lire tout l'article : [ICI](#)

(3) *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*. Par Anne Laporte et Pierre Chauvin (SAMU social de Paris et Inserm), 2004 : [ICI](#)

L'enjeu est double : si les effets de la maladie mentale, dans cet environnement, entravent l'exercice des droits des personnes dans leur vie quotidienne, il convient également de mesurer l'impact produit par les atteintes au droit de ces personnes sur leur santé.

LES CONSTATS ET LES BESOINS

Depuis plus de dix-sept ans, l'association Droits d'urgence lutte contre l'exclusion en favorisant et développant l'accès au droit des personnes en situation de précarité sur le territoire parisien. Au-delà des permanences juridiques mises en place au sein de structures associatives ou institutionnelles (hôpitaux, maisons d'arrêt), elle a contribué, aux côtés d'autres acteurs institutionnels et associatifs, à développer des dispositifs d'accès au droit tels que les PAD (4), RAD (5) ou l'opération *Bus-Barreau de Paris Solidarité*.

Conscient cependant de difficultés persistantes à répondre de manière appropriée aux besoins d'information et d'accompagnement juridiques des personnes démunies souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, Droits d'urgence a engagé en 2006 une réflexion avec un certain nombre d'acteurs : usagers, médecins, travailleurs sociaux d'établissements psychiatriques...

Des constats ont été opérés qui ont conduit à pointer deux besoins particuliers.

La nécessité de convoquer le droit dans le champ médico-social

Confrontés à la complexité du droit et en butte aux imbroglios juridiques des patients qu'ils accompagnent, les professionnels médico-sociaux se sentent démunis. Qu'elles soient juridiquement fondées ou non, les demandes de droit sont abondantes, envahissantes et anxiogènes. Elles entravent le soin comme le projet social.

Qui peut et comment y répondre ? Les questions de la légitimité et de la responsabilité professionnelles se posent et sont essentielles. Au-delà du précieux travail d'accès aux droits que réalisent quotidiennement les travailleurs sociaux (aide à la demande d'une couverture de soins, d'un logement, de prestations...), l'accès au droit et à la justice pour défendre ce qui est refusé ou menacé s'avère plus hasardeux.

Si le patient accède ainsi au statut d'usager, il ne parvient que trop rarement à revêtir celui de justiciable (6).

Quant aux professionnels, intégrant les difficultés à entreprendre telle ou telle démarche, anticipant et faisant loi des pratiques de certaines administrations, pourtant illégales sur le fond (notamment en matière de droit au séjour des étrangers malades), certains renoncent... Nombreux sont évidemment ceux qui se saisissent des dispositifs d'accès au droit et assurent des orientations afin que la personne concernée trouve toute l'aide nécessaire. Mais le défaut de retour effectué par le ou les juristes rencontrés quant aux informations délivrées ou aux actions éventuellement déclenchées va alors poser problème, entravant l'accompagnement social. Pour les personnes les plus vulnérables, hospitalisées ou dans l'incapacité d'effectuer ces démarches à l'extérieur, la question du relais juridique demeure entière.

L'absence de coordination suffisante des interventions conduit inévitablement à une déperdition importante des actions mises en place. Le besoin d'agréger une ressource juridique, étroitement articulée à l'équipe médico-sociale, a clairement été posé tant pour garantir une montée en compétences indispensable pour la préservation des droits et de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou psychiques que pour améliorer

(4) Points d'accès au droit, gérés par la ville de Paris.

(5) Relais d'accès au droit, gérés par l'association *Accès au droit Solidarité Paris* dans le cadre d'un marché public passé avec la ville de Paris.

(6) Voir, en ce sens, l'article *Des fabriques d'accès au(x) droit(s)* (par Catherine Chauveaud, Pierre Mazet et Philippe Warin) dans *La lettre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale* (avril 2011) : [ICI](#)

la qualification des professionnels sur ces enjeux d'accès au droit.

La nécessité d'adapter l'offre d'accès au droit aux vulnérabilités des personnes

Par leur structuration, les dispositifs institutionnels habituels d'accès au droit (permanences d'accès au droit, maisons de justice et du droit) répondent mal aux besoins juridiques des personnes en situation de précarité, souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques.

Parce qu'ils obligent tout d'abord à une démarche positive : pousser la porte d'un dispositif *Ville* ou *Justice*, se présenter et faire état de ses problèmes de droit, excluant *de facto* les plus dés-affiliés.

Par ailleurs, conçus pour délivrer des informations spécialisées, ces dispositifs conduisent à poser autant de rendez-vous auprès d'intervenants différents que la personne rencontre de problèmes juridiques. Cette démultiplication des professionnels et des interventions qui en découlent se révèle peu adaptée au besoin d'accompagnement et de coordination des démarches exprimé par les sujets de droit concernés. L'information, pour importante qu'elle soit, ne suffit pas à garantir un exercice effectif des droits.

Enfin, les professionnels judiciaires et d'accès au droit se révèlent fort impuissants face aux problématiques de santé mentale et, reconnaissons-le, parfois discriminants. Le trouble psychique ou psychiatrique est (trop souvent) mis en avant, occultant la dimension juridique, comme si l'un excluait l'autre.

Notre ignorance des enjeux de santé mentale et des acteurs susceptibles de venir en appui constitue de réels facteurs bloquants pour l'accès au droit des personnes vulnérables. Certains professionnels sont, certes, plus qualifiés pour appréhender les problématiques de santé mentale et assurer un accompagnement juridique capable de les prendre en considération. Ils œuvrent cependant dans des domaines bien particuliers tels que les droits des victimes d'infraction pénale ou des demandeurs d'asile, les

droits des patients ou des personnes majeures protégées... L'objet est circonscrit.

En exhortant les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou psychiques à recouvrer leur pleine citoyenneté, ce sont tous les pans de la vie quotidienne et, par voie de conséquence, tous les domaines juridiques qui devraient être perméables à la dimension de vulnérabilité et offrir des réponses adaptées.

LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION ACCÈS AU DROIT ET SANTÉ MENTALE

Ces recensements de nos écueils et de nos besoins respectifs ont présidé à la conception et à la mise en place du dispositif expérimental *Accès au droit et santé mentale* (ADSM).

Droits d'urgence, le centre hospitalier de Sainte-Anne, le groupe public de santé Perray-Vaucluse et l'unité de *psychiatrie / psycho-traumatologie / souffrances au travail* de l'hôpital Tenon (AP-HP) ont fondé une méthodologie d'intervention originale pour soutenir et renforcer l'accès au droit effectif des personnes exclues souffrant de troubles, suivies en intra comme en extra-hospitalier.

Retenu en 2009 dans le cadre de l'appel à projets d'expérimentation sociale initié par le Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté, ce projet a été financé pendant les trois années de sa mise en œuvre (2009-2012) par la Direction générale de la cohésion sociale.

Un pôle juridique spécifique, constitué par l'association Droits d'urgence, a intégré par convention de partenariat les établissements de santé partenaires précités (l'Association de santé mentale du 13^e arrondissement a rejoint l'expérimentation en octobre 2011). Coordonné au sein des structures hospitalières par la filière socio-éducative et un ou plusieurs médecins référents, le dispositif ADSM assure mensuellement des commissions techniques en présence des représentants précités.

Les difficultés juridiques des patients et leurs demandes de prise en charge sont présentées et évaluées, articulant expertises médicale, sociale et juridique (7).

Tenant ainsi compte de la situation globale et spécifique des intéressés, respectant le temps du soin et le temps du droit, une orientation est assurée vers les dispositifs ou acteurs d'accès au droit compétents. Lorsque les difficultés sont telles qu'elles interfèrent trop lourdement sur l'autonomie des personnes concernées et appellent à un resserrement des compétences, les demandes sont orientées vers les permanences juridiques organisées par le pôle juridique.

Les personnes concernées bénéficient, dans ce cadre, d'une information sur l'ensemble de leurs droits et obligations ainsi que d'un accompagnement et d'un suivi dans leurs démarches quand cela est nécessaire (accompagnements physiques, aides à la constitution de demandes, requêtes, recours...).

En mars 2011, l'ordre des avocats du barreau de Paris, impliqué dès le départ dans ce projet, a constitué et mis à la disposition du dispositif un pôle d'avocats capables de conseiller et de représenter gracieusement les personnes rencontrées. Cet apport a marqué une étape importante, permettant de garantir une véritable montée en compétences des interventions, toujours étroitement coordonnées par ailleurs.

Enfin, le dispositif agit à destination des professionnels médico-sociaux en assurant une information juridique ponctuelle, par téléphone, ou en organisant des sessions de sensibilisation sur les thèmes de leur choix. Il intervient de la même manière auprès des professionnels de l'accès au droit à Paris, en les sensibilisant cette fois aux enjeux et problématiques de santé mentale.

(7) Toutes les situations sont présentées à la demande des patients ou avec leur accord et sont anonymisées au moment de leur passage en commission technique. Les juristes n'ont naturellement jamais accès au dossier médical.

LE BILAN

Au terme de trois années d'exercice, le dispositif a produit un certain nombre d'effets et a fait l'objet d'une évaluation.

Sur le plan des droits des personnes rencontrées et suivies, le projet répond aux objectifs. Le taux de démarches menées à leur terme ayant abouti à l'obtention d'un ou de droits, à la préservation de droits menacés ou au recouvrement de droits perdus, est supérieur à 80 %. Le niveau d'abandon des démarches, lui, est significativement plus faible que celui constaté au sein des structures d'accès au droit commun.

Ces résultats sont également à apprécier au regard de l'antériorité des problèmes de droit rencontrés par les personnes concernées. Depuis plus d'un an, les justiciables n'avaient rien entrepris dans 40 % des cas. Pour le reste, ils s'étaient débrouillés seuls ou avaient sollicité un avocat, un dispositif d'accès au droit ou une association spécialisée.

De notre point de vue, la dynamique de collaboration des travailleurs sociaux et des médecins a contribué grandement au succès des démarches entreprises, certaines très stressantes pour les personnes concernées (procédure engagée pour agression sexuelle, contestation d'une obligation de quitter le territoire, intervention dans le cadre d'une procédure d'expulsion ou de mise en incapacité totale de travail...).

Naturellement, le succès du dispositif ne se détermine pas qu'au regard des droits obtenus : le travail consistant à prendre le temps d'explicitier au justiciable pourquoi sa demande de droit subjective ne pourra pas être traduite en droit objectif (par exemple en raison d'une prescription du délai pour agir ou de conditions non réunies...) est essentiel.

Autre point positif, la formalisation d'un travail inter-partenarial et transversal opéré par le dispositif ADSM a permis une implication de tous les acteurs sociaux et médicaux.

La filière socio-éducative a joué et joue un rôle pivot au sein des établissements de santé, assurant un travail capital de portage et de coordination.

L'introduction de juristes partenaires a opéré une véritable triangulation permettant notamment de repenser les rapports entre professionnels ou entre les cultures sociales et médicales.

Pour le travailleur social, la possibilité de *faire porter* le discours juridique par ce tiers acteur du droit lui permet de préserver la

relation de confiance établie avec la personne dont il assure le suivi, en particulier lorsque ce discours laisse entendre que la demande de droit ne pourra malheureusement pas être satisfaite en l'état.

Du côté des soignants, le recours au dispositif permet de soutenir une alliance thérapeutique fragilisée par des conditions de vie difficiles. Dans un ouvrage, le docteur Mercuel évoque ainsi le dispositif ADSM comme un élément de médiation, permettant de ramener aux soins (8).

Cette prise en compte, ici et maintenant, des personnes hospitalisées ou suivies en soins ambulatoires par un tiers professionnel du droit, témoigne d'un respect de leurs préoccupations et de leur qualité de sujet de droit.

Le dispositif *Accès au droit et santé mentale* a été reconduit en 2012 et se généralise actuellement à l'ensemble des établissements psychiatriques parisiens. Un certain nombre de défis méritent d'être relevés pour l'avenir.

Comment, en particulier, amorcer et améliorer le retour vers les dispositifs d'accès au droit commun après une prise en charge assurée dans un premier temps par ADSM ? Comment l'anticiper et quels appuis offrir pour permettre une transition sans rupture ?

Dans le contexte de la loi du 5 juillet 2011, comment penser, renforcer et articuler soutien à l'accès au droit des personnes suivies (dans tous les domaines de leur vie quotidienne) et soutien à l'information des patients par rapport aux modalités de prise en charge ? Comment également préserver le secret professionnel et garantir la confidentialité, dans ce contexte croissant de mise en réseau des acteurs ?

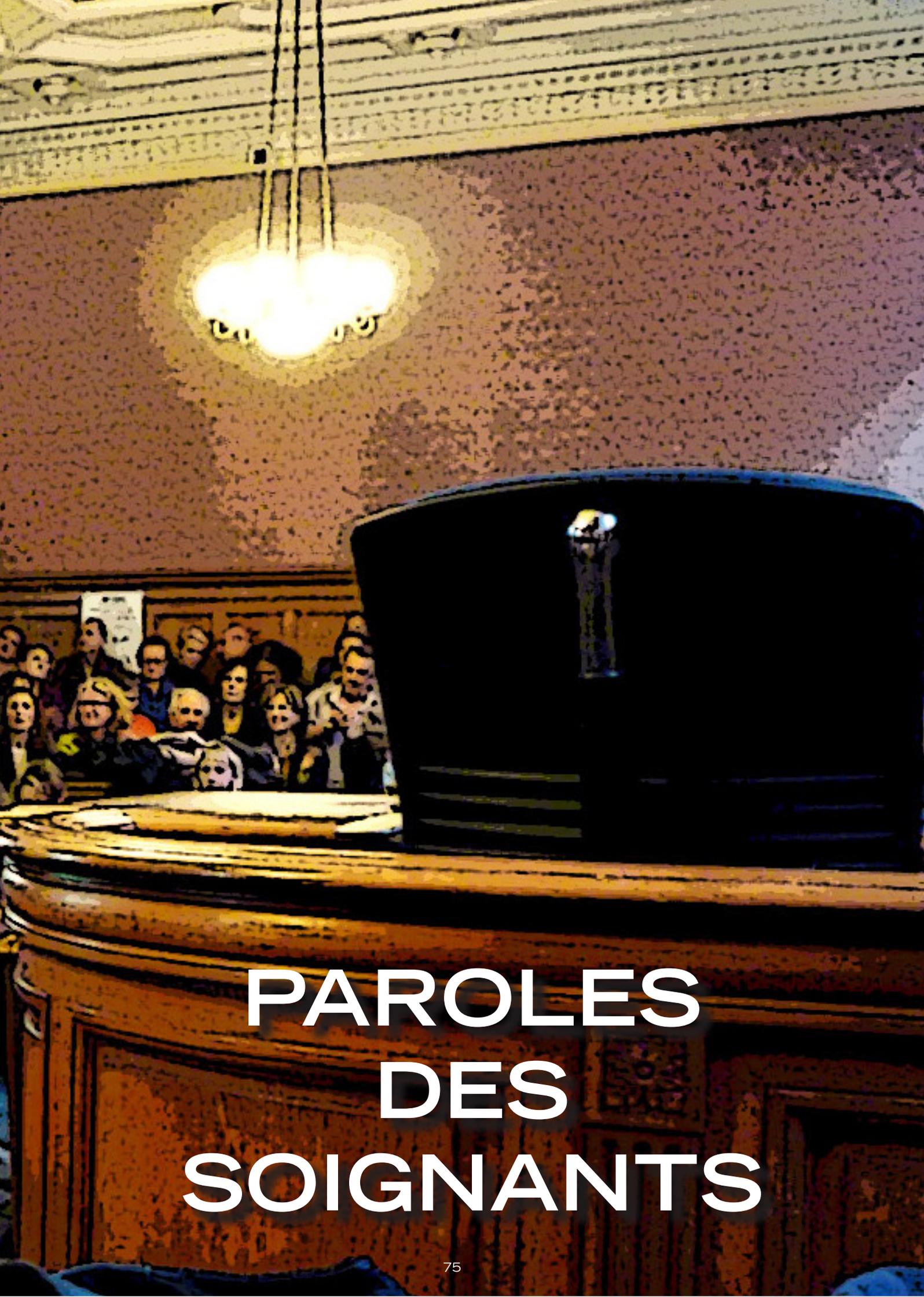
• • • •

(8) *Souffrance psychique des sans-abri, vivre ou survivre*. Par le docteur Alain Mercuel, éditions Odile Jacob, novembre 2012, page 196 : [ICI](#)



**ACTES DU COLLOQUE
ORGANISÉ PAR LE SM.
LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS :
LA NOUVELLE DIAGONALE
DU FOU.**





PAROLES DES SOIGNANTS

DE NOUVEAUX ENJEUX POUR LES SOIGNANTS

Par le docteur Marc Girard

En médecine, le préalable du consentement informé n'est pas seulement une exigence morale et déontologique : posé par l'article 16-3 du Code civil, il s'agit d'un droit protégé par la Constitution, ainsi que par la Convention européenne des droits de l'homme (inviolabilité du corps humain).

La loi du 5 juillet 2011 (qui n'a fait qu'élargir une législation bien antérieure) contrevient à ce principe pourtant sacré d'éthique et de droit médicaux : qu'est-ce qui peut justifier une telle entorse ? L'emboîtement d'au moins deux fantasmes :

- l'un qui lie *nécessité de soins* et certaines *atteintes à l'ordre public* (article L.3213-1 du Code de la santé publique), dont l'inconvénient est au moins double : il médicalise l'écart à la norme et fait du psychiatre un agent objectif du maintien de l'ordre ;
- l'autre qui tient la psychiatrie pour une science à laquelle on pourrait se fier, qu'il s'agisse du diagnostic ou du traitement.

Ce qui, soit dit presque sans ironie, appellerait de toute urgence une lecture psychiatrique, c'est le formidable déni de l'évidence qui sous-tend la persistance, et même l'intensification, de ces deux fantasmes malgré l'accumulation continuelle de réfutations pourtant impressionnantes.

Alors qu'intervenant sur le même thème devant le Syndicat des avocats de France (SAF) voici un mois, je considérais avec une certaine anxiété le risque de me répéter, je n'ai qu'à me baisser pour trouver dans l'actualité de l'entre-temps des éléments qui me permettent de renouveler mon argumentation.

Ainsi, par exemple, de ce procès corse d'un adolescent, ayant sauvagement tué ses parents et ses jeunes frères, qui cristallise sur sa frêle personne trois expertises, collégiales s'il vous plaît, couvrant à elles seules le spectre entier de ce qu'on pourrait attendre si l'expertise psychiatrique était purement aléatoire (c'est-à-dire équivalente à un simple jeu de pile ou face) : une concluant à l'abolition du discernement, une autre à l'altération de ce même discernement, une troisième à la responsabilité pénale. Exit donc la médicalisation et l'arrogance de ses servants... Il nous reste pour seule qualification celle qui n'a pas changé depuis la nuit des temps : le sacrilège...

Ainsi encore de ce procès marseillais où la mise en cause pour homicide involontaire d'une psychiatre à la suite d'une erreur d'évaluation (dont l'obstination semble faire toute la gravité) soulève une levée de boucliers dans la corporation psychiatrique pourtant habituellement si fière des

prérogatives, exceptionnelles en médecine, que lui reconnaît la loi. Mais imagine-t-on sérieusement que quiconque puisse prétendre collaborer au maintien de l'ordre sans engager sa responsabilité d'une façon ou d'une autre ?

Qui n'a encore en mémoire le tollé qu'a suscité voici quelques mois la proposition que la légitime défense soit présumée à chaque fois qu'un policier userait de son arme de service ? Il y aurait donc deux poids et deux mesures pour les gardiens de l'ordre : ceux qui sont responsables de leurs erreurs ou de leurs fautes et les autres, collaborateurs occasionnels mais de droit divin (1) ?

Et quelle crédibilité, de toute façon, pour ces *experts* en dysfonctionnement mental toujours prompts à excuser leurs errements par la difficulté de leurs évaluations et qui paniquent de façon aussi réflexe à chaque fois qu'on évoque leur responsabilité ?

(1) Formés au *colloque singulier* et constitutionnellement rebelles à toute forme de contrôle (comme le savent d'expérience les inspecteurs de l'assurance maladie...), les médecins en général (et les psychiatres en particulier) sont strictement inaptes à toute fonction, directe ou indirecte, de maintien de l'ordre, notamment dans ses dimensions de contrainte (autorités de contrôle) ou de collaboration (avec les magistrats, les forces de l'ordre, les avocats...). Lors de la récente formation organisée par le SAF, l'on a pu entendre un juge des libertés et de la détention avouer son effarement face aux réactions absolument puériles d'une équipe médicale confrontée à la nécessité d'hospitaliser un détenu. Semblablement (et une infirmière psychiatrique l'a confirmé lors du présent colloque), les psychiatres qui se montrent si péniblement flattés des pouvoirs de contrainte qui leur sont reconnus par la loi sont en même temps compulsivement révoltés à l'idée de devoir rendre sérieusement des comptes au pouvoir judiciaire.

(2) Sachant, de plus, que la loi du 5 juillet 2011 demande aux psychiatres une évaluation de prévisibilité ce qui, à l'évidence, est bien plus difficile que l'expertise pénale demandant simplement une reconstitution...

Petit exercice de statistiques à présent : risquons que, dans les affaires criminelles où une pluralité d'experts est consultée, le taux de désaccord entre eux avoisine 30 %, pour rester modéré. Amusez-vous, maintenant, à appliquer ce pourcentage d'incertitude aux quelque 60 000 personnes recevant actuellement des soins sous contrainte sachant, en plus, que dans ces derniers cas l'évaluation est loin d'être confiée à des *experts*, de telle sorte que le taux d'erreur est certainement bien supérieur encore (2).

Des dangers des psychotropes au fantasme de la guérison...

Dans les limites de temps qui sont les miennes, je me permets de vous renvoyer à ma précédente communication, actuellement publiée sur mon site, pour trouver la démonstration dûment référencée des éléments factuels qui fondent la présente réflexion, à savoir :

- les traitements psychiatriques peuvent

REPÈRES

Marc Girard est mathématicien de formation, puis il est devenu médecin.

Il s'est spécialisé en recherche clinique et en épidémiologie, avec un intérêt tout particulier pour les effets dommageables des traitements médicaux (*iatrogénie*).

Il a longtemps travaillé comme consultant pour l'industrie pharmaceutique.

Il exerce, depuis 2000, comme psychothérapeute.

Il a été expert judiciaire jusqu'en 2005, désigné dans de nombreuses affaires de santé publique (hormone de croissance, *diéthylstilbestrol*, anorexigènes, *cérovastatine*, vaccin contre l'hépatite B, éthers de glycol, pesticides...).

Il poursuit avec les juristes son travail de passeur, par voie de publication ou d'enseignement.

s'avérer rigoureusement inappropriés dans leur indication et strictement abusifs dans leur prescription, notamment en ce qui concerne les posologies utilisées ainsi que les associations administrées ;

- les psychotropes ne sont pas si efficaces que cela, et notamment sur le long terme, dont le souci est pourtant la justification centrale du concept de soins sous contrainte ;
- leur tolérance est tellement problématique que leur administration sous contrainte peut valoir pour une véritable mutilation forcée, voire pour une menace de mort : en tout état de cause (et vous en avez l'expérience tous les jours), l'état de délabrement physique et psychique où se trouvent nombre des sujets traités sous contrainte est strictement incompatible avec l'exigence des textes qui imposent que *la dignité* de la personne traitée soit respectée *en toutes circonstances* (L.3211-3 du Code de la santé publique).

Est-on digne lorsqu'on se présente devant un juge en bavant et en titubant ? Est-on digne lorsqu'on ne peut même plus articuler ? Est-on digne lorsque, à vingt ou trente ans, on se retrouve, et définitivement, avec une superbe paire de seins alors qu'on est un garçon ? Est-on digne lorsque, à cet âge, on est rendu totalement impuissant ou qu'on s'est vu infliger une prise de poids de vingt à trente kilos ?

Et tout ça pour rien en termes de cette *guérison* dont le fantasme justifie les textes dont nous parlons ici...

À toutes fins utiles et dans l'espoir de désamorcer les mauvaises querelles *ad hominem* qui, d'expérience, ne manquent jamais lorsqu'il s'agit d'évacuer les vrais problèmes en pareille matière, qu'il me soit permis de préciser que je ne suis pas un tenant de l'antipsychiatrie, que (bien que moi-même, délibérément, non psychiatre) (3) je fais partie de plusieurs sociétés savantes de psychiatrie (dont l'Association française de psychiatrie biologique) et que,

consultant pour l'industrie pharmaceutique, j'ai intensément travaillé avec la quasi-totalité des fabricants de psychotropes de telle sorte que je suis probablement parmi nous celui qui a gagné le plus d'argent grâce aux traitements médicamenteux visés par le présent exposé.

Mais c'est précisément parce que je crois avoir une connaissance supra-moyenne de ces traitements que, sans chercher à imposer mes jugements philosophiques sur la souffrance psychique, je crois utile de poser comme parfaitement établi qu'il existe à tout le moins de sérieux doutes sur le rapport bénéfice / risque des psychotropes, d'où je tire deux questions particulièrement pertinentes pour notre colloque.

1) N'est-ce pas précisément cette incertitude sur le rapport bénéfice / risque qui devrait conférer un caractère rigoureusement incontournable au préalable du consentement ?

2) Par quel sortilège les juristes ont-ils été tenus dans une parfaite ignorance des controverses pourtant majeures qui règnent entre spécialistes sur cette question du rapport bénéfice / risque et qui effondrent pourtant radicalement la fiction explicite du Code de la santé publique justifiant la contrainte par la nécessité de *favoriser [la] guérison* (L.3211-1) des malades mentaux ?

Lors de mon récent exposé devant le SAF où j'avais soutenu que l'état présent des textes sur les soins sous contrainte valait pour une *propagande* éhontée en faveur d'une médicalisation qui tient pour acquise l'efficacité de produits excessivement onéreux quoique radicalement défectueux (au sens juridique), d'éminents avocats m'ont rétorqué que l'on ne pouvait tenir pour *propagandiste* une loi qui, en une année, avait permis une réduction d'un gros tiers du nombre de personnes sous contrainte et garantissait désormais aux autres un minimum de protection.

(3) Je veux dire que, quoique tenté par la spécialisation à la fin de mes études médicales, j'y ai promptement renoncé quand j'ai vu qui s'y inscrivait...

La loi du 5 juillet 2011, propagande éhontée pour une médicalisation excessive ?

Après mûre réflexion, je crois pouvoir rétorquer que, dans sa sauvagerie sans précédent, le *nouvel esprit du capitalisme* n'avance pas sans biscuits à destination de ceux qu'il s'applique à gruger : faut-il rappeler, à la suite de Luc Boltanski et Eve Chiapello (voir leur livre *sous le même titre*), l'inspiration noblement féministe qui, via les lois Auroux et sous prétexte de la nécessité de garantir aux femmes leur *émancipation* financière, s'est soldée en un temps record par un *détricotage* effarant du Code du travail dont nous voyons tous les jours les conséquences désastreuses, lesquelles s'aggravent désormais à une vitesse sans cesse accélérée ?

Par-delà, donc, le biscuit d'une protection améliorée chez une minuscule minorité de citoyens étiquetés comme *fous*, quels peuvent être les enjeux d'une loi aussi perverse ?

Voici plus d'un siècle et demi, Marx et Engels remarquaient déjà :

La bourgeoisie a dépouillé de leur auréole toutes les activités qui passaient jusque-là pour vénérables et qu'on considérait avec un saint respect. Le médecin, le juriste, le prêtre, le poète, le savant, elle en a fait des salariés à ses gages (4).

Le présent colloque est justement une occasion rêvée de réfléchir ensemble à la façon dont le capitalisme s'attache à assujettir les juristes que vous êtes et les médecins que nous sommes...

S'il est difficile de contester la lucidité de ces mêmes auteurs quant à l'irrépressible capacité du capitalisme à provoquer *l'ébranlement de tout le système social*, remarquons que sa puissance de destruction a, depuis, largement dépassé la simple sphère du social, du familial ou du professionnel pour atteindre jusqu'à notre environnement le plus vital (le climat ou l'eau, par exemple) et, plus encore, les comportements intellectuels qu'on aurait pu croire de manière indéfiniment ancrés par la civilisation (5). Même dans les couches sociales dites *culturellement privilégiées*, de plus en plus de nos concitoyens se trouvent exilés dans leur langue maternelle (6), d'où la révoltante vacuité

REPÈRES

Bibliographie de Marc Girard

Les contes de Grimm, lecture psychanalytique ; éditions Imago, 1990, 1999, 2009, 2011. [Téléchargez le livre numérique](#)

La passion de Charles Bovary ; éditions Imago, 1995. [Téléchargez le livre numérique](#)

Dictionnaire de médecine Flammarion (ouvrage collectif sous la direction de Serge Kernbaum), 2008 (8^e édition) ; [éditions Lavoisier](#)

Alertes grippales, comprendre et choisir ; éditions Dangles, 2009. Le lire : [ICI](#)

Médicaments dangereux : à qui la faute ? ; éditions Dangles, 2011. Résumé et en lire des extraits : [ICI](#)

La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne ; édité par l'auteur, 2013. En savoir plus sur ce livre : [ICI](#)

Pour plus de renseignements et une bibliographie exhaustives : [ICI](#)

Le site web du docteur Girard : [ICI](#)

(4) *Manifeste du parti communiste* (1847).

(5) Parmi les comportements non intellectuels ravagés par le nouveau capitalisme, on citera ceux qui concernent les rythmes alimentaires, les conséquences sanitaires de cette tendance contemporaine à manger à peu près n'importe quand étant par ailleurs désastreuses, notamment en termes métaboliques. Cette formidable mutation d'un comportement aussi fondamental est incroyablement récente (quelques décennies tout au plus).

(6) Russell Banks : *Si Romney gagne, les États-Unis se transformeront en ploutocratie* (*Le Monde*, 1^{er} novembre 2012).

du discours politique et les redoutables effets de la *novlangue*, tandis que chaque profession peine de plus en plus à se retrouver sur un kit des compétences intellectuelles élémentaires.

Quand le capitalisme assujettit juristes et médecins

Concentrons-nous d'abord sur les *médecins*.

En l'espace de trente ans, ils ont validé de leur connivence aussi impardonnable qu'intéressée l'incroyable basculement consistant à se détourner des malades pour se concentrer sur les bien portants : d'un point de vue de marché, il y a beaucoup plus de gens bien portants que de personnes souffrantes...

L'essentiel des indications qui ont indécemment enrichi les lobbys pharmaceutiques sur cette période ont été d'ordre *préventif*, à ce titre tourné vers des gens en parfaite santé (du moins avant de se voir aussi indécemment médicalisés...) : anti-hypertenseurs, produits contre le cholestérol, contre la ménopause, contre l'ostéoporose, médicaments des émotions ou des légitimes tristesses de l'existence, vaccins contre tout et n'importe quoi...

Cette docilité de la profession médicale à l'endroit des lobbys et de leurs desiderata a fortement contribué à la dissolution des principes fondamentaux.

Par exemple, l'exigence hippocratique de prudence (à laquelle se substituent aujourd'hui des dénonciations aussi incongrues que salement intéressées sur les supposés excès du *principe de précaution*) ou bien encore la question pourtant fondamentale par quoi s'est introduite la présente communication : *est-ce que ça marche ?*

Venons-en ensuite aux *juristes*, pour s'en tenir à l'énumération susmentionnée de Marx et d'Engels.

Sous des pressions similaires, et bizarrement

convergentes, de plus en plus de magistrats ont abandonné leur souci normalement le plus éminent (*où sont les faits ?*) au profit d'un autre questionnement qui consiste à se demander simplement *qu'en pensent les experts ?*

Cela sans la moindre considération quant aux pressions qui peuvent s'exercer sur le processus conduisant d'une part à sélectionner lesdits *experts*, d'autre part à les missionner.

Mutations bizarrement convergentes, disais-je, entre nos deux professions ?

Quelle instruction dira jamais au terme de quel processus souterrain un colloque complaisamment décrit comme *pluridisciplinaire* a pu s'organiser en novembre 2000 dans la Grand' Chambre de la Cour de cassation (7) au cours duquel, sous la houlette du président Sargos dénonçant comme par hasard les excès du *principe de précaution*, on a pu voir des *experts* s'attacher à convaincre des magistrats (et avec quelle efficacité durable !) qu'ils commettraient un abominable crime de santé publique en condamnant les responsables de ce qui reste, à mes yeux, le scandale médico-judiciaire du siècle précédent, à savoir la campagne de vaccination massive contre l'hépatite B, laquelle s'est bien soldée par des dizaines de milliers de victimes ?

Nous ne sommes pas sortis du sujet. Car même si, en termes de marché, la loi sur les soins sous contrainte n'est certainement pas suffisante à elle seule pour maintenir l'indécemment rentabilité des lobbys de santé (dans lesquels j'inclus évidemment les médecins) elle contribue, et au plus haut degré, à une dynamique de *brutalisation* médico-judiciaire qui menace la société dans son ensemble.

Moyennant une exploitation éhontée (dont on a vu une impressionnante illustration lors du récent colloque du SAF) d'un anecdotique spectaculaire dépourvu de toute signification statistique, avocats et juristes parmi les plus intrépides défenseurs

(7) Pierre Sargos (membre de la Cour de cassation) et Georges David ont écrit un article intitulé *Droit, médecine et société* ; sa première partie, *Le devoir de science au risque de la science*, est parue en juin 2002 dans la revue *La Presse médicale* (volume 31, n° 20, pages 945 à 951) : [Droit, médecine et société \(1/2\) - EMI](#)

Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

- Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une UCSA (à l'exception des CSL)
- 26 SMPR
- 7 UHSI en fonctionnement (1 en projet)
- 3 UHSA en fonctionnement (6 en projet)



SCERI, décembre 2011

des droits de l'homme se trouvent, à cause de cette loi, amenés à ergoter sur des points de détail (délais, signatures, etc.) en oubliant les questions de fond, à savoir, d'un point de vue juridique, la pénalisation de la dangerosité présumée et, d'un point de vue médical, la justification technico-scientifique d'une telle contrainte : *est-ce que ça marche, oui ou merde ?*

Et que dire, gifle suprême, lorsqu'après avoir donné le meilleur de votre intelligence juridique pour *dire le droit chez les fous*, vous découvrez que l'évaluation de dangerosité était de toute façon conditionnée par le taux d'occupation des lits de l'établissement où vous avez bien voulu vous déplacer ?

De telle sorte que même si cette

loi ne concerne qu'un nombre relativement restreint de citoyens, elle contribue à émousser votre exigence éthique et votre sens critique relativement à des dérives *sociétalement* bien plus graves : c'est bien ce que j'appelle un processus de *brutalisation*.

Or...

C'est vous qui jugez quand des parents refusent des vaccinations ou des traitements aberrants pour leurs enfants.

C'est vous qui jugez quand un travailleur se trouve licencié ou un étudiant exclu pour avoir refusé des préventions dangereuses et strictement injustifiées.

C'est vous qui jugez quand, notoirement à la solde des lobbys, un gouvernement prend des mesures scandaleuses de réquisition.

C'est vous qui jugez lorsque des gens naguère en parfaite santé viennent vous exposer (contre les dénégations d'experts aussi incompetents que manipulés) que leur vie s'est trouvée ruinée par des produits dont la défectuosité saute pourtant aux yeux.

C'est vous, encore, qui jugez lorsque des ayants droit pas toujours désintéressés viennent vous demander d'ordonner l'incapacité et l'institutionnalisation de nobles vieillards préalablement abrutis par une honteuse médicalisation.

Que dire, enfin, de ce précédent américain récent où l'on a pu voir deux magistrats sanctionnés pour avoir touché de juteuses ristournes sur les trop nombreux placements d'enfants et d'adolescents qu'ils ont ordonnés dans de lucratifs établissements pédo-psychiatriques ?

Cela, c'est déjà l'état présent des choses. Mais j'entrevois l'étape prochaine lorsque, à juste titre rassurés quant à leur impunité, les criminels de la santé vont pouvoir s'en donner à cœur joie...

Non plus simplement pour vendre leurs médicaments abominablement défectueux mais pour en imposer l'administration à tous via des obligations parfaitement légales dont il vous restera à garantir l'application coûte que coûte : attendez la prochaine escroquerie pandémique...

• • • •



Francisco de Goya, *Le Préau des fous à Saragosse* (1793)

LES SOIGNANTS À L'ÉPREUVE

DES LOGIQUES GESTIONNAIRES ET SÉCURITAIRES

EN MATIÈRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES CONTRAINTS

Par Pierre Paresys,
psychiatre, vice-président de l'Union syndicale de
la psychiatrie

La politique de secteur en psychiatrie, en quelques dizaines d'années, a permis à un grand nombre d'équipes d'organiser, notamment dans les centres médico-psychologiques ou dans d'autres structures, un accueil, une disponibilité et une écoute dans des lieux ouverts et hospitaliers, dans la cité, au plus près de la population ; ces lieux sont, pour le moment, souvent accessibles sans excès de formalité, sans fichage excessif, sans paiement à l'acte (et donc hors parcours de soins) à tous ceux qui le souhaitent.

Cet accès direct sans jugement, sans procédure ou protocole pré-applicables, dans le respect de la différence et de la singularité, après quelques années de fonctionnement sur ce mode, autorisera sans doute celui qui souffre, qui parfois se sent étrange, sur la base du bouche-à-oreille, avec ou sans le soutien de proches, à franchir les portes de la structure.

Ce n'est qu'un commencement ; cette alliance, cette confiance, il faudra constamment les retravailler. C'est ce travail de toute une équipe qui permettra de limiter autant que possible la crise, l'urgence, la contrainte.

Ce travail sera mis à mal par cette loi de 2011 dont les orientations renforcent les représentations stigmatisantes et coercitives de la psychiatrie. Pour les centaines de milliers de nouveaux usagers annuels, évitement et défiance viendront remplacer confiance et hospitalité.

Les lieux d'accueil et de soins seront inexorablement marqués par les rapports de force inhérents à la mise en place de *prétendus soins contraints* en ambulatoire alors qu'ils ont vocation à être des espaces d'écoute, d'accueil et de prévention.

L'enfermement au-dehors, avec kit de vie et traitement imposé et normalisé par des protocoles, revient à l'externalisation de l'asile, ou plutôt de son organisation, avec effacement de l'individu.

La contrainte en ambulatoire : une pseudo-nouveauté légalisant des pratiques abusives

Présenter la contrainte en ambulatoire comme une nouveauté, voire une avancée, est une escroquerie visant à manipuler à la fois les élus et la population alors même qu'il s'agit d'une proposition de légalisation de pratiques pourtant décrites comme abusives et dénoncées comme telles (par exemple dans un rapport de l'IGAS en mai 2005*).

Dans le cadre de ce rapport, plutôt que de durcir les contrôles pour imposer une meilleure application et limiter la contrainte à l'exception, la commission avait proposé d'assouplir ces mêmes mesures ! Elle choisira de faire de l'exception la règle, pour que tout rentre dans l'ordre.

Cette commission ne fera que constater sans les analyser ou en évaluer les conséquences des écarts entre les départements pouvant aller d'un à cinq pour les hospitalisations à la demande d'un tiers et d'un à neuf pour les hospitalisations d'office (hospitalisations sans consentement, antérieurement appelés *internements*). Il est pourtant peu probable que ces écarts soient liés au nombre de patients, à leur état de santé ou leur situation... Mais ils sont plutôt dus à des pratiques différentes des équipes de psychiatrie et des préfets. La création, par exemple, d'un observatoire national de la contrainte n'a pas été envisagée.

La loi du 5 juillet 2011 s'inscrit dans ce débat, même si sa rédaction sous cette forme a été favorisée par un gouvernement à orientation très sécuritaire, après une succession de lois répressives dont la loi sur la rétention de sureté.

La commission (cf. rapport de l'IGAS précité) compor-

* Lire le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des services judiciaires (mai 2005) : [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](#)

tait un nombre non négligeable de psychiatres, et les pratiques étaient déjà à l'œuvre. L'augmentation globale de la contrainte, notamment des procédures d'urgence (sans tiers et sans médecin extérieur), était prévisible puisque favorisée alors même qu'elle était dénoncée. Les écarts sont passés d'un à quatre pour les SDT et d'un à treize pour les SDRE ; la facilité d'admission n'encourage pas la recherche d'alternative...

Une structure privée pourrait désormais se voir confier des *internements* selon un article sur les *missions de service public* de la loi HPST, voire gérer des programmes par délégation.

REPÈRES

L'Union syndicale de la psychiatrie (USP) est l'un des nombreux syndicats (une dizaine ?) regroupant des psychiatres (du secteur public ou privé) exerçant en France.

La lecture de son [site](#) permet de connaître ses orientations et revendications, souvent proches de problématiques intéressant le Syndicat de la magistrature : lutte contre les primes *au mérite*, défense des syndiqués contre les hiérarchies professionnelles, démocratisation des fonctionnements administratifs...

Dans son champ de compétence, l'USP (extraits de textes de son site) :

- *dénonce tout usage de la psychiatrie à des fins autres que son objectif de soins ;*
- *poursuivra sa lutte contre toutes les pratiques psychiatriques créant ou renforçant les mécanismes d'exclusion ou de ségrégation. C'est le sens de notre lutte anti-asilaire, comme de notre opposition aux lois induisant un statut de la personne au regard de ses troubles psychiques (législation particulière des hospitalisations sous contrainte, irresponsabilité pénale, statut de handicapé mental...)* ;
- *défend les pratiques de psychiatrie dés-aliéniste et communautaire, privilégiant la fonction d'accueil, en dehors des modèles hospitaliers ;*
- *se propose de repérer et d'analyser les mouvements idéologiques et économiques qui apparaissent derrière les choix de rationalité technique ou prétendument scientifique. Pour nous, la psychiatrie ne saurait être considérée en dehors d'une référence au politique.*

Lire aussi :

- [Pire que la loi de 1838 - À propos de la réforme de la loi de 1990](#)
- [Profession de foi de l'USP 2011](#)

La loi sur les aliénés du 30 juin 1838, signée à Neuilly par Louis-Philippe, roi des Français, garantissait l'indépendance du médecin rédigeant le certificat à l'origine du *placement* et exprimait une plus grande prudence, voire une méfiance, à l'égard du privé.

Il est pourtant essentiel que la *séparation des pouvoirs* soit garantie entre celui qui prescrit une éventuelle contrainte, le tiers ou la personne de confiance, et celui qui la confirme ou non.

Au-delà de la question du droit des patients, les pratiques apaisantes, favorables à terme à la continuité, ne peuvent s'exercer si une équipe est placée en situation de toute puissance. Une telle situation est évidemment source de tension et de violence préjudiciables au travail d'alliance indispensable à une véritable mise en œuvre des soins.

La nécessité de séparer les pouvoirs... entre médecins

Pour ce faire, il est impératif que les médecins de ville et des urgences soient totalement indépendants des psychiatres et réciproquement. Les équipes des urgences des hôpitaux généraux ont souvent, malgré le manque de moyens, fait de gros efforts dans la lutte contre les discriminations et il est essentiel que formation et moyens permettent une poursuite de l'amélioration de la prise en charge sans discrimination en fonction de l'âge, de la pathologie, du handicap ; c'est encore plus vrai pour la psychiatrie puisque l'examen somatique est indispensable, avec le bilan, pour éliminer autant que possible toute cause organique ou toxique le plus souvent à l'origine de *troubles dits du comportement* (confusion, douleur etc.).

La loi du 5 juillet 2011 vient donc conforter la généralisation et la banalisation de la contrainte dans tous les lieux de soin et de vie des personnes. Signe, diagnostic (sur la base de classifications où tout écart à la norme est répertorié), enfermement ou pas, traitement médicamenteux obligatoire, *rangement en ville*, surveillance et contrôle au domicile, en CMP,

en hôpital de jour... la volonté de réduire la psychiatrie à ces différentes étapes n'est pas nouvelle, y compris chez les psychiatres.

Faire vite, battre des *records de non-hospitalisation*, produire des actes sont maintenant encouragés avec intérêt (pour le moment indirect) par le budget. Cette perte d'indépendance est accentuée par la loi HPST et, dans ce cadre, la suppression des mesures statutaires spécifiques avec nomination par le ministère au profit du niveau local. Les directeurs sont maintenant tentés d'intervenir dans le traitement (au sens large).

Un juge, oui, mais pas un juge de l'application des soins !

Au-delà de la loi du 5 juillet 2011, il apparaît utile d'intégrer au débat les injonctions de soins. S'il est louable, au regard de la toxicité de la prison, de rechercher des alternatives à l'incarcération, l'aliénation d'une équipe dans le cadre d'une *illusion de soins* prescrite par le juge devenu *juge de l'application des soins* n'est pas sans poser problème, notamment par la confusion entre rechute, récurrence, soin, contrainte et peine.

L'introduction du juge était, pour nous, attendue alors que nous avons combattu l'ensemble sécuritaire dans lequel cette *greffe* a été imposée dans les suites d'une question prioritaire de constitutionnalité et d'une décision du Conseil constitutionnel. Toutefois, cette avancée est modeste aussi bien dans le temps (pas avant quinze jours) que dans les modalités des soins (uniquement dans l'hospitalisation et non dans les soins ambulatoires). Le juge doit pouvoir contrôler toutes les mesures de contrainte, dès le moment où elles existent, mais en aucun cas rester et/ou devenir un *JAS (juge de l'application des soins)* prescripteur.

Si l'on peut entendre l'intérêt de lutter contre la mise en place d'une juridiction d'exception, argument parfois mis en avant par les juges et les avocats contre la délocalisation de l'audience, une réforme intégrant l'audience foraine dans le droit commun, condition d'audition respectant

LE DROIT - LES PRINCIPALES LOIS

- Loi (dite *Esquirol*) du **30 juin 1838** sur les aliénés : [ICI](#)
- Loi (dite *Evin*) 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 : [ICI](#)
- Loi (dite *Kouchner*) du **4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : [ICI](#)
- Loi du **5 mars 2007** portant réforme de la protection juridique des majeurs : [ICI](#)
- Loi du **25 février 2008** relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : [ICI](#)
- Loi (dite *HPST*) du **21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : [ICI](#)
- 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 : [ICI](#)

le patient et prenant en compte les exigences de discrétion et de secret médical, est peut-être nécessaire.

Cette loi qui fonde l'exercice de la psychiatrie sur la contrainte ne peut faire l'objet d'un énième bricolage. Il apparaît indispensable de la repenser entièrement 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.

Le *risque zéro* n'existe pas et surtout les violences sont médiatisées de manière très inégale, essentiellement en fonction du marché qu'elles représentent et de l'instrumentalisation permise par un pouvoir qui s'en nourrit. L'urgence réside pourtant dans le renforcement de la

capacité à accueillir, à soutenir la politique de secteur là ou elle est en place et à la rétablir là ou elle n'existe plus ou pas encore. Le respect des droits du patient (d'abord citoyen) doit être au centre de nos préoccupations. Les pratiques ambulatoires, notamment au domicile ou en domicile de substitution, doivent se faire dans le respect de la vie privée du patient et de ses choix.

La future loi devra permettre d'encadrer la contrainte qui s'impose à nous et au patient. Cette contrainte doit rester exceptionnelle dans sa fréquence et dans sa durée et la loi doit en limiter la mise en œuvre et en favoriser le contrôle quel que soit le mode d'exercice. Le dispositif devrait donc être dissuasif, la contrainte difficile à mettre en œuvre, contraignante pour ceux qui la maintiennent mais facile à lever. Les tracasseries souvent mises en avant ne sont rien au regard de la violence d'une contrainte que la commission de l'IGAS précitée considère comme une atteinte sévère à la liberté individuelle (pages 6 et 13 du rapport).

• • • •

LES ÉQUIPES MOBILES

EN PSYCHIATRIE

Par Nicolas Pastour,
psychiatre, membre de l'équipe rapide d'interven-
tion de crise (ÉRIC) des Yvelines

La réflexion sur la mobilité en psy-
chiatry n'est pas récente. Elle
émerge dès le début des années
soixante dans le sillage du mouvement de
désinstitutionnalisation. La mobilité des
soignants apparaît comme une modalité
possible pour les soins ambulatoires et
le travail dans la communauté (1).

Aux États-Unis, elle prend une forme par-
ticulière au travers d'expériences d'alter-
natives aux hospitalisations classiques
(2).

En France, jusqu'à une époque récente
et malgré plusieurs initiatives locales, un
modèle centré sur des équipes mobiles
n'a pas réussi à s'imposer.

(1) Kannas S., Robin M. (2010) : chapitre *Interventions psy-
chiatryques au domicile et équipes mobiles en psychiatrie* dans
l'ouvrage *Les équipes mobiles auprès des adolescents en diffi-
culté* (de Sylvie Tordjman et Vincent Garcin, éditions Masson).
[ScienceDirect.com](https://www.sciencedirect.com)

(2) Langsley D.G., Kaplan D.M., Pittman F.S. (1968) : *The treat-
ment of families in crisis* (New York, éditions Grune et Stratton).
[Google Livres](https://books.google.com)

Cependant, depuis peu, la mobilité des
soignants vers les personnes deman-
deuses revient fortement à la mode du
fait de demandes sociales concomi-
tantes mais parfois contradictoires (1).

D'un côté, il émerge une demande des
usagers et de leurs familles pour une
prise en charge à domicile assurant le
respect de l'autonomie et le soutien
au réseau relationnel ; s'y associe de
la part des professionnels une pré-
occupation nouvelle pour les popu-
lations peu demandeuses de soins
(adolescents et personnes en grande
précarité).

De l'autre, la mobilité est perçue
comme la possibilité d'une réponse
expertale et opératoire in situ (dans
la cité) pour des manifestations
bruyantes de la maladie mentale
dans une perspective essentiellement
sécuritaire.

Qu'est ce qu'une équipe mobile en psychiatrie ?

Il existe, en France et à l'étranger, de
très nombreuses équipes mobiles de
psychiatrie qui, bien que partageant
une même philosophie, celle d'aller
au-devant de la demande de soin, sont
très différentes les unes des autres
tant par leurs modalités d'intervention
et d'organisation que par la popula-
tion à laquelle elles s'adressent.

Pour vous permettre de vous représenter ce qu'est une équipe mobile en psychiatrie, je vais vous présenter le fonctionnement du service ÉRIC (3) (4).

ÉRIC est donc l'acronyme d'équipe rapide d'intervention de crise ; c'est un service de psychiatrie inter-sectoriel (sept secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile) prenant en compte l'ensemble du sud des Yvelines, c'est-à-dire une zone géographique allant de Versailles et sa périphérie jusqu'à Rambouillet en passant par les communes de la ville nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines, soit une population d'environ 400 000 habitants.

Il s'agit d'une des premières équipes mobiles créées en France en 1994 sous l'impulsion du docteur Serge Kannas.

Son organisation est clairement orientée vers la prise en charge de situations de *crise* et sa voie d'entrée, l'urgence psychiatrique. Elle possède un fort ancrage théorique autour de deux axes de travail : la clinique de la crise et les thérapies familiales systémiques. Penser en terme de crise en psychiatrie, c'est s'intéresser à la dynamique du changement plus qu'aux

symptômes et au contexte comme potentialité de ce changement. La référence à la systémie signifie que le réseau familial et relationnel de la personne est toujours recherché et, dans la mesure du possible, associé à la prise en charge.

L'équipe de soins est organisée pour répondre aux demandes urgentes des professionnels du sanitaire (médecins généralistes, psychiatres hospitaliers ou libéraux) et des acteurs du social (travailleurs sociaux, institutions médico-sociales...) mais aussi des patients et de leurs familles. L'activité est organisée en lien avec le Centre 15.

En termes de moyens alloués, l'équipe comprend quatre *équivalents temps plein* de psychiatres plus deux internes, trois psychologues et dix-sept infirmiers. Le travail d'urgence et de post-urgence (entretiens et visites à domicile) est effectué en binômes pluri-professionnels : psychiatre-infirmier, psychologue-infirmier et

REPÈRES

Nicolas Pastour est médecin-psychiatre au centre hospitalier Jean-Martin Charcot, situé à Plaisir (Yvelines).

Il interviendra en 2014 au sein de l'université Paris VII, dans une session de formation permanente (cliniques familiales et pratiques systémiques) : [Thérapies-familiales.pdf](#)

Bibliographie :

- Dans l'ouvrage, sous la direction d'Hélène Romano, *L'aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique*, éditions Dunod (2013), on peut lire un article de Nicolas Pastour intitulé *Équipe rapide d'intervention de crise : Aller à la rencontre de l'adolescent suicidaire et de la famille ; la mobilité pour mobiliser*.
[L'Aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique](#)
- « C'est pas de la psy » : *extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie* ; in *L'information psychiatrique* (2013) : [Cairn.info](#)
- *L'hospitalisation en psychiatrie des détenus : conditions et modalités, à propos d'une étude effectuée à l'Infirmierie psychiatrique* ; in *L'information psychiatrique* (2004) : [John Libbey Eurotext](#) (texte intégral de l'article)

(3) Robin M., Mauriac F., Pochard F., Waddington A., Kannas S., Hervé C. (1998) : *Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie*, dans la revue *L'Évolution psychiatrique* (63, 1-2, pages 227 à 234).

(4) Robin M., Pochard F., Mauriac F., Waddington A., Kovess V., Kannas S. (1996) : *Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence ?*, dans la revue *L'Information psychiatrique* (72, 5, pages 458 à 462).

infirmier-infirmier. Le travail en binôme permet d'assurer plus de sécurité aux intervenants mais aussi de faciliter le travail clinique d'alliance thérapeutique et d'évaluation dans des situations à forte composante émotionnelle.

Le travail s'organise autour de trois axes : la réponse téléphonique, l'intervention d'urgence et l'éventuel suivi de post-urgence ou de crise.

À partir d'un appel téléphonique qui évalue l'indication, le degré d'urgence et le risque (pour le patient et les intervenants), le soignant peut décider du contexte d'intervention le plus pertinent (lieu, temporalité) et identifier le réseau relationnel mobilisable. En effet, les personnes que l'on va associer dès la première rencontre vont être déterminantes pour définir le problème et construire des solutions.

La réponse à l'urgence est faite par un *binôme d'urgence* disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Elle a donc lieu à l'extérieur de l'hôpital, au domicile du patient ou de celui du demandeur : famille, cabinet médical, institution...

Le déplacement de l'équipe vers le demandeur de soin adresse un message d'engagement qui crée une forte dynamique de mobilisation autour de la personne en souffrance et de son réseau de soutien.

Cette intervention peut parfois se limiter à une seule rencontre parce qu'elle a permis de répondre à l'urgence ou parce qu'elle a permis une orientation rapide vers une structure plus adaptée (par exemple, hospitalisation ou reprise du lien avec le réseau de soin existant) mais elle peut aussi s'ouvrir sur une prise en charge de crise pouvant aller jusqu'à un mois.

La post-urgence ou le suivi de crise

L'Organisation mondiale de la santé souligne que jusqu'à 40 % des malades, y compris

ceux présentant des symptômes aigus sévères, se présentant ou adressés pour une hospitalisation, peuvent être pris en charge dans un contexte thérapeutique alternatif dès lors que leur coopération est effective ou qu'elle peut être obtenue avec le soutien des proches ou du réseau de support social (5). Partant de cette constatation, le travail de post-urgence correspond à une hospitalisation à domicile ou, au moins, à un suivi intensif à domicile ; il repose sur des entretiens médicaux ou psychologiques et des visites à domicile d'infirmiers. La fréquence des rencontres est fonction de la situation clinique et de son évolution, avec la possibilité de voir les patients chaque jour et de ré-intervenir en urgence à tout moment. En plus du soutien qu'elle apporte au patient, cette mobilisation importante permet de soutenir le réseau relationnel et d'éviter son épuisement.

Mais pourquoi intervenir au domicile ?

Nous pensons que l'intervention au domicile est une pratique dont l'intérêt ne réside pas seulement dans la disponibilité et la facilité d'accès aux soins qu'elle permet mais qu'elle change radicalement le regard du psychiatre et de ses possibilités d'être en relation avec le patient et sa famille.

J'ai décidé de mettre en relief certains aspects qui me semblent déterminants : l'intérêt de l'évaluation au domicile, l'engagement que suscite la mobilité, le travail avec les personnes non ou peu demandeuses et ce que l'on pourrait définir comme une clinique centrée sur la relation.

L'évaluation

Nous savons que la symptomatologie psychiatrique peut avoir des fluctuations contextuelles très importantes ; d'autre part, la nécessité d'hospitalisation n'est pas toujours corrélée à l'intensité des symptômes mais elle est plus dépendante de l'incapacité à assurer

(5) De Clercq M. (1988) : *L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques* dans la revue *Thérapie familiale* (9, 3, pages 231 à 246).

son autonomie et à s'ajuster à la vie dans la communauté.

En intervenant au domicile des patients et avec leur réseau relationnel habituel, l'on a la possibilité d'évaluer les capacités d'autonomie et les conséquences sociales de la maladie en s'appuyant sur l'observation directe et sur l'évaluation faite par les aidants habituels. Cette pratique conduit à une forme de *clinique de l'habitat* où les éléments du quotidien informant sur les capacités d'autonomie du patient sont aussi importants que les éléments cliniques plus classiques.

Par exemple, un de nos collègues de retour d'une intervention pour hospitaliser une patiente délirante qui vivait avec son fils de huit ans nous explique qu'il ne l'a pas hospitalisée car son appartement était bien rangé et qu'elle avait fait une vraie soupe de légumes pour son fils.

L'engagement et le soutien du réseau relationnel

Le fait d'aller au-devant de la demande de soin est surtout un moyen d'envoyer un message d'engagement et de faciliter la mobilisation du réseau familial et relationnel. L'engagement des proches est d'autant plus facile que l'équipe intervient rapidement après la demande pour éviter son épuisement et qu'elle se montre déterminée à les accompagner. La mobilité participe clairement à amplifier ce message d'engagement de l'équipe et, en offrant une disponibilité physique et téléphonique 24 heures sur 24, elle réduit le risque d'épuisement et le sentiment d'impuissance que les proches peuvent vivre et qui participent à leur désengagement.

(6) Neuberger R. (1988, dernière édition 2003) : *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale* (Petite Bibliothèque Payot).

[En lire des extraits.pdf](#)
Éditions Payot & Rivages

(7) Mauriac F., Zeltner L., Depraz N. (2010) : article intitulé *Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents : déplacement, mobilisation, créativité* dans l'ouvrage *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté* (de Sylvie Tordjman et Vincent Garcin, éditions Masson). [ScienceDirect.com](#)

Les personnes non ou peu demandeuses de soins

La particularité de la nécessité de soins en psychiatrie est que celle-ci n'est pas forcément repérée par la personne elle-même mais parfois par l'entourage qui se trouve alors être à l'origine de la demande de soins.

Pour se représenter les choses, il faut avoir à l'esprit que la demande peut se décomposer en trois éléments : la souffrance, le symptôme et l'allégation (la demande telle qu'elle est adressée aux professionnels) (6). Si ces composantes sont portées par la même personne, tout va bien, si l'on peut dire, ou en tout cas des soins peuvent se mettre en place.

Cependant, ces différentes composantes sont souvent portées par différents membres d'un système. Par exemple, le fils délire seul dans sa chambre et refuse de parler, la mère s'angoisse et le père décide d'appeler les pompiers. Cette séparation permet de toucher de plus près la difficulté du psychiatre d'urgence qui doit utiliser son savoir clinique pour évaluer la situation mais aussi démêler ou reconstruire la demande de soin pour envisager la meilleure orientation possible et créer une alliance pour les soins.

L'intérêt de voir rapidement les différents membres d'un système permet de construire un projet de soins qui mobilise le porteur du symptôme et, avec lui, les autres personnes qui sont engagées dans la demande de soins. Le travail à domicile va faciliter la rencontre avec l'ensemble du système demandeur et va permettre de se donner du temps pour commencer à détricoter ou re-tricoter la demande de soins afin que le porteur de symptôme soit porteur de l'ensemble des composantes de sa demande (7).

La mobilité pour une clinique en relation

Le déplacement vers le domicile du patient change la perspective du psychiatre. Le fait de faire la démarche d'aller vers la personne fait perdre au psychiatre ses repères habituels : d'abord le confort de son bureau mais surtout, en étant invité chez les gens, il est obligé de quitter son positionnement d'expert pour être attentif à la relation qu'il crée avec le patient et son entourage. Dans une perspective de cybernétique de deuxième génération, il prend conscience qu'il participe directement à ce qu'il est censé observer au travers de la relation qu'il crée (8).

Cas clinique de Monsieur P. :

L'équipe est interpellée par la femme et le psychiatre pour un patient qui débute un épisode de manie délirante. Il a déjà présenté des épisodes similaires qui se sont accompagnés de troubles du comportement suffisamment importants pour justifier des hospitalisations à la demande du préfet.

Lors de l'arrivée de l'équipe à sa porte, il dit qu'il fait le grand ménage depuis deux jours et deux nuits, ce que confirme son épouse visiblement épuisée. Il n'est pas forcément hostile à nous rencontrer mais il est visiblement assez exalté. Avant que les professionnels ne puissent entrer, il insiste pour qu'ils enlèvent leurs chaussures pour ne pas salir son domicile. S'engage alors une négociation entre le patient et le psychiatre à laquelle tente de participer son épouse.

Au cours de cette première interaction, qui porte sur un élément extérieur à la clinique (les chaussures...), l'équipe commence à évaluer à la fois son fonctionnement psychique mais aussi ses capacités relationnelles avec eux et avec son épouse. La particularité de cette évaluation, et de façon caricaturale dans ce cas clinique,

c'est qu'elle a lieu dans une interaction qui engage fortement le binôme d'intervention. En négociant sincèrement, ils prennent le risque de devoir enlever leurs chaussures, ce qui peut avoir des conséquences si la situation dégénère et qu'ils aient à quitter précipitamment les lieux...

Si ce décentrage n'est pas sans danger, il ne doit pas se penser comme une perte d'objectivité scientifique nécessaire à l'évaluation mais comme possibilité de l'expérience d'une rencontre qui pourra permettre d'accompagner la personne et son entourage vers des soins qui respectent leur autonomie.

En conclusion, et pour ne pas rester sur une note trop subjective, même si c'est le cœur de notre pratique de psychiatre, il semble important de vous donner quelques éléments *objectifs* sur l'évaluation des équipes mobiles. Comme je l'ai dit, il existe de nombreuses équipes mobiles de soins psychiatriques dans le monde mais elles diffèrent fortement les unes des autres ce qui rend difficile les possibilités d'évaluation de leur pertinence ou du moins d'en généraliser les conclusions (1).

Cependant, on peut mettre en relief certains éléments en particulier à partir du projet du *National health service* britannique. En 2001, les Britanniques ont décidé de couvrir l'ensemble de leur territoire d'équipes mobiles soit 335 équipes mobiles (une pour 150 000 habitants). Ils ont associé à cette décision un programme d'évaluation visant à en déterminer les bénéfices.

Les conclusions sont les suivantes : si l'existence des équipes mobiles entraîne une diminution du nombre d'hospitalisations, du taux d'occupation des lits et permet des sorties plus précoces des patients, il y a peu d'élément permettant de prouver que le rapport coût-efficacité soit plus favorable aux équipes mobiles

(8) Von Foerster H. (1991) : *Éthique et cybernétique de second ordre*, dans l'ouvrage *Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale* (d'Yveline Rey et Bernard Prieur, éditions ESF, pages 41 à 54).

[En lire des extraits.pdf](#)

ESF Éditeur

QUELQUES POSITIONS SYNDICALES OU MILITANTES...

- **COLLECTIF DES 39 CONTRE LA NUIT SÉCURITAIRE**

Site : collectifpsychiatrie.fr

- **COLLECTIF MAIS C'EST UN HOMME**

Site et pétition individuelle toujours en cours : Maiscestunhomme

- **SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE**

Lire les observations du SM sur la rétention de sûreté (2007) :

[ICI](#)

Lire les observations du SM devant la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013) :

[ICI](#)

J'Essaime n° 5, janvier 2009, pages 14 à 16, un article intitulé
Psychiatrie : refuser la pénalisation de la folie (à propos de l'affaire de Grenoble) :

[ICI](#)

J'Essaime n° 17, février-mars 2011, pages 34 à 45, un dossier intitulé
Réforme des soins psychiatriques imposés : un vent de folie sécuritaire
(avec des contributions d'Odile Barral -SM- et du docteur Olivier Labouret -USP-) :

[ICI](#)

qu'aux dispositifs intra-hospitaliers (5).

Cependant, les équipes mobiles entraînent un taux de satisfaction des usagers plus important par rapport au traitement

hospitalier seul. Il semble que la satisfaction des usagers ne réside pas seulement dans la disponibilité des équipes et dans leurs modalités d'intervention mais aussi du fait de

l'élargissement des choix de traitement possible qui ne se limitent plus à l'hospitalisation ou à la consultation ambulatoire.

Le choix d'orienter les moyens vers les équipes mobiles en psychiatrie n'est pas, comme certains ont pu le penser, un choix économique mais un moyen d'améliorer l'offre en dispositifs de soins psychiatriques et d'augmenter la satisfaction des usagers.

• • • •

LA PRISE EN CHARGE

DES MALADES MENTAUX DÉLINQUANTS

Par Catherine Paulet,
psychiatre, SMPR de Marseille-Baumettes

L'objectif de mon intervention est d'introduire la discussion sur la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux et auteurs d'infractions pénales.

Si nous sommes sortis de la politique frénétique du fait divers, pour autant, les déterminants du souci sécuritaire demeurent.

Au premier chef, la cristallisation du sentiment d'insécurité aux sources multiples (précarité économique, sociale, peur de l'avenir, mutations de la sociabilité...) sur la délinquance et le crime. L'alliance sociale se fait ainsi sur la figure du criminel (sexuel notamment) dangereux et probablement fou, et inversement du fou dangereux potentiellement criminel.

En deuxième lieu, le *populisme pénal* (selon le mot de Denis Salas) qui laisse entendre, au nom des victimes, que le *risque zéro* est un objectif atteignable.

Enfin, la clé médiatique : *en politique, ce qui est cru devient plus important que ce qui est vrai* (Talleyrand). De sorte qu'il est aisé de comprendre l'échec d'une pédagogie des faits.

Le principe de précaution appliqué à l'individu s'est transformé en présomption de dangerosité et le malade mental auteur d'infraction est perçu avant tout comme un danger à neutraliser en milieu fermé et sécurisé.

Ainsi les nouvelles structures psychiatriques créées ces dernières années sont-elles des dispositifs de soins intra-muros : augmentation du nombre d'UMD (de cinq à dix) et création des UHSA (140 lits ouverts sur 700 attendus).

Se rajoute à cela l'idée que pour commettre un délit ou un crime, singulièrement une atteinte aux personnes, il faut être malade et que, dès lors, l'automatisme de l'obligation de soin (ou sa variante l'injonction) pénalement ordonnée se justifie et s'impose.

J'évoquerai plus particulièrement trois points directement inspirés par mon exercice et qui me paraissent nodaux :

- les raisons et les conséquences de l'augmentation de l'incarcération des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères ;
- le positionnement expertal et thérapeutique de la psychiatrie vis-à-vis des demandes *sociétales*, singulièrement au regard de la prévention de la récidive ;
- la question de la prise en charge des malades mentaux auteurs

d'infractions pénales à la lumière du procès d'une psychiatre inculpée d'homicide involontaire pour un meurtre commis par un de ses patients, considéré comme irresponsable pénalement pour ces faits.

La prison remplace t-elle l'hôpital psychiatrique ?

L'incidence de la pathologie mentale en milieu pénitentiaire s'est effectivement accrue et aggravée ces vingt dernières années.

Les données épidémiologiques sont éloquentes et les pathologies vont bien au-delà du trouble (fréquent) de l'adaptation à la situation d'incarcération et / ou des troubles de la personnalité *classiques* (impulsivité et intolérance à la frustration des jeunes hommes).

Une enquête sur la santé mentale de la population pénale (conduite par F. Rouillon et B. Falissard en 2003-2004) a ainsi montré :

- qu'un tiers des personnes avaient déjà consulté pour un motif d'ordre psychiatrique avant l'incarcération ;
- que 35 % des sujets rencontrés pouvaient être manifestement considérés comme gravement ou très gravement malades et relevaient de soins psychiatriques ;
- que le taux de schizophrénie était quatre fois plus élevé qu'en population générale.

Pour les plus gravement malades, à l'évidence, le quotidien en prison est un parcours d'obstacles et le sens de la peine, un non-sens.

Il faut bien admettre qu'un transfert des patients difficiles à soigner s'est opéré

de l'hôpital psychiatrique vers la rue et la prison et admettre aussi la part de responsabilité de la communauté psychiatrique dans le phénomène.

Par conséquent, il faut s'interroger sur l'attitude des professionnels de la psychiatrie vis-à-vis des patients les plus malades, les moins consentants aux soins, ceux dont l'expression violente et comportementale de la pathologie est insupportable, ceux en d'autres termes qui sont les plus difficiles à soigner.

J'insisterai sur trois aspects *explicatifs*.

Le soin psychiatrique s'est démocratisé et nous occupons largement le champ de la santé mentale (1,2 million de nos concitoyens consultent dont 80 % sont suivis exclusivement en ambulatoire), sans doute au détriment du champ de la psychiatrie et du noyau dur de la pathologie mentale que nous laissons à d'autres : centres d'hébergement d'urgence, équipes de rue, prisons...

REPÈRES

Catherine Paulet est psychiatre des hôpitaux.

Elle exerce aujourd'hui, à Marseille, aux Baumettes, comme chef de service du SMPR (service médico-psychologique régional) et comme chef de pôle du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) - Ouest.

Elle est présidente d'honneur de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) : [ICI](#)

Comme présidente en exercice de l'ASPMP, elle en a présenté le bilan d'activité, le 30 novembre 2011 à Marseille : [ICI](#)

La lire : [ICI](#)

Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire.

L'écouter :

• sur Canal-U, en 2011 : [ICI](#)
Psychiatrie et prison, penser le soin.

• sur France Culture, le 15 février 2013 : [ICI](#)
Les nouveaux chemins de la connaissance : les prisons de la folie ; la psychiatrie à l'épreuve du système carcéral.

La théorie de la responsabilisation pénale des malades mentaux qui visait à leur restituer leur part de raison et de citoyenneté a échoué (singulièrement par le biais de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal *). Les fous, certes, ne sont pas étrangers à la communauté des hommes. Leur permettre de répondre de leurs actes restitue leur humanité, leur appartenance, qu'il est si facile de leur dénier. Mais à cette théorie inclusive répond une pratique d'exclusion qui se traduit, pour le psychiatre, par la tentation de confier à d'autres le soin d'une prise en charge difficile et pour le tribunal, quand il s'agit de *juger un fou*, par un surcroît de peine, par réflexe de défense sociale face à la folie, porteuse d'inconnu, d'incompréhensible et surtout de danger potentiel.

La venue de soignants en prison a été un réel progrès mais, désormais, le dispositif de soin est victime de son succès. Il légitime l'incarcération de personnes souffrant de pathologies mentales graves.

Force est de constater que l'organisation de la réponse sociale à la folie passe désormais très souvent par la prison qui devient ainsi une *alternative* banalisée. Pour mémoire, le prix de journée d'une place de prison est près de dix fois inférieur à celui d'un lit d'hôpital psychiatrique.

Le deuxième questionnement porte sur les attendus ou malentendus à propos du positionnement expertal et thérapeutique des psychiatres.

Qu'évalue t-on ? Que soigne t-on ?

Depuis plusieurs années, la médecine (et singulièrement la psychiatrie) est appelée avec

insistance à intervenir dans un champ qui lui est hétérogène, la criminologie, avec des demandes d'expertises d'évaluation de la dangerosité criminologique, de prédiction de la récidive et de thérapies visant la prévention de la récidive.

À la vérité, ce n'est pas tant ce qu'on nous demande qui pose problème que la réponse que certains d'entre nous apportent, fascinés qu'ils sont par le pouvoir qu'on leur accorde et le savoir qu'on leur suppose.

Concernant le positionnement expertal, il faut bien dire que les mésusages du mot-valise *dangerosité* prospèrent.

L'évaluation de la dangerosité est devenue un maître-mot du discours politique. Or, le terme *dangerosité* ne veut rien dire en soi ; il regroupe en réalité des concepts très différents.

La *dangerosité criminologique* est le risque de commettre une infraction pénale. La *dangerosité psychiatrique* est le risque de passage à l'acte contre soi ou autrui du fait de troubles mentaux. Ce sont des concepts et des réalités différents appartenant à des champs distincts, respectivement judiciaire et médical. Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique sont parfois liées mais non nécessairement. Dans les deux cas, il s'agit non pas d'un état permanent *constitutionnel*, mais d'une situation de danger inscrite dans une temporalité.

L'ici-et-maintenant de la *dangerosité psychiatrique* ou le *très proche* sont assez bien repérables pour le psychiatre (agitation psychomotrice, exaltation de l'humeur, hallucinations

* Code pénal :

Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

Article 122-1

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.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

impératives ou menaçantes, conviction délirante *persécutoire*, idéation suicidaire, confusion mentale...). Pour le moyen et, a fortiori, le long terme, le risque est, par définition, aléatoire, incertain et multi-factoriel. Étant bien entendu que moins un patient sera suivi (prise en charge psychiatrique soutenue), accompagné (suivi social, hébergement, revenus) et entouré (famille, proches), plus sa précarisation favorisera les rechutes et l'exposera à se nuire ou (plus rarement) à nuire à autrui.

L'évaluation de la *dangerosité criminologique* par les psychiatres, dans le but de mieux prévenir la récidive délinquante, est une toute autre affaire.

L'analyse des outils préconisés montre des défauts majeurs.

La plupart des outils sont des statistiques rétrospectives du grand nombre dont on ne peut inférer un cas particulier. Par définition, tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu mais tous les possesseurs d'arme ne tueront pas.

Les échelles d'évaluation mélangent des éléments objectifs et subjectifs qui renseignent davantage sur le point de vue moral du *cotauteur* que sur le score de la personne enquêtée. Par exemple, l'échelle de psychopathie de Hare, qui est un des piliers des échelles actuarielles d'évaluation du risque de récidive violente (VRAG et HCR-20 notamment), évalue des notions aussi imprécises que : le *mode de vie parasite* (item 9), les *nombreuses relations maritales de courte durée* (item 17), la *promiscuité sexuelle* (item 11), la *faconde et le charme superficiel* (item 1) ou encore la *versatilité criminelle* (item 20) ...

Les tests psychologiques sont conçus pour éclairer le fonctionnement intra-psychique du sujet et non pour établir une preuve telle que la réalité d'une agression sexuelle (exemple de l'interprétation des dessins d'enfants). La *vérité* du sujet n'est pas la réalité des faits.

L'imagerie fonctionnelle, *last but not least*, est balbutiante. Pourtant fort prisée par les adeptes modernes de la lecture des entrailles, elle ne saurait rendre compte de causalités linéaires.

Compte tenu de l'imperfection des outils d'évaluation et du mésusage qui peut en être fait (affaire d'Outreau, par exemple), il convient de ne pas s'aventurer à en faire un outil décisionnel.

Plus généralement, la criminologie est un axe de recherche non stabilisé au carrefour de champs hétérogènes ; elle requiert prudence et modestie et exclut de s'engager dans une démarche prédictive.

Autrement dit, lorsque le psychiatre, abandonnant l'expertise de diagnostic et de pronostic d'une maladie au profit d'une expertise d'évaluation de la dangerosité criminologique, prédit la récidive délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multi-factorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction (1).

Concernant le positionnement thérapeutique au regard des mesures de sûreté, la confusion règne...

L'idée que la thérapie puisse être prioritairement destinée à limiter les risques de récidive délinquante, s'inscrit dans une démarche criminologique et constitue un contrôle social médicalisé rassurant traverse nombre de lois et

(1) Georges Lantéri-Laura, un éminent psychiatre, résumait bien la problématique : *La psychiatrie, dès qu'elle se trouve sollicitée non plus de donner un avis sur l'éventualité de l'état de démence au temps de l'action ou sur la présence d'une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d'une grande partie des conduites d'infraction, se retrouve devant un dilemme : mesurer lucidement les limites de son savoir et de son savoir faire, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives ou bien dépasser ce qu'elle sait, allant vers un usage sans critique de l'analogie et de l'à-peu-près, c'est-à-dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l'on sait, infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie.*

concerne nombre de délits ou crimes (agressions sexuelles ou violentes, usages de drogue, d'alcool...).

Face à ces demandes d'un partenariat *actif* des acteurs de santé dans le *traitement* de la délinquance, il faut deux réponses.

En premier lieu, il convient de faire un sort à deux idées reçues :

- *pour faire ça (délit, crime), il faut être malade ;*
- *l'obligation de soin, si ça ne fait pas de bien, ça ne peut pas faire de mal.*

En second lieu, il convient donc de rappeler sans se lasser, parfois même à nos pairs, des évidences :

- délinquance et maladie ne sont pas synonymes ;
- le soin concerne les personnes malades ou en souffrance ;
- le traitement n'a pas pour objectif la prévention d'une récidive délinquante ;
- le traitement a pour objectif le soulagement des souffrances et la réconciliation du sujet avec lui-même, autrui et le monde qui l'environne ;
- le traitement suppose la mise en œuvre d'un travail difficile et incertain d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire tant que se peut.

Ainsi, peut-être et de surcroît, le soin pourra-t-il

contribuer à la prévention de la récidive...

En définitive, le questionnement sous-jacent de la prise en charge des malades mentaux délinquants ou criminels concerne la difficulté de choisir entre une stratégie *sociétale* inclusive de réhabilitation et une tentative de neutralisation.

Sont interrogées les conditions du vivre ensemble et du contrat social qui se soutient désormais de ce que beaucoup n'y ont plus leur place.

La représentation de la maladie mentale qui sous-tend nombre d'attendus de la loi du 5 juillet 2011, singulièrement en matière d'*antécédents* psychiatriques (séjour en UMD, *irresponsabilisation* pénale) de même, du reste, que le concept de relégation indéfinie qui sous-tend la rétention de sûreté (2), concernent des citoyens non pour ce qu'ils ont fait, ici et maintenant, mais pour ce qu'ils sont, pour le risque qu'ils pourraient représenter.

De fait, redisons-le, le malade mental auteur d'infraction est perçu comme un danger à neutraliser en milieu fermé et sécurisé.

J'en veux pour illustration un procès récent d'une psychiatre poursuivie pour homicide involontaire pour un meurtre commis par un de ses patients en sortie d'essai.

La psychiatre suivait de longue date un patient souffrant de schizophrénie se manifestant par des passages à l'acte hétéro-agressifs sous-tendus

(2) La loi du 25 février 2008 prévoit qu'à titre exceptionnel, les personnes condamnées à quinze ans (ou plus) de réclusion criminelle pour un crime grave (homicide, viol, actes de torture ou de barbarie, séquestration, enlèvement) à l'encontre d'une victime mineure ou majeure, qui présentent, à la fin de leur peine, *une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité*, soient placées, à leur sortie de prison, dans un centre de rétention de sûreté. À dire vrai, aucun critère n'est exceptionnel et la marge d'appréciation est suffisante pour valoir pour le plus grand nombre.

Il s'agit donc de priver de liberté, pour une durée possiblement indéfinie, une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on suppose (par hypothèse médicale non scientifiquement fondée), sur la base d'expertises psychiatriques, dangereuse, c'est-à-dire susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel. Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé, au nom d'un revendiqué bien qu'impossible *risque zéro*.

L'on enferme non plus pour un acte commis mais pour un risque.

par des motivations délirantes et ayant nécessité plusieurs hospitalisations sans consentement.

Le patient tente de tuer un homme dans un moment d'aggravation de sa symptomatologie délirante. L'expertise psychiatrique conclut à une abolition du discernement.

Après trois ans d'hospitalisation d'office en secteur de psychiatrie générale, il est placé en sortie d'essai. Au cours de cette sortie d'essai, il se montre menaçant à l'égard d'un proche.

Le psychiatre le voit en consultation et veut le ré-hospitaliser. Le patient s'enfuit. Un signalement aux forces de police est fait, non suivi d'effet.

Trois semaines plus tard, le patient tue le proche. L'expertise psychiatrique conclut de nouveau à une abolition du discernement.

Au moment où la justice prononce l'irresponsabilité pénale du patient meurtrier, la famille de la victime porte plainte pour trouver, dès lors, le responsable.

La plainte prospère et la psychiatre est mise en examen pour homicide involontaire, les fautes commises (avoir mal évalué la dangerosité du patient et n'avoir pas empêché sa fuite) ayant eu des conséquences d'une exceptionnelle gravité, la mort de la victime. L'affaire est en délibéré. Le procureur a demandé un an de prison avec sursis (3).

Si l'on met en concordance :

- la crise de sens et de moyens de la psychiatrie publique,
- l'essor de l'incarcération des malades mentaux précarisés,
- l'essor de la responsabilisation des malades mentaux,
- la création des UHSA et de nouvelles UMD,
- la création du centre de rétention de sûreté,

et si l'on y ajoute l'obligation de résultats et non plus seulement de moyens...

... alors, il est certain qu'une filière spécialisée et ségrégative de neutralisation et non de réhabilitation est en train de se construire (la poussière sous le tapis) à l'instar des structures de défense sociale que, pourtant, certains de nos voisins européens commencent à fermer (hôpitaux psychiatrico-judiciaires italiens).

La situation est critique mais le chemin n'est jamais tracé a priori, *il se fait en marchant* (comme le dit Antonio Machado) et le champ des possibles est dès lors grand ouvert.

• • • •

(3) **Note de la rédaction** : depuis l'écriture de ce texte, le tribunal correctionnel de Marseille a condamné la psychiatre. Un appel a été formé (voir page 145).

**ACTES DU COLLOQUE
ORGANISÉ PAR LE SM.
LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS :
LA NOUVELLE DIAGONALE
DU FOU.**



A photograph of a courtroom. In the foreground, a judge is seated at a dark wooden bench, facing away from the camera. The judge is wearing a black judicial robe with a white collar. Behind the judge, a group of people, presumably the audience or jury, are seated in rows. The room has a high ceiling with a decorative cornice and a large, ornate chandelier hanging from the ceiling. The walls are a textured, light brown color. The overall atmosphere is formal and serious.

PAROLES DES JUGES ET JURISTES (en France)

LES DROITS DU FOU

PAR LE GRAND OU LE PETIT BOUT DE L'ENTONNOIR

DROITS COMMUNS OU DROITS PARTICULIERS ? *

Par Pierre Bordessoule de Bellefeuille,
avocat au barreau de Versailles

«*Qui cache son fou, meurt sans voix*» (1)

La nouvelle loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation des malades psychiatriques ne cesse de dérouler une série de questions dont ce texte n'a pu totalement anticiper les réponses. La plus importante de ces questions concerne celle des libertés publiques applicables aux internés aliénés.

L'actualisation de la loi précédente sur la question de l'hospitalisation psychiatrique (loi dite *Évin* du 27 juin 1990, articles L.3212-1 et suivants du Code de la santé publique) était en chantier depuis le 5 mai 2010 (date d'un projet de réforme adressé à l'Assemblée nationale) quand survinrent deux coups de butoir.

* Mes plus vifs remerciements au Syndicat de la magistrature, et en particulier à M. Xavier Gadrat, d'avoir accueilli ainsi la parole d'un avocat, et mes remerciements également à mes confrères Raphaël Mayet, Jean-Marc André et Didier Liger, le premier pour avoir été un des pionniers en la présente matière et pour m'avoir ouvert les yeux sur ces rudes réalités et les deux suivants pour m'aider à les garder ouverts ...

(1) *Qui cache son fou, meurt sans voix* (Henri Michaux, extrait de *L'Espace du dedans*, 1944).

Le premier fut celui donné par la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt *Baudoin contre France* du 18 novembre 2010, constatant que *l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes n'a pas permis au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal pouvant statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération si la détention est illégale*, d'où une violation de l'article 5 § 4 de la Convention faute de droit à un recours effectif.

Le législateur français devait donc mettre fin à l'éclatement du contentieux entre le juge administratif et le juge judiciaire quant à la légalité de la détention et de son indemnisation, l'ensemble devant être confié au seul juge judiciaire.

Puis, second coup de butoir, huit jours après, le Conseil constitutionnel est venu dire, par décision du 26 novembre 2010, que l'hospitalisation sous contrainte est bien *une mesure privative de liberté, imposant le respect du droit à un recours juridictionnel effectif sous la houlette du juge judiciaire tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais*.

Et le législateur était enjoint d'insérer en droit interne ce droit au recours judiciaire avant le 1^{er} août 2011.

Ce délai aurait pu permettre une réflexion approfondie sur la loi à instaurer (quelques lois en ont bénéficié) ; mais telle ne fut pas la voie choisie. Et, du reste, le Conseil constitutionnel s'est encore rappelé au bon souvenir des uns et des autres par une nouvelle décision du 9 juin 2011, insistant encore sur l'inconstitutionnalité de toute disposition du Code de la santé publique ne prévoyant pas un contrôle judiciaire suffisant des hospitalisations d'office.

La loi du 5 juillet 2011 est donc le fruit de ces conditions peu sereines d'élaboration, de cette nécessité de concilier deux objectifs (l'unicité des recours et des droits effectifs) mais aussi de cette absence de concertation avec l'ensemble des partenaires médicaux, sociaux et judiciaires.

La loi est centrée sur la survenance d'un juge judiciaire, mais pour juger de quels droits ?

LES DROITS INDIVIDUELS DE LA PERSONNE MALADE

Les droits individuels de la personne malade doivent s'entendre des droits fondamentaux de toute personne (avec, en plus, des droits reconnus aux *consommateurs*, usagers du système de santé) qu'il s'agisse d'un majeur protégé ou d'un mineur.

L'INTERFÉRENCE DES STATUTS DE MINEUR OU DE MAJEUR PROTÉGÉ

L'existence d'un éventuel système de protection ne devrait pas faire obstacle aux droits du *malade-citoyen* : tel est le cas pour le majeur comme le mineur, sauf à observer qu'ils ne dépendent pas des mêmes codes.

L'enfant malade

Le mineur ne dépend pas du régime de l'hospitalisation sous contrainte selon le Code de la santé publique mais selon le Code civil : l'autorité parentale permet l'hospitalisation sous contrainte. Garant de la moralité mais aussi de la salubrité et de la santé de l'enfant, le titulaire de l'autorité parentale exercera

celle-ci jusqu'à décider de (ou consentir à) l'hospitalisation de son enfant.

La défaillance de cette autorité est palliée en la matière par le juge de l'assistance éducative (le juge des enfants) avec la même possibilité d'hospitalisation contrainte et toujours sous l'égide du Code civil : l'article 375-3 dudit code lui permet de retirer l'enfant de son milieu actuel au profit éventuellement d'un *établissement sanitaire*, après *avis médical circonstancié d'un médecin extérieur*

REPÈRES

Pierre Bordessoule de Bellefeuille est un avocat franco-canadien, inscrit au barreau de Versailles depuis une vingtaine d'années, membre de la section locale du SAF.

Il est docteur en droit et diplômé du Centre supérieur d'études notariales (Paris).

Il a exercé de nombreux enseignements (La Sorbonne, CNAM...), aujourd'hui en écoles de commerce (HEC et ISC). Ses compétences d'enseignant s'étendent à de nombreux domaines du droit : droit du net, droit patrimonial de la famille, droit international privé, droit pénal, etc.

Il dirige un cabinet d'avocats à Carrières-sur-Seine (Yvelines).

à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours (article 375-9), durée renouvelable tous les mois après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (2).

Hormis cette spécificité d'organisation de la mesure de contrainte, selon le Code civil plutôt que celui de la santé publique, les droits du mineur demeurent : ils restent ceux d'un citoyen, mais ceux d'un citoyen enfant qu'il est, soumis à son ou ses parents, qui exercent pour lui ses droits, dont celui d'information quant aux traitements encourus (article L.1111-2 CSP).

Le majeur protégé

Quant aux adultes, les dispositions relatives à la curatelle ou à la tutelle précisent bien que l'une de ces mesures de protection *ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le Code de la santé publique* (article 459-1 du Code civil).

La loi du 5 mars 2007, qui a modifié cette matière de la protection des personnes majeures, est sans incidence sur les spécificités du Code de la santé publique : la mission confiée au mandataire s'étend bien à la protection de la personne (sauf décision contraire du juge).

Il lui est ainsi fait interdiction (article 459 alinéa 3) de *prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée, sauf urgence ou autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.*

Les deux régimes (de protection légale et de protection du Code de la santé publique) ne s'ignorent cependant pas. Ils s'articulent même :

- à l'instar des droits des mineurs, les droits des majeurs sous tutelle à l'information

quant à leur maladie sont exercés par leur tuteur (L.1111-2 CSP) ;

- si le majeur est en cours de soins et s'il en est de son intérêt, le juge des tutelles, pour des raisons de commodités pratiques, pourra désigner, en qualité de curateur ou de tuteur, une personne ou un service proposé de l'établissement inscrit sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

Ces régimes permettent donc l'exercice de droits, qui restent à cerner.

LES DROITS DU CITOYEN

QUE TOUT MALADE DEMEURE

Tout citoyen jouit de droits fondamentaux. Mais, lorsqu'il est malade, il peut se trouver affaibli, et ses droits sont d'autant plus à protéger.

Des droits classiques de citoyen-usager

Le malade *ordinaire* est aussi un usager d'un service public ou privé ; des droits de *consommateur* naissent donc. Aussi le Code de la santé publique rappelle-t-il une série de droits, tout aussi bien généraux que particuliers à la situation de médicalisation.

Parmi ces droits on peut citer :

- le *droit fondamental à la protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* (L.1110-1 CSP), toute discrimination étant proscrite (L.1110-3) ;
- le droit au respect de sa dignité (L.1110-2), ce qui implique le droit au respect de sa vie privée (L.1110-4) et au respect de son intimité ;
- le droit à la continuité des soins après la sortie (L.1111-2) ;

(2) Article 375-9 du Code civil :

La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

- le droit à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée (L.1111-3) ;
- les décisions concernant sa santé (L.1111-4) ;
- le droit de désigner une personne de confiance (L.1111-6) ;
- le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté (L.1111-11) ;
- le droit des enfants à un suivi scolaire (L.1110-6).

L'aliéné en particulier

Nombre des droits précités sont dans le champ des attentes du *malade psychiatrique* et sont compatibles avec son état et ses besoins de traitement. Tel en est-il du droit d'être traité avec égard (tout en bénéficiant des soins les plus appropriés et des thérapeutiques les plus efficaces afin de voir soulager sa douleur) ou encore du droit au secret des informations le concernant.

Plus délicat serait l'exercice du droit d'être informé sur son état de santé (L.1111-2 CSP) ou d'être entendu par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs.

A fortiori en ira-t-il :

- de l'exercice du droit de refuser un traitement ou un acte médical, puisque l'usager *normal* a droit de n'être traité qu'après obtention de son consentement pour tout traitement ou acte médical, voire même pour tout examen ;
- du droit de quitter l'établissement à tout moment, semble-t-il impossible à l'interné, établissement du reste dont il n'aura pas eu le libre choix, pas plus que du ou des praticiens, à la différence du patient ordinaire (L.1110-8).

Aussi la loi nouvelle a-t-elle énuméré des droits *classiques* du *malade-citoyen* mais en adaptant certains.

L'ALIÉNÉ : DU STATUT DE CITOYEN À CELUI DE JUSTICIABLE

Des droits existent et demeurent pour le *malade-citoyen*. Mais le malade interné est confronté à une privation de liberté. Si des droits lui sont reconnus, certains doivent être en partie limités, avec le nécessaire *garde-fou* du juge des libertés dont l'intervention est nécessitée par les atteintes à ces libertés et par les formes de ces atteintes : l'atteinte aux droits est potentielle dans chaque forme d'hospitalisation et elle est d'autant plus certaine que la contrainte est forte.

LA LIBERTÉ TOTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES LIBRES

L'article L.3211-2 du Code de la santé publique définit les *soins psychiatriques libres* comme étant ceux des personnes *faisant l'objet de soins psychiatriques avec [leur] consentement pour des troubles mentaux* et il y est expressément disposé que ces personnes disposent *des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause*.

Cette modalité de soins, *privilegiée lorsque l'état de la personne le permet*, ne porte donc aucune atteinte aux libertés publiques du patient.

Le consentement est au cœur de ce dispositif. Il suppose une adhésion aux soins et sans doute une atteinte légère ou *supportable* de l'état mental ; le malade citoyen reste *conscient* et il ressort clairement du droit commun des libertés publiques, complété par son statut d'usager d'un service de soins.

Il n'en va pas de même de l'hospitalisation sous contrainte : il y est pressenti un moindre degré de conscience, avec un empiètement corrélatif sur les libertés publiques de l'aliéné.

HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE : UNE NOUVELLE DÉFINITION DE DROITS

L'hospitalisation sous contrainte se déclenche :

- à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- ou sur décision du représentant de l'État.

Mais, quel que soit le processus à l'origine de la mesure, l'hospitalisation sous contrainte se décline (L.3211-2-1 CSP) :

- sous une forme *incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile avec*, alors, élaboration d'un *programme de soins (...) établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil* (modifiable seulement par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient) après recueil de l'avis du patient ;
- ou sous la forme d'une hospitalisation complète.

Quelles que soient ces deux formes, les droits du patient sont définis par l'article L.3211-3 du Code de la santé publique, à savoir les droits :

1° *De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4* [préfet, procureur, président du tribunal de grande instance, maire] ;

2° *De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3* [commission départementale des soins psychiatriques et commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge] ;

3° *De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;*

4° *De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;*

5° *D'émettre ou de recevoir des courriers ;*

6° *De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;*

7° *D'exercer son droit de vote ;*

8° *De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.*

Étant précisé que ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8° [droit de correspondance, de se renseigner sur le règlement intérieur, et de pratiquer un culte], *peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.*

L'on retrouve donc des droits à l'identique de ceux de tout autre patient, tels que le droit de correspondance et de culte, mais aussi des droits adaptés à l'espèce : le droit du libre choix du médecin devient le droit de consulter le médecin de son choix (et est exclu le droit de ne pas se soigner !).

Il y a donc une *toile de droits* qui se rétrécit (des droits *périphériques* restant intacts, de même que des droits fondamentaux comme celui de la dignité) mais le droit *nodal* d'aller et venir est atteint, d'où le droit additionnel d'avoir recours à un juge judiciaire.

LE GARDE-FOU DU JUGE DES LIBERTÉS

Le juge des libertés et de la détention se doit d'avoir une *grille d'analyse* de son intervention : puisqu'il ne peut aucunement juger de la maladie, il se doit de juger le droit des libertés publiques.

Cependant, un champ entier de ce droit lui échappe, bien qu'il s'agisse pourtant d'une modalité d'hospitalisation sous contrainte.

LE CADRE

D'emblée, en début des dispositions du Code de la santé publique applicables à l'hospitalisation sous contrainte, il est énoncé le cadre d'exercice

de ces droits : l'article L.3211-3 énonce que *lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques (...), les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.*

Pour garantir l'exercice de ces droits, encore faut-il qu'ils soient connus, notifiés et sanctionnés.

Droit d'accès à une information

Il s'agit d'abord d'un droit d'information administratif :



Francisco de Goya, *Casa de locos* (1812 / 1819)

- de la décision d'admission *le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état* ;
- d'un projet de maintien *avant chaque décision prononçant le maintien des soins (...) ou définissant la forme de [sa] prise en charge, dans la mesure où son état le permet.*

Le patient peut ainsi *faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.*

Droit à une notification de droits

Ce droit d'information est complété par une sorte de notification, à chaque hypothèse d'admission et de maintien, *de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes.*

Le droit d'accès au juge est donc décrit dans ce contexte d'exposés de droits et de notification de ceux-ci afin que l'effectivité des droits existe, sous une forme procédurale n'excluant pas la visioconférence comme cela se multiplie dans d'autres hypothèses de contentieux.

LE DROIT D'ACCÈS AU JUGE

La forme

La norme est une audience au siège du tribunal ou dans une salle aménagée de l'établissement hospitalier ou par visioconférence.

En principe, le JLD statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, il pourra décider de siéger dans une salle située au sein de l'établissement hospitalier si une salle a été spécialement aménagée pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et lui permettre de statuer publiquement (L.3211-12-2 CSP).

Le JLD pourra également décider que l'audience se déroule par visioconférence, en l'absence d'opposition du patient et si son état médical ne fait pas obstacle à ce procédé : l'on serait tenté de dire qu'il s'agit donc d'un régime *sinon de plein droit*, du moins par défaut.

En cas de visioconférence, le patient se tiendra dans la salle située au sein de l'établissement hospitalier.

Ce système *moderne* n'est pas sans poser des problèmes pour le malade, qui aura parfois le sentiment diffus d'un accès peu pratique :

- à son avocat, si celui-ci a décidé de rester aux côtés du JLD et non du justiciable patient ;
- ou à son juge, resté au tribunal.

Le malade ne sera relié à ces intervenants que par du câblage alors qu'il reste en milieu hospitalier !

Le champ de l'action du JLD

Qu'il s'agisse de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État, le malade psychiatrique est en droit de voir le JLD statuer dans la quinzaine de la mesure d'admission, et ensuite tous les six mois (L3211-12 CSP).

Il s'agit là d'un recours original puisque ce n'est bien évidemment pas le malade qui est jugé, ni son état psychiatrique : l'on est entre la procédure gracieuse et la procédure contentieuse, et c'est bien le seul droit des libertés publiques qui est jugé.

D'où la *sanction* à défaut de respect de la saisine ou des dits droits : la mainlevée de la mesure de contrainte.

Cependant, toutes les mesures de contrainte ne ressortent pas de la juridiction du JLD et c'est une particularité déplaisante...

Un champ restreint

Il a été déjà décrit les deux formes d'hospitalisation sous contrainte :

- l'hospitalisation complète ;
- ou *une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile* (article L.3211-2-1 CSP).

Mais il n'y a pas d'égalité d'accès au juge, en fonction de celui de ces deux types d'hospitalisation sous contrainte qui sera en cause.

En effet, la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, au sujet du régime des soins ambulatoires, expose successivement (considérants 12 et 13) :

- les personnes patientes *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 ;*
- *aucune mesure de contrainte (...) ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète*, auquel cas il y aurait recours au JLD ;
- donc *le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait et le législateur a assuré, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle (...) d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée.*

Et les soins ambulatoires échappent ainsi au JLD...

EN CONCLUSION

Nous sommes passés en 2010 d'un système où il y avait encore une simple *gestion* ou *administration* du malade à un système où son individualité est prise en compte (au moins sous un angle juridique) d'où le rôle du JLD, juge de la proportionnalité des atteintes à ses droits au regard de la maladie.

Cette prise en compte individuelle pourrait être améliorée :

- en aval, par la fourniture au JLD d'un extrait d'acte de naissance (plutôt qu'un casier judiciaire comme actuellement) afin de pouvoir vérifier s'il y a ou non un régime d'assistance et afin de voir si l'on peut en déclencher un ultérieurement : il suffirait que cette pièce soit sollicitée par l'établissement d'accueil dès le début du processus ;
- en aval encore, par un avis d'hospitalisation donné au médecin traitant dès le début des soins, avec en perspective la *réintégration* du malade dans la vie ordinaire ;
- en amont par la présence des avocats au sein des commissions départementales des soins psychiatriques (L.3223-1 et 2, R.3223-5, 6 et 10 CSP) à l'instar de ce qui se pratique pour les commissions de surveillance en matière pénitentiaire (articles D.180 et suivants du Code de procédure pénale).

Mais il ne s'agit là que de points de détails par rapport au fait choquant de l'exemption des soins ambulatoires.

Ces soins échappent à tout contrôle judiciaire alors même qu'il s'agit d'une mesure décrite par la loi comme étant bel et bien une sorte d'hospitalisation sous contrainte et donc une forme d'atteinte à des droits ...

Les soins ambulatoires peuvent, certes, être délivrés à domicile, mais le lien avec l'institution de traitement reste très fort. On peut parler d'un système de *jokari* entre le malade et le lieu central de traitement : la menace de réintégration est très présente, sous une forme de sanction du non-respect du suivi médicamenteux notamment.

Une personne sous le régime de la semi-liberté, du placement extérieur ou sous surveillance

électronique, ne dépend-elle pas d'un juge de l'application des peines et d'un service de probation et d'insertion ?

Si l'on a pu parler de *camisole chimique*, ne peut-on parler de *bracelet chimique* pour des soins ambulatoires ?

Qui plus est, l'estime que l'on peut porter au service public, en termes d'hospitalisation, sera-t-elle la même si ces soins sont délégués à une institution de soins privée ? Cela est en effet possible (L.3222-1 CSP) tout comme il existe des prisons *privées*...

Cette privatisation est en cours car le transport des aliénés peut s'effectuer par un transporteur sanitaire agréé (L.3222-1-1 CSP) : le premier maillon de la chaîne peut être d'ores et déjà privé et non public !

Ne pourrait-on pas, à l'occasion d'une réforme législative, réintégrer dans le champ de compétence du JLD cette forme d'hospitalisation sous contrainte, spécialement au regard de la privatisation des lieux de contrainte ?

La question du recours à la visioconférence pourrait aussi se régler dans le cadre d'un tel toilettage, avec une préférence pour que les audiences soient foraines.

Il est indéniable que des fonds ont pu se libérer pour la modernisation de sites de psychiatrie et leur équipement pour la visioconférence : ces moyens financiers pourraient aussi se porter vers les dépenses d'audiences foraines auxquelles ont recours de façon quasiment exclusive des juridictions comme celle de Pontoise ou celles du ressort de la cour d'appel de Lyon.

Le droit du fou est un droit ouvert.

À compter du 1^{er} janvier 2013, le juge judiciaire accueille les demandes d'indemnisation au fond des mesures illégales, une des suites de l'affaire *Baudoin* précitée.

Tout un champ s'ouvre...

Celui de cette indemnisation certes mais aussi, plus discrètement, celui de l'indemnisation de droit commun prévue par la loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) quant à la réparation des victimes d'accidents médicaux (avec les rôles dévolus à la Commission nationale des accidents médicaux, aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux - ONIAM -)...

Du moins lorsque sera rentrée dans les mentalités la perception de ce que les médicaments psychiatriques ne sont pas anodins et dépendent donc du droit commun de la responsabilité... mais cela est un autre débat !

• • • •

LE REGARD D'UN JUGE DES LIBERTÉS

Par Laetitia Brunin,
vice-présidente au tribunal de Nanterre

La lecture des statistiques du contrôle de plein droit des mesures d'hospitalisation sans consentement conduit certains gestionnaires à conclure à l'inutilité de cette réforme, au motif que seulement 5 % des saisines donnent lieu à une mainlevée.

Cette perception est partagée par nombre de magistrats, à qui le *contentieux des fous* fait peur. Il peut sembler rassurant de se répéter que l'hospitalisation sous contrainte est le domaine des psychiatres et non le nôtre et qu'il est préférable de rester au tribunal, en laissant les malades qui vont le plus mal à distance.

Et pourtant, l'administration publique avec laquelle nous sommes appelés à collaborer est hospitalière ! Toutes nos demandes matérielles sont satisfaites et nous pouvons travailler dans des locaux adaptés, souvent plus confortables que nos modestes salles d'audience.

La loi du 5 juillet 2011 laisse le choix au juge des libertés de tenir audience au tribunal ou à l'hôpital. Cependant, les principes constitutionnels, notamment ceux de respect de la vie privée et de dignité, et la recherche de l'effectivité des droits ne nous laissent pas d'autre choix que de nous déplacer à l'hôpital.

Du juge dans la cité au juge dans l'hôpital

Pour les personnes hospitalisées en psychiatrie, l'accès au juge était complexe et difficile : manque d'information, défaut d'accès à l'avocat, réponse tardive aux demandes de mainlevée, avec une forte propension à recourir à l'expertise, division du contentieux entre juge judiciaire et juge administratif.

Elles traversent, en outre, un épisode éprouvant de leur vie qui rend presque impossible de contester judiciairement la décision du médecin qui s'efforce de remplir sa mission de protection de la santé.

Cour européenne des droits de l'homme, Conseil constitutionnel, Tribunal des conflits, droit comparé : la *judiciarisation* des soins psychiatriques sans consentement s'est faite sous la contrainte des juridictions suprêmes, tardivement, et s'inscrit, paradoxalement, dans une loi sécuritaire.

L'accès au juge est désormais systématique aux échéances de quinze jours puis de six mois d'hospitalisation complète. Encore faut-il que cet accès ne se réduise pas à un contrôle de la procédure sans possibilité pour la personne hospitalisée de s'exprimer

directement auprès du juge. Un débat ne peut être contradictoire hors sa présence, quand bien même un avocat la représenterait-elle, le plus souvent sans mandat. Lorsque le juge des libertés se déplace, il rencontre plus de 95 % des personnes hospitalisées. Au tribunal, cette proportion chute en dessous de 60 %.

Le principe de dignité impose également au juge des libertés et de la détention de gommer autant que possible le *D* de son titre, le *D* de la détention source d'anxiété pour le malade. En évitant de faire venir au tribunal ces justiciables qui, dans leur majorité, n'ont pas demandé à voir le juge, le juge des libertés ne les associe pas aux personnes menottées qui lui sont amenées tout au long de la journée dans le cadre d'activités pénales. En allant à leur rencontre, il peut plus facilement leur faire percevoir qu'il ne s'agit pas d'une audience correctionnelle, même si l'audience porte en partie sur les troubles du comportement qu'ils ont pu manifester et qui ont parfois une qualification pénale.

À l'hôpital, les proches, qu'il s'agisse du tiers ou d'autres membres de la famille, sont également plus à l'aise pour venir qu'au tribunal. Leur présence est importante car ils peuvent donner des éléments concrets qui aident le juge à apprécier la situation, tant sur les difficultés passées que sur la capacité des proches à reprendre la charge de l'accompagnement du malade pour des soins ambulatoires. Dans cette perspective, il est déterminant que les hôpitaux fournissent les coordonnées téléphoniques des proches afin que le greffe du juge puisse les aviser et leur fournir des explications en direct plutôt que d'adresser une lettre qui arrive souvent après l'audience.

Sur le fond, la mission du juge est de contrôler la proportionnalité de l'atteinte portée à la liberté individuelle par rapport aux objectifs de protection de la santé ou de protection de l'ordre public. Elle ne se réduit pas à un contrôle de la procédure, contrairement à ce que nombre de médecins ou membres de l'administration hospitalière souhaiteraient... C'est en rencontrant les personnes concernées, en leur accordant la même écoute qu'à tout autre justiciable, sans considérer *a priori* que leur parole est aliénée par la maladie mentale, que le juge des libertés peut porter un jugement sur la nécessité de l'hospitalisation complète, voire sur la nécessité de soins sans consentement.

Naturellement, l'exercice de cette mission ne s'improvise pas et il exige une formation spécialisée, à l'École nationale de la magistrature et au niveau des cours d'appel et des tribunaux de grande instance. Il exige aussi un dialogue permanent avec les différentes parties concernées, que les déplacements à l'hôpital favorisent.

Si les audiences à l'hôpital permettent de rendre effectif l'accès au juge de première instance, les voies de recours sont ensuite moins faciles à exercer. La nécessité de motiver

REPÈRES

Laetitia Brunin, diplômée de Sciences politiques (IEP de Paris), est magistrate depuis 1998.

Après avoir été cinq ans juge d'instruction, elle a travaillé dans le secteur international (au secrétariat de la première présidence de la Cour de cassation, à la Chancellerie et au Tribunal de première instance de l'Union européenne).

Elle est, depuis 2009, en fonction au tribunal de grande instance de Nanterre comme vice-présidente chargée des fonctions de juge des libertés et de la détention.

l'appel et les avertissements qui figurent dans la notification de la décision du juge des libertés sur d'éventuels appels abusifs constituent un frein considérable à l'exercice de cette voie de recours. La participation à l'audience de la cour d'appel n'est pas systématique. D'ailleurs, les personnes les plus fragiles ou les plus en souffrance sont rarement conduites à la cour d'appel. La défense de leurs intérêts s'en trouve affaiblie.

Quant à l'accès au juge suprême, la Cour de cassation, il est presque impossible tant il est onéreux. La défense à l'aide juridictionnelle ne permet guère d'envisager ce recours sans le soutien d'une association d'usagers.

Il faut simplifier les procédures

Au-delà de l'adoption du principe des audiences à l'hôpital et de la spécialisation du juge, à travers une formation adaptée, de nombreuses questions restent en suspens et des simplifications pourraient être opérées afin que les droits des personnes admises en soins sans consentement soient effectifs.

Les procédures d'admission en soins sans consentement définies par la loi du 5 juillet 2011 pourraient être simplifiées, non pour réduire les différents contrôles, notamment celui du directeur de l'hôpital, mais en vue de faire mieux coïncider l'observation clinique, la nécessité d'en rendre compte et l'information de la personne hospitalisée ou prise en charge sur un mode ambulatoire.

Le certificat de vingt-quatre heures apporte-t-il une information utile ? La nécessité de faire intervenir différents psychiatres contribue-t-elle vraiment à une discussion sur le mode de prise en charge et à des évolutions rapides vers le programme de soins ? Le certificat de huitaine ne pourrait-il pas être établi dans un délai plus large de façon à ce que le juge des libertés dispose d'un examen clinique qui date de moins de quarante-huit heures au moment de l'audience ? En consultant les professionnels, psychiatres et magistrats, le législateur doit pouvoir débarrasser la loi de ses scories

bureaucratiques afin de privilégier la disponibilité des médecins pour les soins, tout en exigeant de leur part une qualité accrue dans la rédaction de leurs certificats.

Les décisions administratives elles-mêmes méritent aussi une simplification. Les notifications successives de décisions d'admission et de maintien en hospitalisation, durant la première semaine d'hospitalisation, peuvent se transformer en acharnement bureaucratique, au détriment d'une information claire et accessible sur la situation juridique, les voies de recours et les droits. Il n'apparaît donc pas nécessaire de formaliser des décisions administratives de maintien en hospitalisation complète entre l'admission et la décision du juge, en plus de l'information que le médecin fournit sur la poursuite des soins lors des consultations.

La lourdeur de la procédure actuelle offre de nombreuses occasions de commettre des irrégularités qui peuvent être sanctionnées immédiatement, dans le cadre du plein contentieux désormais confié au seul juge judiciaire.

Trop de formalisme nuit au développement de la culture juridique du monde médical, culture nécessaire pour donner une information correcte aux malades hospitalisés. Une décision d'admission, révisable à tout moment, suffirait sous réserve d'être assortie d'une véritable information sur la situation juridique et sur les droits.

Si la procédure est plus facile à mettre en œuvre, le débat contradictoire pourra se concentrer sur la situation personnelle de l'intéressé, sur la protection de sa santé ou de l'ordre public et sur les moyens les plus adaptés d'y parvenir.

S'agissant de l'appréciation du trouble à l'ordre public et du risque d'atteinte à la sûreté des personnes, le débat contradictoire est parfois limité. En effet, les procédures de police, mains courantes, plaintes ou arrestations figurent rarement parmi les pièces fournies par le préfet. Aucun débat judiciaire ne peut se conformer aux exigences du contradictoire et de l'égalité des armes sans ces éléments concrets,



D'après Pieter Bruegel l'Ancien, *L'excision de la pierre de folie* (vers 1494)

qui permettent de situer les faits dans leur matérialité et dans le temps et d'en apprécier la gravité. C'est le moins que l'on exige devant le tribunal de police ou pour la rétention d'un étranger. Le juge des libertés, même s'il peut ordonner des mesures d'instruction, n'a pas à se substituer au demandeur et ne peut que tirer les conséquences de cette absence d'éléments suffisants en ordonnant des mainlevées.

Programmes de soins, UMD, contrôle des traitements médicamenteux : des questions qui restent à traiter

Le Conseil constitutionnel a déclaré non conformes à la Constitution certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 concernant les personnes déclarées pénalement irresponsables et celles qui ont séjourné dans une unité pour malades difficiles (UMD). Si les malades concernés seront ainsi, dans la rédaction de la loi à venir, moins discriminés, il n'en demeure pas moins que le séjour en UMD reste une

étape stigmatisante pour les malades dans ce que certains désignent comme leur *psychiatriation*. Si la décision de transfert peut être attaquée devant le juge administratif, cette voie de recours paraît insuffisante et tardive dans un processus où l'administration ne met pas l'administré en mesure de faire des observations. Il serait souhaitable que le malade concerné par un projet de transfert soit consulté, avec l'assistance d'un avocat ou de la personne de confiance, ainsi que sa famille. De la sorte, les mesures seraient mieux comprises, moins mal vécues et parfois, peut-être, évitées. L'exercice des voies de recours en serait aussi facilité.

La situation des personnes en programme de soins laisse à désirer quant à leur accès au juge et à l'exercice de leurs droits. Dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a estimé que ces programmes de soins n'impliquaient nulle contrainte et ne nécessitaient donc pas un contrôle juridictionnel. Quand on observe que des hospitalisations dites *partielles*

peuvent consister à laisser quelques heures de sortie par quinzaine, on ne peut que douter de l'absence de contrainte. Est en cause l'absence de souplesse du dispositif, qui ne permet que des sorties accompagnées dans le cadre de l'hospitalisation complète. Les présupposés sécuritaires de la loi y sont pour beaucoup.

Un système de permissions de sortie, accompagnées ou non, dans le cadre de l'hospitalisation complète, serait plus adapté à la situation des malades qui, dans leur majorité, sortent progressivement de l'hôpital. Le terme d'*hospitalisation partielle* ne devrait correspondre qu'à des situations dans lesquelles le malade ne passe pas toutes ses nuits à l'hôpital.

Par ailleurs, l'information sur la situation juridique et sur les droits doit être assurée pour les malades en programme de soins, qui n'ont parfois jamais rencontré le juge. La formalisation des programmes de soins pêche sur ce point. La quasi-absence de requête individuelle contre ces mesures, depuis l'entrée en vigueur de la loi, en témoigne.

Au cours des audiences, les personnes hospitalisées se plaignent très souvent de leur traitement médicamenteux, de son dosage ou des effets secondaires. Le juge est démuni et ne peut que renvoyer l'intéressé au dialogue avec les psychiatres et médecins ou, en dernière extrémité, recourir à une expertise. Alors que les médicaments disponibles ne cessent d'évoluer,

que bientôt des médicaments seront dotés de puces pour s'assurer à distance de leur prise, que certaines méthodes de soins ont pu défrayer la chronique, il serait opportun d'élaborer de nouveaux modes de contrôle sur les prescriptions et de nouveaux modes de collaboration entre juge et médecin, en dehors de l'expertise.

Dans un premier temps, dans bon nombre de cas, la participation du psychiatre au débat contradictoire permettrait de répondre à la majorité des demandes exprimées par leur patient.

La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 conduit le juge à rencontrer un public en souffrance, en souffrance psychique, morale, sociale, en souffrance d'autonomie, de droits et de citoyenneté. L'arbitrage que fait le juge entre nécessaire protection de la santé et restriction proportionnée de la liberté individuelle, en apportant l'écoute et le regard de la société, contribuera peut-être à la légitimation du processus de soin et à son acceptation libre par le malade. Il est trop tôt pour le savoir et l'action du juge et du médecin seront utilement éclairées par les études qui pourront être menées par les chercheurs dans ce domaine.

La mise en œuvre de cette loi, en portant la lumière sur ces citoyens, fait aussi prendre conscience des publics oubliés : les mineurs, qui peuvent être hospitalisés par leurs parents sans aucune voie de recours, et les personnes âgées ou dépendantes, placées en institution sans avoir leur mot à dire et sans débat ouvert sur leur lieu de vie.

Outre l'extension indispensable du champ de compétence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté à ces hôpitaux et maisons de retraite où les portes sont soigneusement fermées, la possibilité de saisir le juge devrait être introduite pour ces citoyens fragilisés, aux facultés mentales ou physiques altérées, afin qu'ils puissent contester le lieu de vie choisi par d'autres et révéler la maltraitance que favorisent souvent la clôture d'une institution et le manque de regard extérieur.

• • • •



Quentin Metsys, *Allégorie de la Folie* (vers 1525)

DE L'EFFECTIVITÉ DES DROITS DE LA DÉFENSE

Par Corinne Vaillant,
avocate au barreau de Paris

Je me réjouis que le Syndicat de la magistrature ait organisé un colloque sur la loi du 5 juillet 2011 et s'empare de cette question qui touche à l'essentiel de la condition humaine, la liberté individuelle, et concerne au moins 80 000 personnes par an (chiffres de 2008).

Jusqu'à cette dernière loi, ces personnes étaient privées de liberté pendant un temps illimité sans qu'aucun juge n'intervienne. C'étaient les seuls justiciables, qui plus est parmi les plus fragiles, à être exclus de la garantie constitutionnelle que constitue l'intervention du juge judiciaire. Il a fallu la ténacité d'une ancienne *internée* et l'intervention de l'association Groupe information asiles (GIA) pour que le Conseil constitutionnel mette fin à cette relégation dans l'ombre, par sa décision du 26 novembre 2010, suivie par celle du 9 juin 2011.

Lorsque j'ai commencé mon métier, il y a vingt-cinq ans, les hospitalisations psychiatriques sous contrainte étaient règlementées par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Nous étions, en matière de droits des personnes internées, au stade de la préhistoire. Le droit était un intrus à l'hôpital, l'avocat n'y entrait pas. Les décisions d'hospitalisation à la demande d'un tiers étaient orales. Aucune décision n'était notifiée. La notion de *droits* était inconnue.

De même, la présence du malade mental était-elle incongrue dans un tribunal. Le recours au juge était exceptionnel car matériellement inaccessible.

S'il venait à l'idée d'une personne hospitalisée de saisir le juge d'une demande de mainlevée, sa requête prenait plusieurs mois pour être traitée, quand la demande ne se perdait pas dans les méandres judiciaires... Ceci a d'ailleurs valu à la France d'être condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) à de multiples reprises pour violation de l'article 5 § 4 sur la notion de délai raisonnable. La procédure n'était connue que par quelques avocats et une poignée de juges et ne passionnait personne.

Si la personne souhaitait contester a posteriori son *internement*,

la procédure complexe et longue, la compétence partagée entre le juge administratif et le juge judiciaire et l'accès au dossier médical et administratif, condition première d'une action effective, constituaient un véritable parcours du combattant dissuasif.

La loi du 5 juillet 2011, qui a dû intégrer l'intervention du juge, est entrée en vigueur dans les conditions les pires qui soient : manque de temps, manque de moyens, vacances judiciaires, comme s'il fallait payer le prix de cette réforme imposée par le Conseil constitutionnel et dont le législateur n'avait pas voulu.

Pour autant, un an après, force est de constater que, malgré de multiples obstacles, l'intervention du juge judiciaire constitue une avancée considérable. Plus de 3000 personnes sont sorties sur décision judiciaire qui ne seraient pas sorties avant l'entrée en vigueur de la loi ; sans compter les 6750 personnes en hospitalisation complète qui ont été libérées après que le juge ait été saisi et avant qu'il ne statue (1). Il semble également que le nombre d'hospitalisations complètes de plus de quinze jours ait diminué (62 409 décisions rendues au regard des 72 000 à 78 000 attendues).

Un nouveau droit s'élabore au fil des décisions rendues. Toutefois, le contrôle du juge n'a de sens que si les droits de la défense sont garantis. Qu'en est-il de l'effectivité de ceux-ci aujourd'hui ?

(1) Bilan des réponses au quatrième questionnaire sur la mise en place de la réforme des soins psychiatriques (août 2011 - juillet 2012).

(2) Article L.3211-3 du Code de la santé publique.

L'INFORMATION SUR LES DROITS ET LA POSSIBILITÉ D'AVOIR RECOURS À UN AVOCAT

À l'admission

Il ne peut y avoir de défense effective sans information préalable de la personne sur ses droits et notamment sur celui d'être défendu.

L'information sur les droits commence par une véritable information sur la situation juridique de l'intéressé lors de son arrivée à l'hôpital. Or, si cette information est prévue par la loi (2), elle n'est guère effective. Des progrès ont été faits et les décisions, dorénavant écrites, sont notifiées aux intéressés. Néanmoins, le médecin reste, aux termes de la loi, maître du temps de cette information en fonction de son appréciation personnelle de l'état de santé de la personne concernée. Ainsi, à pathologie égale et selon le service hospitalier, l'information sera donnée dans les quarante-huit heures de l'arrivée alors qu'il faudra attendre, parfois simplement à l'étage en-dessous, plus de huit jours.

Par ailleurs, la notification, quand elle intervient, n'est pas complète. La plupart des décisions de soins psychiatriques à la demande d'un tiers et des arrêtés préfectoraux sont

REPÈRES

Corinne Vaillant, avocate au barreau de Paris depuis 1984, est impliquée dans la défense des personnes hospitalisées sous la contrainte et la formation des professionnels dans ce domaine.

Elle est présidente de la nouvelle association *Avocats, droits et psychiatrie* (créée en janvier 2013). En savoir plus : [ICI](#)

Bibliographie

• *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe* (avec Philippe Bernardet et Thomas Douraki)

Éditions Érès, 2002 : [ICI](#)

• *Être victime, aides et recours* (avec Carole Damiani)

Éditions Vuibert, 2003 : [ICI](#)

motivés par un certificat médical auquel ils se réfèrent. Or, la motivation par référence n'est admise qu'à la double condition que l'auteur de la décision s'en approprie expressément le contenu et que le certificat soit joint (3). Concrètement, ces certificats ne sont jamais notifiés avec la décision qui les vise, ce qui les rend incompréhensibles et contribue à vider de sens et d'effectivité la notification.

Autre problème très concret, quand notification il y a, il est demandé la signature de l'intéressé mais les documents sont très rarement laissés à sa disposition. Pour des raisons pratiques (ou par crainte qu'ils ne soient détruits), ils sont rangés dans le dossier administratif de la personne concernée qui ne peut donc les consulter simplement sans effectuer une démarche particulière, préalable et aléatoire, auprès des services administratifs de l'hôpital. Par ailleurs, la notification de la décision ne dispense pas de l'information sur les droits : or, le droit de consulter un avocat ou son médecin n'est pas toujours indiqué.

Enfin, reste la question de savoir qui procède à la délivrance de cette information. Une des raisons des résistances constatées résulte de la subjectivité de celui qui la délivre. Celui qui informe de la possibilité de contester l'hospitalisation est souvent lui-même convaincu de la nécessité de maintenir l'hospitalisation complète...

L'information, dans ce contexte, ne peut pas être objective ni laisser réellement la liberté à celui qui la reçoit d'exercer son droit de contester la mesure dont il fait l'objet. On voit combien cette étape de l'information nécessaire à l'exercice des droits est peu ou mal respectée malgré l'exigence de la loi en la matière.

Comment la rendre effective ? Certains juges des libertés ont estimé, dans le cadre de leur contrôle systématique, que dès lors qu'il n'était pas rapportée la preuve de la délivrance de

cette information, il y avait là une irrégularité qui portait atteinte à une liberté fondamentale. Ils ont donc ordonné la mainlevée immédiate de la mesure (4).

Avant l'audience

Le décret d'application du 18 juillet 2011 prévoit que la personne hospitalisée est convoquée à l'audience du juge des libertés par tout moyen. Concrètement, cette convocation se fait par télécopie adressée aux services administratifs de l'hôpital qui la transmettent ensuite au service concerné pour qu'elle soit remise à l'intéressé. Ainsi, la date de transmission à l'hôpital n'est-elle pas celle de la remise et il peut souvent s'écouler plusieurs jours avant que l'intéressé ne reçoive en mains propres sa convocation. Certains établissements font signer un récépissé de remise, ce qui permet de s'assurer que la personne a bien eu connaissance de l'audience, et à quelle date. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent.

Au-delà du respect des règles de procédure, c'est encore une fois le respect de la personne hospitalisée qui est en jeu. L'absence de contrôle exigeant aboutit à ce que des personnes apprennent le matin même qu'elles vont être présentées au juge, sans avoir le temps matériel de s'y préparer psychologiquement et physiquement, ce qui est inadmissible.

On sait que la rencontre avec un juge est impressionnante pour n'importe quel justiciable. Alors, que dire de l'effet sur une personne malade, fragile, sous médicament et souvent privée de ses effets personnels (vêtements ou maquillage, par exemple, qui pourraient lui permettre de se rassurer et de vivre avec plus de dignité et moins d'appréhension cette audience) ? Que dire encore de l'effet désastreux de la surprise sur certaines pathologies ?

La preuve de la remise de la convocation dans un délai raisonnable avant l'audience devrait faire partie des pièces obligatoires de la procédure.

(3) Conseil d'État, 9 novembre 2001, *Deslandes*, n° 235 247 : [ICJ](#) (entrer le numéro de l'affaire (235247) dans le champ *Recherche* de la base pour accéder à l'arrêt).

(4) JLD Versailles, 13 février 2012 ; cour d'appel de Versailles, 23 mai 2012.

Enfin, l'information sur la possibilité d'être assisté gratuitement par un avocat commis d'office n'est pas suffisamment expliquée et facilitée. La plupart du temps, un formulaire est remis avec la convocation invitant l'intéressé à le retourner s'il souhaite être assisté dans ce cadre. Au-delà des questions de délai évoquées ci-dessus, il s'agit là d'une démarche beaucoup trop complexe pour une personne privée de liberté. Le retour du document est subordonné à la bonne volonté et à la disponibilité des services administratifs et beaucoup trop aléatoire.

L'accès à l'avocat devrait être simplifié avec une information sur la présence systématique d'un avocat commis d'office à l'audience auquel l'intéressé pourra toujours renoncer s'il souhaite contacter son propre conseil ou s'il souhaite se présenter seul devant le juge.

L'ENTRETIEN ET LA PRÉPARATION DE L'AUDIENCE

Le lieu de l'audience

Le Contrôleur général des lieux de privation de libertés préconise que celle-ci se tienne à l'hôpital, dans une salle dédiée. Le respect de la dignité des malades doit primer.

Il est impératif, lorsque l'audience a lieu au tribunal, ce qui est le cas actuellement dans 75 % des cas, qu'elle se tienne dans des conditions respectueuses de la fragilité des personnes qui s'y rendent : lieux et temps d'attente doivent être aménagés. L'absence de promiscuité avec un public qui pourrait les stigmatiser ou, au contraire, les traumatiser davantage (détenus déferés menotés par exemple) doit être privilégiée.

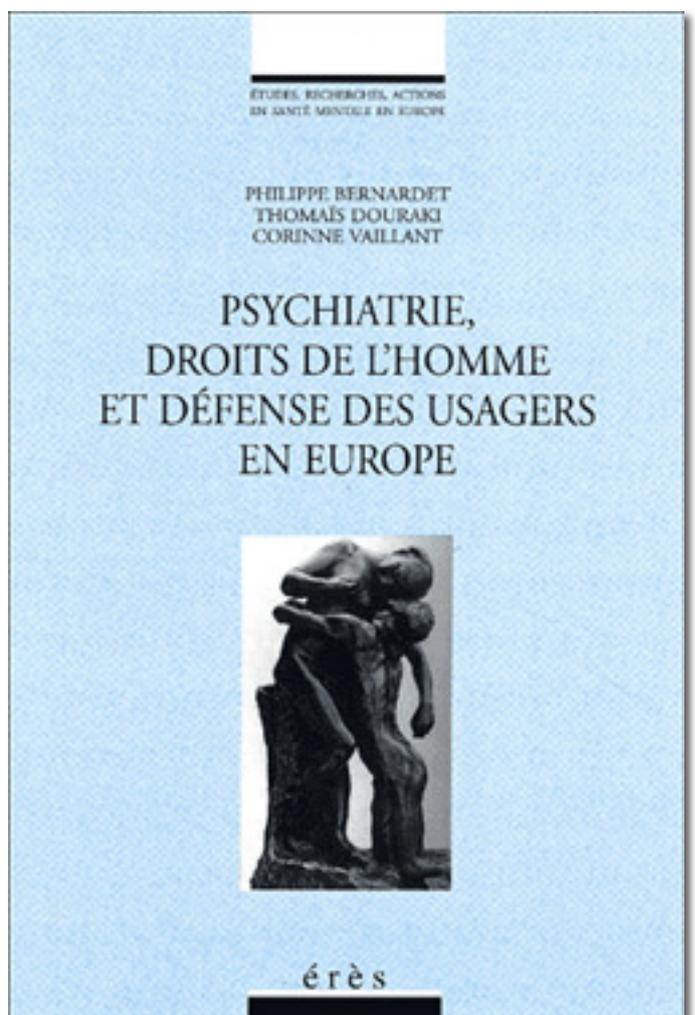
Les conditions de transport doivent également être prises en compte dans le choix du lieu de l'audience.

Il est constant que le nombre de personnes convoquées qui ne se présentent pas parce que le médecin a estimé que des motifs médicaux faisaient obstacle, dans leur intérêt, à leur audition est nettement supérieur lorsque l'audience se déroule au tribunal que lorsqu'elle se tient à l'hôpital.

Les raisons médicales servent parfois de prétexte pour pallier des carences de personnel d'accompagnement ou pour habiller des résistances idéologiques à l'application de la loi. Le justiciable est ainsi privé de la rencontre avec le juge et l'otage de considérations extérieures à son état de santé.

Il est alors obligatoirement représenté par un avocat mais on s'interroge sur l'effectivité de la défense dans de telles conditions. Les personnes considérées comme *non auditionnables* devraient constituer l'exception quand elles sont largement majoritaires dans certains tribunaux. Il s'agit d'un contournement inadmissible de la loi.

Certaines juridictions, comme la cour d'appel de Paris, ont annulé des ordonnances rendues dans de telles conditions en rappelant que le juge ne pouvait statuer sans entendre la personne sauf



à violer les droits de la défense et du procès équitable, la représentation par l'avocat ne pouvant pallier l'absence d'audition de l'intéressé (5).

Dès lors que les conditions matérielles prévues par la loi sont réunies, l'audience peut se tenir à l'hôpital, ne serait-ce que pour éviter l'accroissement artificiel des personnes jugées médicalement *non auditionnables*.

Mais ce choix de lieu d'audience ne doit pas se faire au détriment de l'effectivité de la défense. Rappelons que la défense d'office devant le juge des libertés est rémunérée forfaitairement à 4 UV (unités de valeur) soit 91,36 euros hors taxes par dossier, quel que soit le lieu de l'audience et le nombre de kilomètres à parcourir pour s'y rendre ! Il faut donc veiller scrupuleusement à ce que des considérations géographiques comme l'éloignement de l'hôpital de la ville ne conduisent, au nom d'un meilleur respect des personnes hospitalisées, à les priver de l'assistance effective d'un avocat.

En tout état de cause, le recours à la visioconférence doit être exclu car totalement inadapté au public concerné. La défense a déjà eu l'occasion de condamner ce recours qui place l'avocat devant un dilemme inacceptable : soit rester avec son client et se priver de la possibilité de convaincre réellement le juge, soit rester auprès du juge et laisser son client dans un sentiment d'abandon insupportable.

L'entretien avec l'avocat

L'entretien de l'avocat avec son client est fondamental pour permettre un véritable débat contradictoire. Le juge ne dispose, en effet, que des pièces transmises par l'hôpital ou la préfecture à l'appui d'une demande de maintien en hospitalisation complète. Le dossier à destination du juge a donc été constitué uniquement dans ce but.

L'entretien avec l'avocat constitue la première occasion pour l'intéressé de raconter sa version

des faits à l'origine de la mesure d'hospitalisation mais aussi tout le contexte social, familial et professionnel. Ces éléments font cruellement défaut dans le dossier adressé au juge et sont de nature à éclairer d'un autre jour les débats. L'entretien permet aussi d'aborder la question essentielle du consentement aux soins car s'il y a consentement aux soins, il n'y a alors plus lieu à contrainte. Ce sera aussi l'occasion d'expliquer au justiciable le déroulement de l'audience et de l'éclairer sur le choix d'une audience publique ou non.

Même si la plupart des audiences se déroulent en chambre du conseil, il est important de préserver par principe le caractère public de celles-ci. Cela permet à des tiers comme l'infirmier qui l'accompagne, certains membres de la famille ou des amis (dès lors qu'ils ne sont pas les tiers demandeurs) d'y assister à la demande de l'intéressé et d'apporter leur éclairage.

L'accès à un dossier complet

L'article L.3211-12 du Code de la santé publique prévoit que l'intéressé peut avoir accès à son dossier avant l'audience à l'hôpital mais aussi que l'avocat qui en fait la demande peut recevoir la copie des pièces de celui-ci. Lorsque la transmission des procédures se fait de façon dématérialisée, les pièces sont transmises à l'avocat par le RPVA (acronyme du réseau privé virtuel qui permet aux tribunaux de communiquer, par intranet, de manière sécurisée, avec les avocats). Cela constitue une avancée de l'effectivité des droits de la défense.

Encore faut-il que le demandeur, hôpital ou préfecture, transmette au greffe tous les documents prévus par les textes, ce qui n'est pas toujours le cas. Il appartiendra alors au juge d'en tirer les conséquences et d'ordonner la mainlevée, le cas échéant, s'il s'agit de pièces essentielles telles que la décision d'admission. Cette position a d'ailleurs déjà été adoptée par un certain nombre de juridictions.

(5) Cour d'appel de Paris, 15 mars 2012, n° 12 / 00 090.

La suppression, dans les dossiers, du bulletin n° 1 (B1) du casier judiciaire

Aux termes d'une instruction de la direction des services judiciaires du 18 août 2011, le ministre de la justice demande aux greffiers de solliciter auprès du service du casier judiciaire national, dans chaque procédure de soins contraints venant devant le juge des libertés, un B1 à verser au dossier pour *vérifier si le patient a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité*.

Cette instruction est contraire à la loi et stigmatise inutilement la personne concernée. Rappelons que la procédure devant le juge des libertés est une procédure civile où la demande de casier judiciaire n'existe pas (elle n'est prévue que dans le Code de procédure pénale). En outre, seul un magistrat et non un greffier peut le demander (6).

Cette instruction doit donc disparaître d'autant qu'elle est inutile puisque le préfet, dans les cas d'irresponsabilité pénale, a eu communication de la décision pénale et doit la joindre au dossier qu'il transmet au juge (7).

La formation des avocats

Enfin, il est indispensable que les avocats soient formés à cette défense particulière et à des textes complexes. La compétence fait partie des gages d'une défense qui soit véritablement effective.

UN CONTRÔLE EFFECTIF DU JUGE

L'intervention du juge judiciaire comme gardien des libertés individuelles n'a de sens que si le contrôle exercé est effectif. Cela impose qu'il s'agisse d'un juge formé en la matière comme aux questions touchant à la liberté individuelle. Ce juge exercera alors un contrôle rigoureux sur le contenu du dossier et sur les pièces qui lui sont soumises.

Un contrôle conforme à la Convention européenne des droits de l'homme

Nul ne peut, en application des dispositions de l'article 5-1-e de la Convention européenne des droits de l'homme, être privé de sa liberté sauf *s'il s'agit de la détention régulière d'un aliéné et selon les voies légales*.

La Cour européenne des droits de l'homme a déjà précisé à plusieurs reprises l'étendue que devait prendre le contrôle du juge en la matière. Elle a ainsi jugé *qu'en garantissant un recours aux personnes détenues ou arrêtées, l'article 5 § 4 consacre aussi le droit pour celles-ci d'obtenir, dans un bref délai à compter de l'introduction du recours, une décision judiciaire concernant la régularité de leur détention et mettant fin à la privation de liberté si elle s'avère illégale* (8) ou encore que *le contrôle doit être assez ample pour s'étendre à chacune des conditions*

(6) Article 774 du Code de procédure pénale :

Le relevé intégral des fiches du casier judiciaire applicables à la même personne est porté sur un bulletin appelé bulletin n° 1.

Le bulletin n° 1 n'est délivré qu'aux autorités judiciaires.

Lorsqu'il n'existe pas de fiche au casier judiciaire, le bulletin n° 1 porte la mention « néant ».

Le bulletin n° 1 peut également être délivré aux greffes des établissements pénitentiaires afin (...).

Note de la rédaction : cet article n'interdit pas, à proprement parler, que des non-magistrats, sur instruction d'un magistrat, demandent un B1 ; c'est d'ailleurs une pratique constante et quotidienne des agents des greffes... En revanche, imposer la présence systématique du B1 dans des dossiers civils est abusif. Toutefois, si un JLD, par exemple, le demande, cela n'est pas *illégal* en soi ; le même JLD, d'ailleurs, n'est pas tenu par les dispositions d'une circulaire de la Chancellerie et peut donc inviter son greffier à ne pas faire les demandes systématiques de B1...

(7) Article R.3211-11-3 du Code de la santé publique.

(8) CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin contre France*, n° 35 935 / 03 : [ICI](#)

indispensables à la régularité de la détention d'une personne (9). Ces décisions concernent des personnes hospitalisées sous la contrainte.

De même, en vertu de l'article 66 de la Constitution, les magistrats de l'ordre judiciaire ont l'obligation de vérifier si les dispositions législatives et réglementaires autorisant le séjour forcé d'un individu dans un établissement de soins ont été appliquées de manière stricte (10).

Le contrôle doit donc porter sur le respect de la loi s'agissant tant de la décision d'hospitalisation initiale que de celles ultérieurement prises jusqu'à l'audience. En outre, si les conditions prévues par la loi en matière de SPDT ou SPDRE ne sont plus réunies au moment où le juge statue, la mainlevée doit être ordonnée. Trop de juges des libertés, par frilosité, ignorance ou peur des conséquences de leur décision, répugnent à exercer pleinement leur contrôle se réfugiant derrière le partage des compétences entre juge judiciaire et administratif. Ce partage, qui n'existe plus, n'avait pourtant jamais empêché ce plein contrôle.

Par ailleurs, lors de l'examen de la situation de la personne hospitalisée, le juge doit se référer également à la jurisprudence européenne. La CEDH a rappelé ce qui peut paraître évident : *la privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention. Il doit être établi que la privation de liberté de l'intéressé était indispensable au vu des circonstances* (11).

La loi belge du 26 juin 1990 exige d'ailleurs comme condition de mise en œuvre de la privation de liberté l'impossibilité de recourir à un autre traitement que l'hospitalisation forcée.

Des voies de recours effectives

Il y a peu de recours contre les ordonnances rendues qui, pourtant, font droit aux demandes de maintien en hospitalisation complète dans 95 % des cas. La question de l'effectivité se pose également s'agissant des voies de recours.

L'information sur le délai d'appel et la forme de l'appel est soit trop complexe (reprise de tous les articles) soit trop lacunaire (simple indication du fax de la première présidence de la cour d'appel). La preuve de la notification faite directement à l'intéressé, et non au seul service administratif de l'hôpital, fait souvent défaut. Si l'avocat peut donner des précisions à l'issue de l'audience, il lui est très compliqué de joindre ensuite l'intéressé dans le délai de l'appel pour le conseiller ou à l'intéressé de le joindre.

Par ailleurs, quand le siège de la cour d'appel relève d'un autre barreau, ce ne sera pas le même avocat qui interviendra devant la cour. Il est totalement irréaliste d'imaginer obtenir la désignation d'un avocat d'office dans le délai d'appel.

En outre, si la personne n'a pas été entendue par le juge pour des motifs médicaux, l'avocat qui l'a représentée ne dispose d'aucun mandat pour interjeter appel en son nom et il est alors matériellement impossible à la personne concernée de disposer des conseils nécessaires pour exercer cette voie de recours.

S'ajoutent à ces difficultés deux obstacles supplémentaires.

Sur le plan matériel, il faut disposer de papier, crayon et timbre pour envoyer son recours ou persuader le responsable du service de transférer à temps la déclaration d'appel. Celle-ci doit être accompagnée de la décision attaquée, ce qui suppose d'abord que l'intéressé

(9) CEDH, 28 mai 1985, *Ashingdane contre Royaume-Uni*, n° 8225 / 78, & 52 : [ICI](#)

(10) TGI Bar-Le-Duc, 21 juin et 13 octobre 1982, revue *Dalloz*, 1983, page 25.

(11) CEDH, 19 mai 2004, *RL et MJD contre France*, n° 44 568 / 98, & 116 : [ICI](#)

LES TEXTES INTERNATIONAUX

Nations unies

Convention adoptée le **13 décembre 2006**
relative aux droits des personnes handicapées
(ouverte à la signature des États le 30 mars 2007 ;
en avril 2013, 155 États l'ont signée et 130 l'ont ratifiée) :

ICI

Conseil de l'Europe

Recommandation adoptée le **22 septembre 2004**
du Comité des ministres aux États membres
relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux :

ICI

l'ait matériellement avec lui (qu'elle ne soit pas rangée dans son dossier administratif...) et qu'il s'en sépare puisqu'il n'aura pas non plus la faculté d'user d'une photocopieuse.

Sur le fond, la loi impose que l'appel soit motivé, ce qui nécessite une connaissance des textes et une aisance pour s'exprimer dont tous ne disposent pas (surtout sous l'effet de médicaments...).

Si la déclaration d'appel n'est pas motivée, l'appel sera irrecevable

(sauf si l'audience se tient dans le délai de l'appel, qu'un avocat est commis d'office et qu'il régularise des conclusions, ce qui est très aléatoire...).

Pour le justiciable s'ajoutent parfois à ces difficultés une perte de la notion du temps (ce qui est peu compatible avec la rigueur du délai) et des pressions exercées par le personnel pour le dissuader de faire appel (*cela retardera la sortie et ne sert à rien*, est-il dit parfois...).

Dans ces conditions, il faudrait supprimer cette exigence de

motivation pour rendre effective cette voie de recours.

Enfin, se pose la question du réexamen périodique de la situation de l'intéressé par le juge. Le délai de six mois est trop long. C'est un tunnel où disparaît l'intéressé. Certains juges décident de se saisir d'office, ce qui leur permet de fixer la date du réexamen de la situation, mais cette pratique reste marginale et subordonnée à la volonté du magistrat. Il faudrait là encore revoir le texte et prévoir un délai de réexamen plus court.

En conclusion, il reste encore du chemin à parcourir pour que l'avancée législative en matière de liberté individuelle devienne une garantie effective des droits pour la personne hospitalisée sous la contrainte.

• • • •

**ACTES DU COLLOQUE
ORGANISÉ PAR LE SM.
LIBERTÉ, SÉCURITÉ, SOINS :
LA NOUVELLE DIAGONALE
DU FOU.**



A photograph of a courtroom. In the foreground, a judge is seated at a dark wooden bench, facing away from the camera. The judge is wearing a black robe and a white collar. In the background, a group of people, presumably the audience or jury, are seated in rows of wooden benches, looking towards the judge. The room has a high ceiling with a chandelier hanging from it. The overall atmosphere is formal and serious.

PAROLES DES JUGES ET JURISTES (en Belgique)

EN BELGIQUE :

LA FIGURE DU JUGE DE PAIX

Par Thierry Marchandise,
juge de paix à Charleroi, ancien procureur du Roi,
ancien président de l'Association syndicale des
magistrats (belges)

La loi (belge) du 26 juin 1990 est l'aboutissement d'un travail parlementaire entamé dès 1969 et dans lequel la Ligue des droits de l'homme a joué un rôle non négligeable. Cette législation met fin au régime administratif de la *collocation* (du latin *collocare*, signifiant *placer ensemble*) instauré par la loi du 18 juin 1850 et qui permettait au bourgmestre en possession de deux certificats médicaux de placer en hôpital psychiatrique fermé des personnes troublant l'ordre public.

La nouvelle loi lui substitue un système dans lequel les restrictions apportées à la liberté individuelle d'une personne, en raison de son état mental, sont subordonnées au contrôle préalable d'une autorité judiciaire, en l'espèce celle du juge de paix.

En Belgique, le juge de paix est garant des incapacités civiles

Le législateur a été particulièrement attentif dans le nouveau texte légal aux garanties relatives à la liberté des personnes et cela à la fois en référence à l'usage abusif de la médecine psychiatrique dans certains anciens pays de l'Europe de l'Est mais aussi en tenant compte des dispositions des articles 5.1 et 5.4 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, à travers la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

J'ajouterai, qu'en Belgique, le législateur a décidé de créer un tribunal de la famille qui récupérera les compétences familiales des juges de paix.

En compensation, les juges de paix deviendront compétents pour toutes les incapacités civiles. Outre l'administration des biens pour les personnes incapables de les gérer et l'application de la loi du 26 juin 1990, le juge de paix deviendra compétent pour la minorité prolongée (actuellement de la compétence du tribunal de première instance). Le juge de paix sera également compétent pour les interdictions de résidence (qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013)

et les futures dispositions relatives à l'administration de la personne.

Les principes de la loi du 26 juin 1990

Le législateur prévoit la possibilité d'une mise en observation pour une durée de quarante jours maximum, dans un service psychiatrique fermé, de personnes atteintes d'une maladie mentale qui mettent gravement en péril leur santé et leur sécurité, ou qui constituent une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. Il y a une condition supplémentaire qui est l'impossibilité de recourir à un autre traitement que l'hospitalisation forcée.

La demande est adressée au juge de paix du lieu de résidence du malade, par toute personne intéressée. Ceci laisse une large possibilité d'intervention d'autorités, de services sociaux, de voisins, de proches ou de membres de la famille. Et cette large gamme d'intervention souligne la responsabilité de la communauté citoyenne locale dans cette problématique.

Cette requête doit obligatoirement être accompagnée d'un certificat médical circonstancié récent (datant de moins de quinze jours) décrivant, à la suite d'un examen, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée, les symptômes de la maladie et constatant les conditions relatives à la mise en péril personnelle ou d'autrui indiquées ci-dessus. Le secret médical est ici expressément levé.

L'intervention du procureur du Roi

Il convient de relever qu'en cas d'urgence, devant une situation de crise, le procureur du Roi

peut décider, d'office ou à la demande, d'une *mise en observation*. Ce magistrat est tenu aux mêmes conditions légales que la procédure ordinaire et il doit, dans les vingt-quatre heures de sa décision, aviser le juge de paix qui procède à une audition du malade et statue dans les dix jours pour confirmer ou infirmer la mesure prise par le procureur du Roi avec les mêmes garanties que celles relevées ci-dessus.

La formule *light*

Mais il existe une forme *light* de *mise en observation*.

Le législateur a en effet prévu que, lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires mais que l'état mental et les circonstances permettent néanmoins de le soigner dans une famille, le juge de paix peut décider, selon la même procédure qui vient d'être évoquée, non pas du placement en hôpital psychiatrique mais bien du placement en famille (celle du malade ou une tierce) ou par extension dans une maison familiale (*home*, établissement

REPÈRES

Thierry Marchandise est un magistrat belge.

Il a exercé une carrière essentiellement de parquetier à Charleroi (procureur du Roi de 1995 à 2004).

Il est ensuite nommé juge de paix, sa fonction actuelle.

Il est chargé d'enseignement universitaire en droit pénal (Facultés Saint-Louis de Bruxelles) et assure des formations sur le secret professionnel, l'administration des biens et la mise en observation des malades mentaux.

Il a été président de l'Association syndicale des magistrats (belges).

Il préside une fondation d'utilité publique, *Samilia*, qui se consacre à la lutte contre la traite des êtres humains.

En savoir plus sur internet :

- site de l'Association syndicale des magistrats (belges) : [ASM](#)
- site de la fondation *Samilia* : [ICI](#)

de soins...). Dans ce cas, le juge de paix donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter.

La durée de l'hospitalisation forcée

La décision de mise en observation du juge de paix vaut pour quarante jours au maximum.

Une libération est possible pendant ce délai si le médecin-chef de service constate que l'état du malade ne justifie plus la mesure. Quinze jours avant la fin de l'observation, le médecin-chef de service adresse au juge de paix un rapport circonstancié et celui-ci, après une nouvelle audition du malade, peut alors décider du maintien de l'hospitalisation pour une durée maximale de deux années, période renouvelable.

Pendant ce maintien en observation, le médecin-chef de service peut à nouveau décider de la libération.

À tout moment, la mesure de maintien peut être assouplie si l'état du patient le permet et avec son accord, et cela sous la forme d'une post-cure qui a lieu en dehors de l'établissement psychiatrique. Cette mesure nécessite que le médecin-chef de service précise les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Ceci peut interpeller dans la mesure où le médecin sort de son rôle strict de soignant pour entrer dans l'aide sociale qui n'est pas sa mission première. Cette mesure, cependant, permet la réinsertion sociale des malades qui étaient réticents à toute médication ou qui ont estimé pouvoir d'initiative suspendre leur traitement.

Il est aussi intéressant de constater que, dans notre système légal, c'est le pouvoir judiciaire qui décide de l'hospitalisation forcée mais que le dernier mot appartient au monde médical qui décide de la levée de la mesure.

L'aspect médical

Le législateur a volontairement omis de donner une définition légale de la maladie mentale en raison de l'évolution de la science médicale et

de la recherche psychiatrique. Cette omission permet une grande souplesse d'appréciation dans la notion même de pathologie mentale. Toutefois, la loi indique que *l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.*

En ce qui concerne le médecin rédacteur du certificat médical, le législateur prévoit que ce médecin ne peut être parent ni allié du malade ou du requérant. Il ne peut pas non plus être attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouverait. Cette dernière exigence est posée pour éviter tout risque de collusion. Le certificat ne peut pas non plus être rédigé par le médecin s'il est le requérant.

Les typologies de maladies le plus souvent rencontrées sont les maniaco-dépressions, la schizophrénie ou les psycho-pathologies consécutives à un état post-traumatique. Dans chaque cas, il doit être précisé que les conditions de péril et l'impossibilité de recourir à un autre traitement que l'hospitalisation contrainte sont réunies.

L'alcoolisme et les toxicomanies ne sont pas en elles-mêmes considérées comme des maladies mentales (sauf si la prise de substances a déclenché une maladie mentale en germe chez la personne concernée mais, dans ce cas, cette maladie doit être nommée) ni d'ailleurs l'agressivité ou la conduite sociale inadaptée. En tout état de cause, il est recommandé que le médecin rédacteur du certificat ait une bonne connaissance des pathologies mentales afin de rédiger correctement le certificat circonstancié exigé par la loi.

Les garanties prévues par le législateur en matière de liberté individuelle

Le législateur a pris plusieurs dispositions de nature à respecter la liberté individuelle.

Ainsi faut-il impérativement une audition du malade par le juge de paix avec une désignation obligatoire, par le bâtonnier de l'ordre des avocats, d'un conseil pour ce malade. Cet avocat

a pour mission de conseiller son client et de vérifier si les conditions légales d'une mise en observation sont réunies.

Le traitement imposé au malade doit respecter sa liberté d'opinion, ses convictions religieuses ou philosophiques.

Ce traitement doit favoriser la santé physique et mentale du patient. Le législateur a été, sur cette question, très précis puisqu'il prévoit les conditions dans lesquelles le traitement d'un malade doit être assuré et dont il est requis, d'une part, qu'elles respectent sa liberté d'opinion et ses convictions religieuses ou philosophiques et, d'autre part, qu'elles favorisent sa santé physique et mentale, ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

Sa correspondance ne peut être retenue, ni ouverte, ni supprimée.

Les visites au patient de son avocat ou de son médecin ne peuvent être limitées et le médecin personnel du patient a accès au dossier médical.

Enfin, la décision du juge de paix est susceptible d'un appel devant le tribunal de première instance.

Quelques réflexions sur les pratiques du juge de paix

Je pense pouvoir dire que les juges de paix sont particulièrement attentifs à la question de la liberté, dans l'exercice de leurs lourdes responsabilités à l'égard des personnes malades mentales. Et une des conditions essentielles à examiner par ce magistrat est précisément l'existence d'une véritable pathologie mentale.

Dans ma pratique, et toujours dans ce même esprit de respect

de la liberté de la personne, les symptômes d'impatience, d'agressivité, de conduite sociale inadaptée, l'absence d'idéation ou de but clair dans la vie, ne sont évidemment pas des maladies mentales...

La dépression nerveuse est également une circonstance où le juge de paix devra être vigilant si elle ne s'accompagne pas de mélancolie ou d'idées délirantes.

Un moment particulièrement délicat est la visite du juge de paix au malade. Cette visite se fait souvent au domicile de la personne à mettre sous traitement contraint.

Quand le malade est accessible au raisonnement, le rôle du juge de paix est de le persuader de la nécessité d'une hospitalisation pour l'amélioration de sa santé. Un espace de dialogue reste possible en ce qui concerne le choix du lieu de cette hospitalisation.

Je reste, après chaque visite, avec le sentiment que la loi oblige le juge de paix à entrer dans l'intimité d'une personne, de son entourage ou de son milieu de vie.

Le rôle exigeant du juge de paix est alors de rendre son intervention la plus douce et la plus légère possible en insistant notamment auprès du malade sur le rôle de son avocat dans la défense de ses intérêts.

J'estime que le législateur a eu entièrement raison de confier au pouvoir judiciaire la délicate mission de décider, dans des circonstances particulières et strictement limitées, d'une forme de médecine contrainte.

L'enjeu est de faire céder le pas à la liberté constitutionnelle d'aller et venir en lui préférant les exigences de la sécurité publique ou privée.

Dans cette mission, le juge de paix est confronté à des envies et des besoins souvent contradictoires mais il est de sa mission de juge de trancher tout en se rappelant que sa légitimité vient de sa mission qui est, en toute circonstance, d'apaiser les conflits.

• • • •

EN BELGIQUE : UNE JUDICIARISATION COMPLÈTE DES SOINS CONTRAINTS

Par Véronique Sevens,
Premier substitut du procureur du Roi à Bruxelles

L'ordre public et la maladie mentale font se rencontrer la justice et la médecine.

Ce croisement s'opère en Belgique par le biais de deux législations distinctes qui ont en commun d'organiser les soins psychiatriques contraints impliquant une privation de liberté sous le contrôle du juge.

Historiquement, depuis le XIX^e siècle, les aliénés ordinaires comme les aliénés criminels ont fait l'objet d'une politique de mise à l'écart et d'enfermement au nom de leur vulnérabilité mentale et de leur dangerosité sociale.

Unis dans un même dispositif de prise en charge au départ, les malades mentaux ont fait progressivement l'objet de régimes distincts :

- selon qu'ils ont commis un délit ou non, ils se confrontent à la justice pénale et au dispositif d'internement ;
- ou à la justice civile et au dispositif de mise en observation.

Dans les deux cas, il s'agit de les priver de liberté au nom de la sécurité publique et de les contraindre à se soigner.

Examinons les législations qui s'y rapportent.

La loi organique du 9 avril 1930 (modifiée le 1^{er} juillet 1964) de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de délits sexuels

La spécificité du régime institué réside dans son caractère médico-judiciaire, intermédiaire entre un régime purement pénal et un régime purement médical. L'internement de l'anormal est à la fois une mesure de défense sociale (protection de la société) et une mesure curative (destinée à soigner le délinquant malade mental).

Dans l'hypothèse d'un inculpé ou prévenu qui a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est, en outre, soit en état de démence, soit en état grave de débilité mentale ou de déséquilibre mental le rendant incapable du contrôle de ses actes, le juge appréciera s'il constitue un danger social tel que la défense de la société exige son internement.

La juridiction d'instruction (chambre du conseil ou chambre des mises en accusation selon qu'on se situe en première instance ou en appel) ou la juridiction de fond (tribunal correctionnel ou cour d'appel ou cour d'assises) prononce la mesure après désignation d'un ou de plusieurs médecins-experts psychiatres pour procéder à l'examen mental de l'inculpé.

L'exécution de la mesure est confiée à une commission de défense sociale présidée par un magistrat et composée d'un psychiatre et d'un avocat, laquelle décide, après avis du procureur du Roi, des modalités d'exécution de l'internement, notamment :

- choix de l'établissement de défense sociale de placement ;
- modalités de libération à l'essai moyennant dispositif conditionnel positif de tutelle médicale ou sociale (maison de justice), d'obligation de résidence, d'activités occupationnelles ou d'interdiction (contacts avec les victimes ou avec des mineurs d'âge, absence de tout nouveau fait délictueux), par exemple ;
- décision de libération définitive.

En cas de non-respect des conditions, le procureur du Roi décide de la réintégration à l'annexe psychiatrique de la prison, cette réintégration étant soumise au contrôle de la commission de défense sociale qui vérifie si les conditions de réintégration sont réunies, ce qu'elle constate par décision à la première audience suivant la réincarcération.

Les internés sont des malades et des délinquants accueillis dans des établissements où soin et sécurité tendent à se trouver en concurrence.

Le personnel soignant voit les internés comme des malades alors que le personnel de surveillance ne peut oublier que ce sont des détenus.

L'usage des médicaments comme stabilisateurs de comportement est garant des impératifs de sécurité et tranquillité au sein de l'établissement.

Le refus de la médication pose la question de la médication forcée, freinée cependant depuis la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients (le médecin est exposé à une plainte du patient).

La population des internés peut se catégoriser en trois groupes :

- les auteurs de délits sexuels avec retard mental ;
- les internés souffrant de sévères troubles de la personnalité (traits antisociaux, psychopathie vraie) ;
- les internés souffrants de troubles mentaux stricts au sens du DSM IV, c'est-à-dire troubles schizophréniques, paranoïdes, désorganisés, troubles délirants paranoïaques, troubles bipolaires, certains avec co-morbidité double ou triple par abus ou dépendance aux substances psycho-actives, les psychotiques.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux

Elle organise des mesures de protection à l'égard d'un malade mental (en refus de soin) :

- à défaut de traitement approprié ;
- soit qu'il mette en danger sa santé et sa sécurité ;
- soit qu'il constitue une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui.

La maladie mentale inquiète l'entourage familial et / ou social et / ou médical.

REPÈRES

Véronique Sevens est licenciée en droit et en criminologie de l'Université catholique de Louvain.

Elle a été d'abord avocate au barreau de Bruxelles de 1980 à 1989, puis magistrate au parquet de Bruxelles.

Elle a travaillé (y compris en la dirigeant) à la section famille-jeunesse du parquet de Bruxelles, au total pendant quinze ans.

Premier substitut du procureur du Roi de Bruxelles depuis 2006, elle est en charge des dossiers relatifs aux malades mentaux et dirige la section civile du parquet du procureur du Roi de Bruxelles.

Parfois, des symptômes comme la violence (auto et hétéro) interpellent sur un mode insupportable et amènent un proche ou un professionnel médico-social à actionner une *plainte*, c'est-à-dire une demande au procureur du Roi (s'il y a urgence) ou au juge de paix.

Le procureur du Roi est le seul qui peut, sans délai, décider de la mise en observation du malade dans un service psychiatrique fermé (par analogie avec son pouvoir de privation de liberté à l'égard des délinquants). Il agit ainsi au nom de sa mission légale de sauvegarde de l'ordre public.

Mais, dans les vingt-quatre heures de sa décision (soumise à la réunion de conditions légales précisées dans la loi), il saisit par requête le juge de paix de la résidence du malade (le juge du canton où se trouve situé l'hôpital psychiatrique).

La requête au juge de paix est accompagnée d'un certificat médical circonstancié :

- datant de moins de 15 jours ;
- établi par un médecin qui n'est ni le médecin traitant, ni le requérant, ni le soignant d'un hôpital ou service ouvert où serait déjà accueilli le malade ;
- décrivant l'état de la personne, les symptômes de la maladie mentale, les conditions de la mise en péril personnel ou d'autrui et l'urgence éventuelle.

Cette urgence (qui n'est pas définie par la loi, ni d'ailleurs la maladie mentale) peut être traduite comme l'absolue nécessité d'agir avec promptitude et sans désespérer, en l'absence de toute autre solution envisageable, en vue d'éviter la survenance de dommages graves tant pour le malade que pour la société.

Par exemple, ne rentrent pas dans ces cas de figure : l'alcoolisme, la démence sénile, la toxicomanie, la négligence de soi, l'immatunité, le refus d'une personne âgée de quitter son logement pourvu de mauvaises conditions d'hygiène...

À défaut de saisine du juge de paix, la sanction est la nullité de la décision de mise en

observation décidée par le procureur du Roi, ce qui implique la remise en liberté du malade.

Le juge de paix est le juge de proximité qui aura pour mission de décider d'une forme de médecine contrainte.

L'enjeu est de taille puisqu'il s'agit de faire provisoirement céder le pas à la liberté constitutionnelle d'aller et venir en lui préférant temporairement les exigences de la sécurité publique.

Le juge de paix tient une audience en chambre du conseil (dans les locaux de l'hôpital psychiatrique) ; il entend le malade, recueille l'avis du médecin-chef hospitalier et écoute l'avocat commis d'office pour assister le malade.

La durée de sa **décision de mise en observation** est de quarante jours au terme de laquelle, sur avis du médecin par nouveau rapport circonstancié, une nouvelle audience sera tenue avec les mêmes garanties que supra. Le juge peut alors décider du **maintien** pour une durée de deux ans.

Il existe des mécanismes-soupapes prévus dans la loi, à savoir :

- fin de mesure à tout moment sur décision du médecin-chef d'établissement ;
- post-cure possible à domicile (ou habitation protégée) avec suivi ambulatoire ;
- transfert dans un autre établissement de soins.

L'évolution législative est significative :

- autrefois, une décision administrative (loi datant de 1850) prise par le bourgmestre (le maire) entérinant la proposition d'un médecin sur la base d'un certificat assez sommaire, sans débat contradictoire ni contrôle réel des décisions médicales ;
- aujourd'hui, la loi de 1990 où le malade ne peut plus être colloqué que sur décision judiciaire, le juge veillant au respect de la loi.



Bruxelles, le palais de justice

Le survol des deux législations coexistantes en Belgique pour la prise en charge sous contrainte des malades mentaux (délinquants ou non) permet de dégager des points de convergence :

- le dialogue indispensable entre les acteurs judiciaires et les médecins psychiatres ;
- la prise en compte de deux buts distincts qu'il faut concilier :
 - la protection du malade mental et le soin contraint,
 - la protection de la société et de l'ordre public ;
- l'intervention de deux acteurs judiciaires (et non administratifs ou médicaux) :
 - le procureur du Roi, au départ des deux procédures,
 - le juge du fond, juge de paix pour les malades mentaux.

Ces deux lois ont logiquement admis, en tenant compte de l'atteinte à la liberté individuelle du malade, que ce soit un juge qui se voit confier le pouvoir de décision.

• • • •

■ ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET AUTRES SIGLES...

COMMENT SIGLER L'HOSPITALISATION CONTRAINTE ?

Autrefois, c'était **HO** (hospitalisation d'office) ou **HDT** (hospitalisation à la demande d'un tiers)... Mais la loi du 5 juillet 2011 semble avoir tout chamboulé, même les acronymes !

On peut trouver ainsi, a priori pour le même concept... *

ASPDT : admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers,
ou **SDT** : soins à la demande d'un tiers,
ou **SPDT** : soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

ASPDRE : admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État,
ou **SDRE** : soins sur décision du représentant de l'État,
ou **SPDRE** : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

En tout cas, selon les chiffres fournis par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le nombre de ces mesures avait augmenté avant la loi de 2011 !

Ainsi, de 2006 à 2010, le nombre de patients est-il passé :

- pour ceux en ASPDT de 44 000 à 64 000 ;
- pour ceux en ASPDRE de 10 500 à 15 500.

DE QUELQUES STRUCTURES ENTRE LE DROIT, LA MÉDECINE ET LE SOCIAL...

***Histoire écourtée** : Malgré les efforts de son avocat, qui avait plaidé qu'il était passé en Cotorep, avait travaillé dans un CAT et avait été suivi en CMP, le JLD l'avait incarcéré. Le SMPR voulut l'envoyer en UHSA. Mais il fit l'objet d'une ASPDRE. Finalement déclaré irresponsable, il fut placé en UMD. Il a saisi la CDSP...*

CAT : centre d'aide par le travail.

CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques, devenue la **CDSP** : commission départementale des soins psychiatriques.

Selon l'article L.3222-5 du Code de la santé publique, la CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Sur le rôle et la composition des CDSP, une note de l'APHP : [ICI](#)

* Le Code de la santé publique a lui ainsi choisi ses titres de chapitres...

Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Chapitre III : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Cotorep : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Créées en 1975, les **Cotorep** ont fusionné avec les **CDES** (commissions départementales d'éducation spéciale) pour devenir aujourd'hui les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (**CDAPH**).

CMP : centre médico-psychologique (autrefois, *dispensaires d'hygiène mentale*).

JLD : juge des libertés et de la détention.

Le JLD est au centre du dispositif de la loi du 5 juillet 2011. Pourtant, il est loin d'être au centre de notre droit...

Créé en 2000 pour statuer sur la détention provisoire (à la place du juge d'instruction), il a aujourd'hui de multiples compétences dans le domaine des libertés individuelles qui mériteraient désormais un vrai recensement : droit des étrangers, autorisations de perquisitions, écoutes téléphoniques, détention provisoire, soins psychiatriques contraints, etc.

Son rôle est évoqué dans le Code de la consommation, le Code de commerce, le Code rural et de la pêche maritime, le Code minier, le Code de l'énergie et bien d'autres...

Mais il n'a pourtant aucun statut garantissant son indépendance.

Il est nommé discrétionnairement par le président du tribunal, même s'il n'est pas candidat (le dernier arrivé fait souvent office de *volontaire désigné d'office...*) et est révocable (dans ses fonctions) du jour au lendemain...

Bref, un juge-alibi en contrat à durée plus ou moins déterminée.

Article 137-1 du Code de procédure pénale :

Le juge des libertés et de la détention est un magistrat du siège ayant rang de président, de premier vice-président ou de vice-président. Il est désigné par le président du tribunal de grande instance.

SMPR : service médico-psychologique régional.

Situés au sein des établissements pénitentiaires, ils sont moins d'une trentaine (voir carte page 81).

Article D 372 du Code de procédure pénale :

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent, conformément aux articles R. 3221-1 à R. 3221-5 du Code de la santé publique, aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, (...)

Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est rattaché à un établissement public de santé ou à un établissement de santé privé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Il comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire.

(...)

UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées.

Couramment nommées *hôpitaux-prisons*, les UHSA ont été ouvertes à partir de 2010. Il y aurait aujourd'hui 140 lits ouverts sur 700 programmés (voir carte page 81).

Un résumé du programme sur le site officiel du ministère de la justice : [ICI](#)

Article L.3214-1 du Code de la santé publique :

I.-Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.

II.-L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L.3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L.3222-3.

Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 en dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II.

UMD : unité pour malades difficiles.

Les UMD sont au nombre d'une dizaine aujourd'hui, accueillant plus de 500 patients (dont 10 % de femmes). Les plus anciennes sont celles de Villejuif (Val-de-Marne), créée en 1910, Montfavet (Vaucluse), Sarreguemines (Moselle), Cadillac (Gironde)...

Article L.3222-3 du Code de la santé publique :

Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. (...)



■ LE DROIT - EXTRAITS DE TEXTES

Avertissement à nos lecteurs

Il nous était bien évidemment impossible de reproduire ici tous les textes utiles, ou même tous les textes cités par les collaborateurs de ce numéro dans leurs propres articles (notamment pour le Code de la santé publique...).

Nous assumons donc les choix arbitraires faits !

Sachant que tout le droit français (ou presque ?) est accessible sur le site [Legifrance](#) : [ICI](#)

Remarque : les extraits ci-dessous ainsi **surlignés** l'ont été par la rédaction.

LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article L.3213-7

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L.3222-5 du présent Code ainsi que le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L.3213-1.

À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Article L.3214-3

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L.3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L.3213-1.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L.3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre mentionné à l'article L.3212-11.

LE CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

D.398

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.3214-3 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.3214-1 du Code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

LE CODE PÉNAL

CHAPITRE II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

Article 122-1

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.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

LE CODE CIVIL

Article 375-3

Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

1° À l'autre parent ;

2° À un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° À un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

4° À un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;

5° À un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

(...)

Article 375-5

À titre provisoire mais à charge d'appel, le juge peut, pendant l'instance, soit ordonner la remise provisoire du mineur à un centre d'accueil ou d'observation, soit prendre l'une des mesures prévues aux articles 375-3 et 375-4.

En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure. Si la situation de l'enfant le permet, le procureur de la République fixe la nature et la fréquence du droit de correspondance, de visite et d'hébergement des parents, sauf à les réserver si l'intérêt de l'enfant l'exige.

Article 375-7

Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants.

Sans préjudice de l'article 373-4 et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale,

à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure.

Le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents et le maintien de ses liens avec ses frères et soeurs en application de l'article 371-5.

S'il a été nécessaire de confier l'enfant à une personne ou un établissement, ses parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également décider que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers désigné par l'établissement ou le service à qui l'enfant est confié.

Si la situation de l'enfant le permet, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié, dans un document qui lui est alors transmis. Il est saisi en cas de désaccord.

Le juge peut décider des modalités de l'accueil de l'enfant en considération de l'intérêt de celui-ci. Si l'intérêt de l'enfant le nécessite ou en cas de danger, le juge décide de l'anonymat du lieu d'accueil.

(...)

Article 375-8

Les frais d'entretien et d'éducation de l'enfant qui a fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative continuent d'incomber à ses père et mère ainsi qu'aux ascendants auxquels des aliments peuvent être réclamés, sauf la faculté pour le juge de les en décharger en tout ou en partie.

Article 375-9

La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée ***après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.***

La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

L'ORDONNANCE DU 2 FÉVRIER 1945 relative à l'enfance délinquante

Article 10

Le juge d'instruction ou le juge des enfants avise les parents du mineur, son tuteur, ou la personne ou le service auquel il est confié des poursuites dont le mineur fait l'objet. (...)

Le juge des enfants et le juge d'instruction pourront charger les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse et du secteur associatif habilité des mesures d'investigation relatives à la personnalité et à l'environnement social et familial du mineur.

Ils pourront confier provisoirement le mineur mis en examen :

1° À ses parents, à son tuteur ou à la personne qui en avait la garde, ainsi qu'à une personne digne de confiance ;

2° À un centre d'accueil ;

3° À une section d'accueil d'une institution publique ou privée habilitée à cet effet ;

4° Au service de l'assistance à l'enfance ou à un établissement hospitalier ;

5° À un établissement ou à une institution d'éducation, de formation professionnelle ou de soins, de l'État ou d'une administration publique, habilité.

S'ils estiment que l'état physique ou psychique du mineur justifie une observation approfondie, ils pourront ordonner son placement provisoire dans un centre d'observation institué ou agréé par le ministre de la justice.

Le garde provisoire pourra, le cas échéant, être exercée sous le régime de la liberté surveillée.

Le juge des enfants saisi de la procédure est compétent pour modifier ou révoquer la mesure de garde jusqu'à la comparution du mineur devant le tribunal pour enfant ou devant le tribunal correctionnel pour mineurs.

Article 15

Si la prévention est établie à l'égard du mineur de treize ans, le tribunal pour enfants prononcera, par décision motivée, l'une des mesures suivantes :

- 1° Remise à ses parents, à son tuteur, à la personne qui en avait la garde ou à une personne digne de confiance ;
- 2° Placement dans une institution ou un établissement public ou privé, d'éducation ou de formation professionnelle, habilité ;
- 3° Placement dans un établissement médical ou médico-pédagogique habilité ;**
- 4° Remise au service de l'assistance à l'enfance ;
- 5° Placement dans un internat approprié aux mineurs délinquants d'âge scolaire ;
- 6° Mesure d'activité de jour, dans les conditions définies à l'article 16 ter.

Article 16

Si la prévention est établie à l'égard d'un mineur âgé de plus de treize ans, le tribunal pour enfants prononcera par décision motivée l'une des mesures suivantes :

- 1° Remise à ses parents, à son tuteur, à la personne qui en avait la garde ou à une personne digne de confiance ;
- 2° Placement dans une institution ou un établissement, public ou privé, d'éducation ou de formation professionnelle, habilité ;
- 3° Placement dans un établissement médical ou médico-pédagogique habilité ;**
- 4° Placement dans une institution publique d'éducation surveillée ou d'éducation corrective ;
- 5° Avertissement solennel ;
- 6° Mesure d'activité de jour, dans les conditions définies à l'article 16 ter.



■ LE DROIT - JURISPRUDENCE

• COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

28 mai 1985

Ashingdane contre Royaume-Uni, n° 8225 / 78, & 52 : [ICI](#)

19 mai 2004

RL et MJD contre France, n° 44 568 / 98, & 116 : [ICI](#)

18 novembre 2010

Baudoin contre France, n° 35 935 / 03 : [ICI](#)

Le premier coup de boutoir fut celui donné par la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt « Baudoin contre France » du 18 novembre 2010, constatant que « l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes n'a pas permis au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal pouvant statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération si la détention est illégale », d'où une violation de l'article 5 § 4 de la Convention faute de droit à un recours effectif.

Le législateur français devait donc mettre fin à l'éclatement du contentieux entre le juge administratif et le juge judiciaire quant à la légalité de la détention et de son indemnisation, l'ensemble devant être confié au seul juge judiciaire.

(Pierre Bordessoule, page 102 de ce numéro)

• CONSEIL CONSTITUTIONNEL

C'étaient les seuls justiciables, qui plus est parmi les plus fragiles, à être exclus de la garantie constitutionnelle que constitue l'intervention du juge judiciaire. Il a fallu la ténacité d'une ancienne « internée » et l'intervention de l'association Groupe information asiles (GIA) pour que le Conseil constitutionnel mette fin à cette relégation dans l'ombre, par sa décision du 26 novembre 2010, suivie par celle du 9 juin 2011.

(Corinne Vaillant, page 116 de ce numéro)

26 novembre 2010

N° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (*Mlle Danielle S.*) : [ICI](#)

Second coup de butoir, huit jours après, le Conseil constitutionnel est venu dire, par décision du 26 novembre 2010, que l'hospitalisation sous contrainte est bien « une mesure privative de liberté, imposant le respect du droit à un recours juridictionnel effectif sous la houlette du juge judiciaire tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais ».

(Pierre Bordessoule, page 102 de ce numéro)

9 juin 2011

N° 2011-135 / 140 QPC du 9 juin 2011 (*M. Abdellatif B. et autres*) sur la décision d'hospitalisation d'office et son maintien : [ICI](#)

21 octobre 2011

N° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011 (*M. Jean-Louis C.*) sur la mainlevée de l'hospitalisation

d'office des personnes pénalement irresponsables (dispositions antérieures à la loi du 5 juillet 2011) : [ICI](#)

20 avril 2012

N°2012-235 QPC du 20 avril 2012 (*Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie*) sur la constitutionnalité (ou non) de certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : [ICI](#)

• **CONSEIL D'ÉTAT**

9 novembre 2001

Deslandes, n° 235 247 : [ICI](#) (entrer le numéro de l'affaire (235247) dans le champ *Recherche* de la base pour accéder à l'arrêt).

Extraits de la décision :

Considérant que M. X... demande l'annulation de l'ordonnance du 13 juin 2001 par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Caen a rejeté sa demande tendant à ce que soit prononcée la suspension de l'exécution de la décision du préfet du Calvados du 23 mai 2001 ordonnant son maintien en hospitalisation d'office ;

Considérant que pour estimer que le moyen tiré du défaut de motivation de l'arrêté contesté du 23 mai 2001 n'était pas propre à créer, en l'état de l'instruction, un doute sérieux quant à la légalité de cette décision, le juge des référés s'est fondé sur la circonstance que deux certificats médicaux établis par le psychiatre du centre hospitalier accueillant M. X..., dont un seul est d'ailleurs visé par l'arrêté contesté, indiquaient de manière suffisante les circonstances de fait justifiant le maintien de l'hospitalisation ; qu'en estimant que l'arrêté contesté pouvait légalement se borner à se référer à un certificat médical qui n'était pas joint à la décision, le juge des référés a entaché son ordonnance d'erreur de droit ; qu'ainsi, l'ordonnance attaquée doit être annulée.



■ L'AFFAIRE DE GRENOBLE

*Ce crime est à l'origine du discours prononcé à Antony par Nicolas Sarkozy le 2 décembre 2008, donc à l'origine du volet sécuritaire de la loi du 5 juillet 2011... **

• LES FAITS

Le 12 novembre 2008, vers 11 h, un jeune étudiant de Grenoble (V), marchant sur un trottoir du centre ville, était victime d'un coup de couteau mortel porté par un patient (P) du centre hospitalier psychiatrique local dont il venait de fuguer le matin même. Il avait acheté l'arme quelques minutes auparavant à proximité du lieu des faits.

Au moment de son interpellation sur place, le criminel, âgé de 54 ans, était apathique et bavait... Il expliquait aussitôt qu'une *mauvaise voix* lui avait demandé d'acheter l'arme et de porter le coup.

Le mis en cause était sous le régime de l'hospitalisation d'office depuis 2006. Depuis février 2008, il bénéficiait de sorties d'essai d'une heure, deux fois par semaine. Il avait déjà fugué deux fois mais était revenu à l'hôpital sans incident.

Dans le passé, il avait commis des agressions par arme blanche (ou par strangulation) dans des périodes d'hallucinations non prévisibles car pouvant se produire pendant des périodes de stabilité, sans signe précurseur.

Deux tentatives d'homicides, en 1995 et 2006, n'avaient pu donner lieu à poursuites pénales, en raison de son état de santé mentale.

Les expertises psychiatriques mettaient en évidence la présence d'une schizophrénie paranoïde. Les experts concluaient à l'abolition du discernement et à la nécessité de soins psychiatriques continus et de longue durée, prenant en compte sa dangerosité et un risque élevé de passages à l'acte violents.

Le mis en cause a été placé en UMD (la même UMD qu'il avait connue dans le passé avant d'en sortir pour un établissement de l'Isère où il avait agressé un patient, ce qui avait conduit à une nouvelle hospitalisation contrainte en 2006). Son état est préoccupant. **

Par ailleurs, la famille de V a essayé de rechercher la responsabilité pénale des soignants ou des institutions. Le dossier est en cours...

* Visionner le discours de l'ancien Président devant le personnel de l'établissement public de santé Érasme d'Antony : [ICI](#)

Mais voir aussi : *J'Essaime* n° 5, janvier 2009, pages 14 à 16, article intitulé *Psychiatrie : refuser la pénalisation de la folie* (à propos de l'affaire de Grenoble) : [ICI](#)

** Selon la chambre de l'instruction de Grenoble : *La prise en charge de P en UMD est particulièrement difficile. Il a présenté plusieurs raptus agressifs et imprévisibles. Il a tenté d'étrangler à plusieurs reprises des patients dans la salle commune, le dernier passage à l'acte datant de juin 2011, malgré le port d'une ceinture de contention. Il est placé de façon quasi continue en chambre de soins intensifs et nécessite une surveillance permanente. Il continue à avoir des pulsions de mort et des hallucinations, malgré un traitement médicamenteux conséquent. Son état est actuellement incompatible avec une audition en justice.*

• LE DROIT

Par décision du 6 octobre 2011, la chambre de l'instruction de la cour d'appel de Grenoble a statué, en application du nouvel article 706-119 du Code de procédure pénale ^{***}, en présence des proches de la victime et des avocats des parties (mais non du mis en cause dont l'état était incompatible avec une audition en justice).

La cour a déclaré qu'il existait *des charges suffisantes à l'encontre de P d'avoir poignardé à mort V*.

Au visa de l'article 122-1 du Code pénal, elle l'a déclaré irresponsable pénalement sur la motivation suivante :

Attendu qu'il résulte des éléments du dossier que P est atteint d'une maladie mentale chronique et évolutive, répondant au diagnostic de schizophrénie paranoïde ; que le caractère totalement imprévisible, inexplicable et irrationnel de l'agression de V démontre le lien direct entre les faits et cette pathologie ; que le collège d'experts conclut de manière formelle et unanime à l'abolition complète du discernement de P et à son inaccessibilité à une sanction pénale, dont il ne pourrait de toutes façons pas comprendre le sens.

Elle a donc ordonné, par décision distincte rendue par le seul président de la chambre de l'instruction, l'admission en soins psychiatriques de P, sous la forme d'une hospitalisation complète, dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la santé publique.

L'ordonnance distincte est ainsi motivée :

Attendu qu'il résulte des différentes expertises du dossier que la pathologie dont souffre P nécessite des soins sous contrainte, intensifs et suivis, et que la dangerosité psychiatrique de sa maladie, pour lui-même et pour autrui, n'est pas à écarter ;

Attendu, dès lors, qu'une mesure d'hospitalisation doit être ordonnée, en application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la santé publique, afin d'imposer à P un cadre thérapeutique lui permettant de recevoir des soins nécessités par son état, dans des conditions de nature à préserver la sûreté des personnes ou à éviter toute atteinte grave à l'ordre public.

Malgré les demandes des parties civiles qui sollicitaient des mesures de sûreté complémentaires contre P (comme l'interdiction de paraître en certains lieux ou de détenir une arme), celles-ci n'ont pas été ordonnées au motif que *les experts ne préconisent pas de mesure de sûreté particulière ; qu'il résulte des expertises et des débats que du fait de sa pathologie, P ne dispose pas de la capacité psychique lui permettant de comprendre et d'intégrer une interdiction ou une obligation imposée judiciairement à titre de mesure de sûreté, et à plus forte raison de s'y conformer ; qu'il n'y a donc pas lieu d'en ordonner.*

***** Article 706-119 du Code de procédure pénale (issu de la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté) :**

Si le juge d'instruction estime, lorsque son information lui paraît terminée, qu'il est susceptible d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal relatif à l'irresponsabilité pénale d'une personne en raison d'un trouble mental, il en informe le procureur de la République lorsqu'il lui communique le dossier ainsi que les parties lorsqu'il les avise, en application du premier alinéa de l'article 175 du présent code.

Le procureur de la République, dans ses réquisitions, et les parties, dans leurs observations, indiquent s'ils demandent la saisine de la chambre de l'instruction afin que celle-ci statue sur l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal conformément aux articles 706-122 à 706-127 du présent code.

■ L'AFFAIRE DE MARSEILLE

Comme à Grenoble, l'affaire de Marseille est aussi celle d'un malade mental, souffrant de psychose chronique schizophrénique, auteur d'un homicide (le 9 mars 2004) pour lequel il a été déclaré irresponsable pénalement. Comme à Grenoble, ce patient avait commis dans le passé plusieurs agressions et avait été plusieurs fois hospitalisé d'office.

Au moment du crime, il bénéficiait d'un régime de sorties à l'essai (ordonnées par le préfet) mais n'avait pas réintégré à la date fixée (27 février 2004) son centre hospitalier.

Le 1^{er} octobre 2009, la cour administrative d'appel de Marseille, réformant le jugement du tribunal administratif local, a condamné le seul centre hospitalier T de Marseille à verser des dommages et intérêts aux ayants droits du défunt, considérant que le centre hospitalier avait commis une faute (constitutive d'un fonctionnement défectueux du service) dans le suivi du patient en sortie d'essai mais excluant toute responsabilité de l'État.

Jusque-là, il s'agit, somme toute, de décisions assez classiques en droit administratif.

L'affaire de Marseille a pris toutefois récemment une toute autre tournure.

Par jugement (non définitif, il y a eu appel) du tribunal correctionnel de Marseille en date du 18 décembre 2012, la psychiatre (du centre hospitalier T) qui suivait le mis en cause a été condamnée à une année d'emprisonnement avec sursis pour homicide involontaire...

En substance, il lui est reproché de *multiples manquements* (professionnels) *constitutifs de fautes caractérisées (...)* à l'origine de l'errance du patient, de la fuite de l'établissement puis du passage à l'acte qui a conduit à l'assassinat de Monsieur T.

Ce jugement a provoqué de multiples réactions critiques au sein des mondes médicaux et judiciaires (et notamment parmi les juges de l'application des peines dont les problématiques professionnelles peuvent être proches...).

Il est trop tôt pour le commenter ici, la cour d'appel d'Aix-en-Provence devant statuer.

Dans l'attente, *J'Essaime* souhaite permettre à ses lecteurs de se faire leur propre opinion en lisant l'intégralité des décisions de justice rendues.

Lire l'arrêt de la cour administrative d'appel de Marseille en date du 1^{er} octobre 2009 : [ICI](#)

Lire le jugement du tribunal correctionnel de Marseille en date du 18 décembre 2012 : [ICI](#)

■ RAPPORTS, AVIS, ÉTUDES...

• CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (CGLPL)

Rapport annuel 2011 : [ICI](#)

Rapport annuel 2012 : [ICI](#)

Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office (*Journal officiel* du 20 mars 2011) : [ICI](#)

Recommandations du 15 février 2011 relatives à l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (*Journal officiel* du 20 mars 2011) : [ICI](#)

Avis du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard des personnes privées de liberté (*Journal officiel* du 9 novembre 2011) : [ICI](#)

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDH)

Avis du 22 mars 2012 sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement :

[Résumé](#)

[Avis intégral](#)

• INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)

Mai 2005 : *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.*
Auteurs : docteur Alain Lopez et Isabelle Yeni (IGAS), Martine Valdes-Boulouque et Fabrice Castoldi (Inspection générale des services judiciaires).

[ICI](#)

Novembre 2001 : *Rapport de contrôle de la Fédération nationale des patients des services psychiatriques (FNAPSY).*

Auteurs : André Loth et docteur Sylvain Picard.

[ICI](#)

• LES RAPPORTS COMMANDÉS PAR DES MINISTÈRES

Juillet 2001 : *De la psychiatrie vers la santé mentale.*

Auteurs : docteurs Éric Piel et Jean-Luc Roelandt.

[ICI](#)

Octobre 2003 : *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.*

Auteurs : docteur Philippe Cléry-Melin, docteur Jean-Charles Pascal (vice-président de la Fédération

française de psychiatrie) et professeur Viviane Kovess-Mafety (psychiatre et épidémiologiste).
[ICI](#)

Janvier 2009 : *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.*

Auteurs : Édouard Couty (directeur d'hôpital, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes et ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, de 1998 à 2005) et docteur Roland Cecchi-Tenerini (inspecteur général des affaires sociales).
[ICI](#)

Mars 2013 : *Le pacte de confiance avec les hospitaliers.*

Auteur : Édouard Couty (voir supra).
[ICI](#)

• DIVERS

Mars 2004 : *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France.*

Auteurs : Anne Laporte et Pierre Chauvin (SAMU social de Paris et Inserm).
[ICI](#)

Octobre 2004 : *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale.*

Auteurs : enquête du ministère de la santé réalisée par Vanessa Bellamy (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -DREES-) avec la collaboration de Jean-Luc Roelandt et d'Aude Caria (Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé -CCOMS- de Lille).
[ICI](#)

Mars 2005 : *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé mentale.*

Auteur : Anne Lovell (anthropologue, directeur de recherche Inserm).
[ICI](#)





PM1

Bureau des schémas d'organisation, des méthodes et des études

Bilan des réponses au 4ème questionnaire sur la mise en place de la réforme des soins psychiatriques

Août 2011 - Juillet 2012

Les connexions :

- Les 165 TGI/ TPI interrogés ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 100%.

Les réponses :

Sur les 165 répondants, 13 affirment de ne pas avoir dans leur ressort de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Le nombre de TGI/TPI concernés est donc de $165-13=152$ juridictions.

LEXIQUE :

CDP = contrôle de plein droit.

Article **L3211-12-1** du code de la santé publique = saisine du JLD, soit par le représentant de l'état, soit par le directeur de l'établissement hospitalier, aux fins d'un contrôle de plein droit des mesures d'hospitalisation complète.

Article **L3213-5** du code de la santé publique = saisine du JLD aux fins d'un contrôle de plein droit de la mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet.

RF = recours facultatif.

Article **L3211-12** du code de la santé publique = concerne les cas de recours facultatifs exercés par une personne à l'encontre de toute mesure de soins psychiatriques.

Enquête «réforme des soins psychiatriques». DSJ-PM1. Octobre 2012.

Les saisines

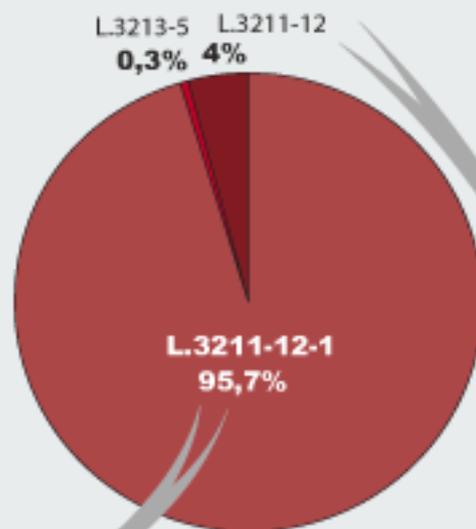
Les 152 juridictions concernées par la réforme, déclarent un volume total, tous types de saisines confondues, de 62 823 saisines pour les douze premiers mois d'application de la réforme des soins psychiatriques.

En moyenne, sur 1 an chaque juridiction a reçu près de 413 saisines (34 par mois).

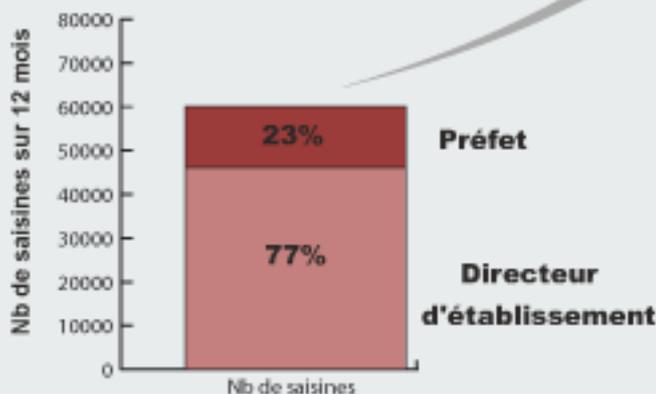
Toutefois, ce chiffre n'est pas représentatif de l'ensemble des juridictions puisque 50% d'entre elles connaissent moins de 270 saisines (moins de 23 par mois).

A l'inverse, 28 juridictions, soit 18% des répondants, totalisent à elles seules plus de 50% du volume national des saisines.

Près de 96% des saisines sont faites sur le fondement de l'article L3211-12-1 du CSP :



Origine des saisines
L.3211-12-1 :



77% des saisines sur le fondement de l'article L3211-12-1 du CSP sont faites par le directeur d'établissement et les 23% restant par le préfet. C'est un rapport moyen qui recouvre des comportements relativement différents selon les juridictions.

Saisines L.3211-12 sur 1 an :

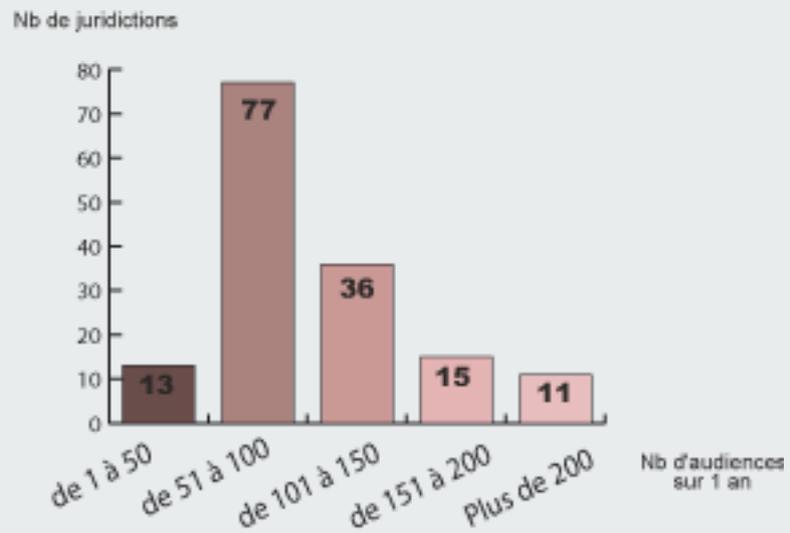


Sur 152 juridictions concernées, 12 ne déclarent aucune saisine fondée sur L.3211-12. Les 140 autres dénombrent 2512 saisines en recours facultatif. 68 d'entre elles déclarent connaître de 1 à 10 recours sur 1 an. 609 des 2512 saisines L.3211-12, soit 24%, sont transmises par le directeur d'établissement.

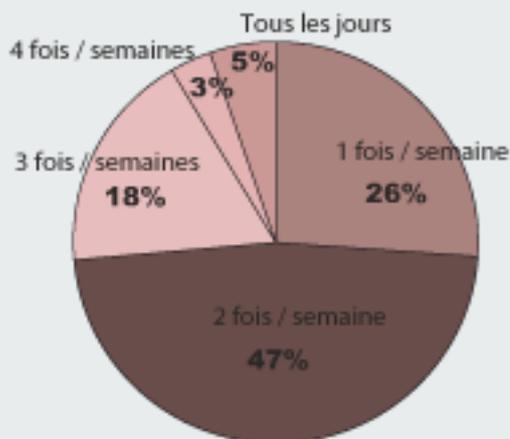
Les saisines tardives restent exceptionnelles, elles ne représentent que 0,5% de l'ensemble des saisines.

Les Audiences

15 739 audiences se sont tenues entre août 2011 et juillet 2012 pour une moyenne de 104 audiences par juridiction (près de 8,6 audiences par juridiction et par mois).
50% des juridictions ont tenu moins de 95 audiences au cours des 12 mois.



- A quelle fréquence organisez-vous les audiences ?



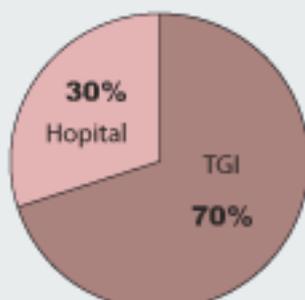
74% des juridictions organisent des audiences plus d'une fois par semaine.

- Le nombre de dossiers audiencés :

Le nombre total de dossiers audiencés est de 61 747 pour 152 juridictions.
La moyenne des dossiers par juridiction est de 33,9, sachant que 50% des juridictions n'ont eu à traiter, au plus, que 22 dossiers par mois.

On compte en moyenne 3,9 dossiers par audience. Là aussi pour 50% des juridictions, ce taux est inférieur à 3,2 dossiers par audience.

- Les lieux des audiences :



Plus de 70% des audiences sont tenues au TGI et 30 % au sein de l'établissement hospitalier.

Plus de 66% des juridictions sont exclusives dans le choix du lieu des audiences : pour 81 juridictions les audiences ont toujours lieu au TGI et, pour 19 les audiences se tiennent toujours au centre hospitalier.

- **Les intervenants** : la présence d'interprètes est rare. En revanche, celle des avocats est quasiment systématique et ils sont essentiellement commis d'office pour 94% d'entre eux.

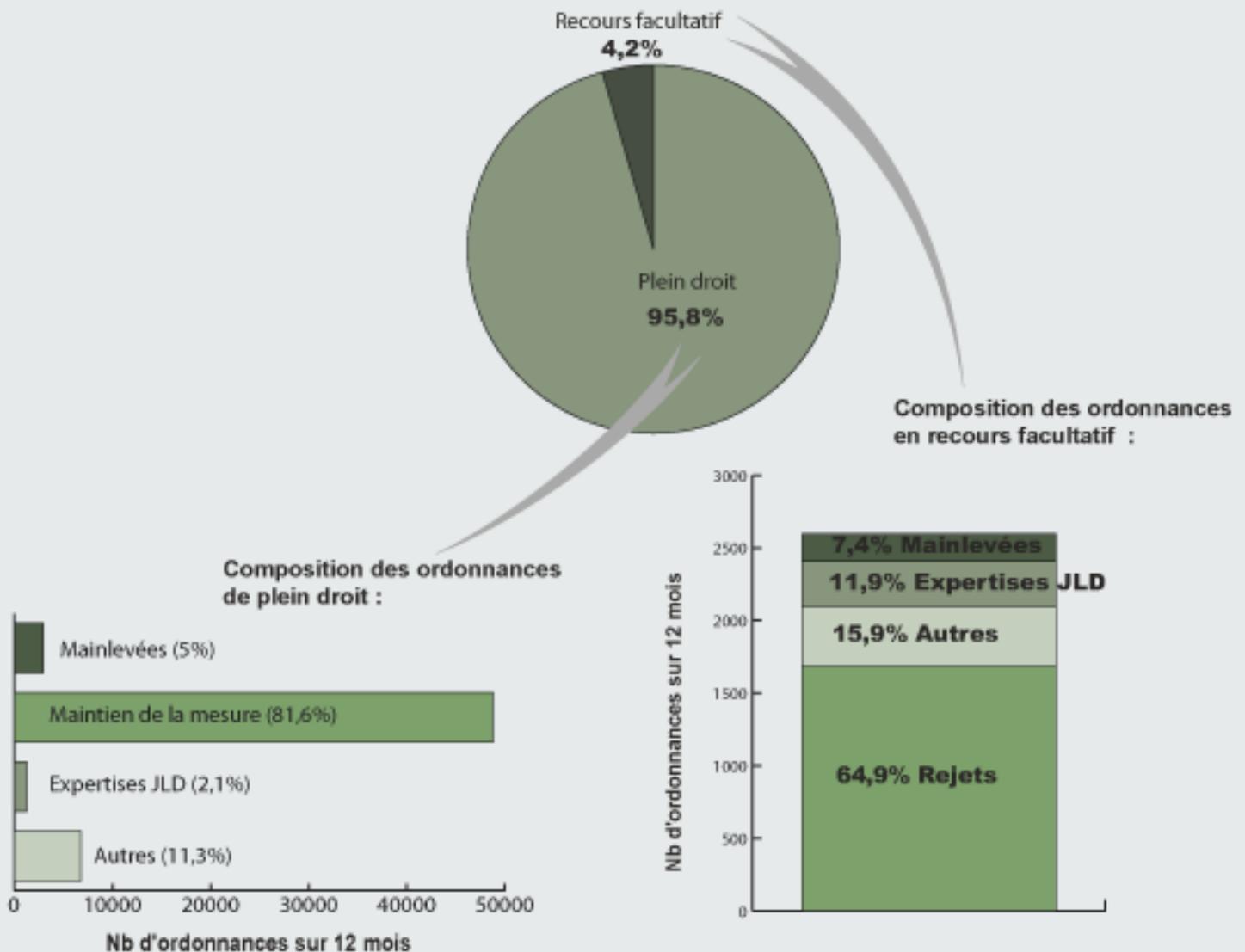
Les décisions

Le nombre de décisions rendues par les juridictions, pour les 12 premiers mois d'application de la réforme des soins psychiatriques, s'élève à 62 409.

En moyenne, sur 1 an, chaque juridiction a rendu 411 décisions (34,2 par mois). Toutefois on note que 50% des juridictions ont rendu moins de 263 décisions pour ces 12 premiers mois, ce qui correspond sensiblement à la même valeur médiane observée pour les saisines.

De même que pour les saisines, les 28 juridictions qui rendent le plus de décisions représentent près de 50% des décisions rendues sur le plan national.

Sur l'ensemble des décisions, les ordonnances de contrôle de plein droit représentent près de 96% soit un volume de 59 770 ordonnances.



Les ordonnances constatant la nécessité de la mesure et ordonnant son maintien, constituent la majeure partie, près de 81,6%, des ordonnances rendues en matière de contrôle de plein droit (soit 48 774 ordonnances).

La composition des ordonnances sur recours facultatif est plus variée que celle des recours de plein droit. Le refus de mainlevée est aussi la composante principale de ce type d'ordonnance mais seulement pour 64,9%. Les expertises ordonnées par le JLD représentent 11,9% du total.

Les appels enregistrés en 12 mois sont au nombre de 1 558 (2,5 % des décisions). Seuls 100 d'entre eux (6,4% des appels) ont un caractère suspensif.

Les difficultés

Sur 152 juridictions concernées par la réforme des soins psychiatriques, 125 (soit 82%) indiquent continuer à rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre de la réforme, les principales concernant :

Difficultés	Nb de juridictions	% des TGI ayant évoqué la difficulté
liées à l'organisation des audiences	98	64%
liées à la charge ou au rythme de travail	108	71%
liées au dépôt de requêtes ou dossiers incomplets	45	30%
d'autres types de difficultés	25	16%

- Difficultés liées à l'organisation des audiences :

Délais de procédure très brefs compliquant la fixation des dates d'audience et l'envoi des convocations	81	53%
Locaux (salles d'attente et d'audience) inadaptés à la pathologie des patients	31	20%
Visioconférence difficilement compatible avec certains cas	19	13%
Présence à l'audience de l'intéressé difficilement compatible avec sa pathologie	26	17%
Déplacements du magistrat et du greffier pour la tenue d'audience au sein de l'établissement hospitalier nécessitant leur remplacement pour assurer la permanence du JLD	18	12%
Locaux au sein des établissements hospitaliers	10	7%

- Difficultés liées à la charge ou au rythme de travail

Délais de procédure très brefs nécessitant une disponibilité immédiate du greffier et du magistrat qui doivent délaissier leurs autres attributions pour se consacrer à ces procédures urgentes	67	44%
Requêtes déposées tardivement et en tout cas le dernier jour légalement prévu (voire à des horaires de fermeture du greffe)	29	19%
Production d'heures supplémentaires	27	18%

- Le dépôt de requêtes ou de dossiers incomplets

44 juridictions soulignent les très grandes difficultés à obtenir des dossiers complets de la part des établissements hospitaliers ou de la Préfecture.

- Les autres types de difficultés rencontrées

25 juridictions indiquent rencontrer d'autres difficultés dont :

- une insuffisance des effectifs de magistrats et de greffiers ;
- une absence de coopération de la part du corps médical (opposition de principe à la procédure, opposition à l'audition du patient, à l'utilisation de la visioconférence) ;
- une insuffisance de matériel ou une inadaptation des locaux notamment pour la visioconférence.



Emile Signol, *Folie de la fiancée de Lammermoor* (1850)

■ ET SI NOUS RELISONS *JUSTICE* ?

De 1968 à 2007, Le SM a publié 191 numéros imprimés de sa revue *Justice* (dont *J'Essaïme* aimerait être le modeste successeur numérique...).



En 1987, *Justice* publiait un dossier *Justice et psychiatrie* sous le titre *Le fou entre deux chaînes*, inspiré notamment des travaux du groupe *Jonas*, composé de magistrats du Syndicat de la magistrature, d'avocats du Syndicat des avocats de France et de psychiatres du Syndicat de la psychiatrie.

Nous proposons à nos lecteurs de relire l'intégralité de ce numéro dont les articles ont été écrits par des praticiens juristes ou médecins : [ICI](#)

Il apparaîtra à beaucoup que bien des problématiques soulevées restent d'actualité, nonobstant les réformes législatives...

À titre d'exemple, nous reproduisons ci-après l'article introductif de ce numéro.

RG

LE TRIBUNAL DU FOU

Le fou et le droit

Comment le fou est-il vu par le droit ? Quelle protection peut-il attendre de la règle de droit ? L'histoire apporte des enseignements particulièrement éclairants.

Le régime de protection des biens du fou a connu une évolution significative. L'ancienne « interdiction » résultait d'un procès, public et contradictoire, où le malade mental, défendeur à l'instance, bénéficiait d'une défense. Le tribunal se prononçait par jugement après avoir consulté — obligatoirement — le conseil de famille, et — seulement s'il l'estimait nécessaire — le médecin.

La tutelle d'aujourd'hui résulte d'une procédure de type administratif, secrète, dans laquelle le juge peut se saisir d'office. L'avis du conseil de famille est devenu facultatif, celui du médecin obligatoire.

Bien que le droit révolutionnaire lui ait solennellement confié la surveillance et la protection des malades internés, le juge est peu intervenu. La loi de 1838 en a pris acte et a consacré la toute puissance du pouvoir médical. La pratique judiciaire montre que la surveillance des établissements psychiatriques est illusoire. Dans les demandes de sorties, le juge entérine le plus souvent l'avis de l'expert.

Et pourtant, le fou en aurait bien besoin, du droit et du juge, placé qu'il est dans une zone d'infra droit. Que l'on y songe : si le médecin le décide, et si le juge laisse faire, un malade mental peut se trouver placé en tutelle sans avoir à aucun moment été entendu, que ce soit pour être avisé de la mesure envisagée, ou pour être informé de la mesure prise à son égard.

L'autorisation du juge des tutelles est nécessaire pour la vente d'une chaise, mais un certificat médical et la signature d'un voisin suffisent pour envoyer le fou à l'hôpital psychiatrique en placement « volontaire », bien mal nommé puisque le malade s'y trouvera retenu contre sa volonté, jusqu'à ce qu'un médecin l'en laisse sortir.

Le juge et le psy

Les relations entre juge et psychiatre relèvent de l'utilisation réciproque de l'un par l'autre, dans un mouvement d'aller-retour dans lequel le fou tiendrait le rôle du culbuto.

Prouvez-moi que vous vous faites soigner, dira le juge des enfants aux parents d'un enfant en danger, qu'il a placé, et j'envisagerai de vous rendre l'enfant. Faites vous soigner et je ne vous poursuivrai pas, dira au toxicomane le procureur qui veut appliquer l'injonction thérapeutique. Débarrassez-moi de ce multirécidiviste du petit vol, laissera entendre à son expert psychiatre le juge d'instruction, qui accueillera avec reconnaissance une conclusion d'état de démence qui lui évitera interrogatoires interminables et fastidieuses recherches.

Le psychiatre ne sera pas en reste, qui pour le succès de sa thérapeutique demandera l'intervention du juge pour que soit rappelée au malade l'existence de la loi. La pratique du psychiatre alimentera l'activité du juge : le praticien hospitalier, soucieux de provoquer le déclic salutaire chez le malade ou — plus simplement — voulant préparer la sortie, alimentera le juge en signalements, et provoquera l'ouverture de procédures de protection.

Si l'attitude du psychiatre est différente, et si le juge des tutelles est inactif, ou débordé, les tutelles ou curatelles se limiteront aux cas signalés par le notaire inquiet de la rapacité de futurs héritiers, ou par le voisinage soucieux d'obtenir pour un vieillard la mise en place d'une tutelle qui garantirait la rémunération de la maison de retraite, et l'évacuation de l'indésirable.

Le droit commun pour le fou ?

Le fou criminel reconnu dément se voit implicitement reconnu coupable des « faits », alors qu'aucun débat judiciaire n'a eu lieu sur sa culpabilité. « Était-il en état de démence au moment des faits ? », demande-t-on à l'expert psychiatre. La mission devient singulière lorsque le sujet nie toute participation...

La non-responsabilité exclut radicalement l'auteur du crime du champ de la communauté humaine.

Faut-il alors envisager la suppression de l'article 64 du code pénal ? Admettre la discussion judiciaire de la culpabilité, éviter la dérogation à la loi commune, permettrait au fou de ne pas être englouti par la non-reconnaissance de son acte. □



Statue de Pinel devant la Salpêtrière

J'essaime... pour une **A**utre justice

Responsable de la publication

Françoise Martres

Coordinateur de la rédaction

Raphaël Grandfils

Maquette

Laurent Cottin

Diffusion :

8 000 exemplaires

Crédit photos et illustrations :

CNCDH, J.L.V.,

Raphaël Grandfils.

Avertissement : les textes publiés dans *J'Essaime* comportent des titres, des intertitres, des notes de bas de page ou des encadrés qui peuvent être l'œuvre de la seule rédaction ; de même, le choix des illustrations est fait par la seule rédaction.

Courriel de la rédaction de J'Essaime
courrierlecteursjessaime@gmail.com

Coordonnées

12-14, rue Charles Fourier - 75013 Paris
Tél. : 01 48 05 47 88 - Fax : 01 47 00 16 05

Courriel

contact(a)syndicat-magistrature.org

Site web

www.syndicat-magistrature.org

Syndicat 
de la Magistrature