

Paris, le 22 février 2013

OBSERVATIONS DEVANT LA MISSION D'INFORMATION SUR LA SANTE MENTALE ET L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE

POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DES SOINS CONTRAINTS : EN FINIR AVEC L'EMPREINTE SECURITAIRE ET PRIVILEGIER LA PROTECTION DES MALADES

Si, depuis le début du 19^{ème} siècle, les « insensés », devenus des « aliénés », sont considérés comme des malades devant bénéficier de soins, la logique de l'enfermement asilaire à des fins prétendument thérapeutiques, mais surtout d'exclusion, a longtemps prévalu.

Aujourd'hui, les portes de l'asile se sont ouvertes, mais la figure du « fou », longtemps cachée derrière ces murs, reste objet de peurs et de fantasmes alimentés ces dernières années par l'exploitation outrageuse de quelques faits-divers dramatiques au service d'une politique sécuritaire, fondée sur le mirage du « risque zéro ».

La loi du 5 juillet 2011 s'inscrit dans ce contexte où la folie est représentée comme un état nécessairement dangereux qui conduit à faire du soin psychiatrique un outil au service de l'ordre public et de la sécurité et rend de fait le soignant acteur et comptable de cette mission.

Le Syndicat de la magistrature n'a eu de cesse de dénoncer l'orientation sécuritaire de ce texte, portant un sérieux coup aux perspectives de réadaptation et de réinsertion de ceux qui sont avant tout des malades, plus souvent victimes qu'auteurs d'actes de délinquance. Il a, lors d'un colloque organisé le 23 novembre 2012, dressé un bilan très critique de ce texte.

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 et de 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 ».

Elle doit par ailleurs 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.

Abandonner le prisme sécuritaire de la politique de santé mentale

Nicolas Sarkozy avait promis des moyens pour renforcer la sécurisation des hôpitaux psychiatriques, et est passé aux actes : ouverture de nouvelles unités pour malades difficiles, création d'unités hospitalières spécialement aménagées pour les détenus nécessitant des soins, aménagement de nouvelles chambres d'isolement au sein d'établissements ...

Par contre, il faut encore attendre parfois plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique et des personnes en demande de soins ne trouvent pas de réponse dans des délais raisonnables ; il est donc à redouter que, dans certains cas, un programme de soins contraints à domicile soit établi uniquement pour obtenir la prise en compte d'une situation urgente qui aurait pu être traitée avec l'accord des intéressés.

Témoins de cette empreinte sécuritaire, l'inacceptable régime dérogatoire qui, sur la base d'une supposée plus grande « dangerosité » de certaines catégories de malades, rend particulièrement difficile leur sortie mais également l'instauration de soins ambulatoires contraints jusqu'au domicile de l'intéressé.

Supprimer les programmes de soins et restaurer un mécanisme de « sortie d'essai » limité dans le temps

Ces quelques mois d'application de la loi révèlent par ailleurs que la suppression du mécanisme de la sortie d'essai par la loi du 5 juillet 2011 porte atteinte au processus de resocialisation des malades.

La sortie d'essai permettait au malade d'aller faire quelques courses, de se rendre chez le coiffeur, de retirer de l'argent, d'accomplir une démarche administrative, de se rendre chez lui quelques heures, un week-end ... sans être nécessairement accompagné d'un soignant ou d'un membre de sa famille, ce qui favorisait une évolution progressive et souple vers un retour à domicile.

Tout est devenu plus difficile aujourd'hui puisque, en dehors d'un programme de soins, dont la mise en oeuvre est bien plus complexe et qui n'autorise pas la même souplesse, ne sont possibles que des sorties thérapeutiques et accompagnées qui, en outre, si la mesure de soins a été ordonnée par le préfet, sont subordonnées à l'accord de ce dernier.

Dès lors, la sortie programmée risque d'être annulée faute de personnel soignant disponible pour accompagner le patient ; par ailleurs, la nécessité de solliciter l'accord du préfet au moins 48 heures à l'avance pose problème, sans compter que celui-ci peut s'y opposer sans aucune possibilité de recours.

Cette situation qui impose l'élaboration d'un programme de soins, pour toutes les sorties non accompagnées, même de courte durée, a pour conséquence néfaste d'éluder le contrôle systématique du juge des libertés en l'état de la réglementation en vigueur ; il suffit pour cela que le programme de soins prévoie une sortie non accompagnée, ne serait-ce qu'une heure par jour, puisque le contrôle judiciaire ne s'applique qu'aux mesures d'hospitalisation complète s'exerçant 24 heures sur 24.

Le programme de soins a donc vocation, dans la loi du 5 juillet 2011, à remplacer la sortie d'essai et est ainsi susceptible de fréquentes modifications pour s'adapter à l'évolution de l'état de santé du patient. Cela va permettre au préfet, ce qui n'était pas le cas auparavant, de s'immiscer dans le processus mis en place par les soignants en s'opposant à la modification du programme de

soins sans qu'aucun recours n'ait été prévu par la loi (alors que le juge des libertés et de la détention peut être saisi en cas de refus du préfet de faire droit à la demande de levée de la mesure d'hospitalisation complète -article L 3213-5 du code de la santé publique).

Nos inquiétudes quant aux dérives possibles du programme de soins persistent puisque les différents bilans établis par le ministère de la justice et des libertés ne fournissent aucun élément statistique les concernant : comparaison par rapport au nombre de sorties d'essai, influence sur le nombre d'hospitalisations complètes, sur leur durée...

Il est donc indispensable de rétablir un mécanisme de sorties de courte durée (48 heures ?), non accompagnées, en dehors même de tout programme de soins (lequel s'avère d'ailleurs une fiction lorsqu'il est mis en oeuvre pour « couvrir » une sortie de week-end alors que l'hôpital de jour n'est pas ouvert).

Ces réflexions doivent conduire à envisager la suppression des programmes de soins qui, quoi qu'en dise le Conseil constitutionnel en proposant une distinction « subtile » entre obligation de soins et contrainte aux soins, imposent le soin jusqu'au domicile sans aucun contrôle du juge. Si la mise en oeuvre de soins contraints peut être rendue nécessaire dans des situations de crise aiguë où le malade est totalement inaccessible au dialogue, elle ne peut se concevoir que de manière limitée dans le temps et dans le cadre de l'hôpital. Le soignant se doit de rechercher « l'alliance thérapeutique » plutôt que se satisfaire du confort du chantage ou du marchandage dans le cadre de ces programmes de soins.

Il faut par ailleurs lancer une véritable réflexion sur les soins à l'extérieur de l'hôpital avec redéploiement des moyens engloutis par la création de structures fermées et sécurisées vers les services de suivi ambulatoire poursuivant des objectifs de réinsertion et de réadaptation sociale des personnes concernées.

La question de la prise en charge globale des situations doit enfin être abordée sérieusement : 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.

Mettre fin au régime dérogatoire

Le régime procédural dérogatoire, instauré pour les personnes ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale ainsi que pour celles séjournant ou ayant

séjourné en unités pour malades difficiles, en rendant toujours plus difficiles les procédures de mainlevée des mesures, et même de simple allègement des modalités de prise en charge, est en voie de créer une véritable perpétuité psychiatrique.

La personne dont la levée de l'hospitalisation complète est envisagée devra rencontrer pas moins de quatre psychiatres (deux d'entre eux participant au collège et deux experts) ; les préfets ne s'empressent pas de décider lorsqu'ils sont saisis d'une demande de mainlevée par le psychiatre traitant de l'intéressé ; le juge rencontre d'importantes difficultés pour trouver des experts acceptant cette mission très mal rémunérée et devant être exécutée très rapidement.

Cette procédure lourde et complexe, volontairement dissuasive, s'applique par ailleurs indifféremment à toutes les personnes ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale, pour quelque motif que ce soit, dans les dix années qui précèdent ou qui ont dû être hospitalisées pendant ce délai en unité pour malades difficiles pour bénéficier d'une prise en charge plus soutenue. Elle dénie au médecin assurant la prise en charge du patient tout esprit de responsabilité et, à l'aulne d'un fait divers dramatique, stigmatise toute une catégorie de malades dont les troubles sont parfois stabilisés depuis plusieurs années.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 20 avril 2012, remet en cause partiellement ces dispositions aux motifs que :

- l'hospitalisation en unité pour malades difficiles est imposée sans garanties légales suffisantes
- les soins ordonnés par le préfet en application des dispositions de l'article L 3213-7 du code de la santé publique le sont sans prise en compte de la nature de l'infraction reprochée et sans information préalable de la personne intéressée

Mais le législateur ne devra pas se contenter de répondre à cette exigence du Conseil constitutionnel.

Ces dispositions dérogatoires, en ce qu'elles tiennent le passé judiciaire des personnes faisant l'objet de soins comme élément déterminant des modalités de prise en charge, doivent être supprimées, l'avis des psychiatres assurant le suivi au quotidien des patients, et donc parfaitement aptes à apprécier l'évolution de leurs troubles, doit être plus largement pris en compte et la dynamique de soins doit prendre le pas sur la logique de l'enfermement.

Faire disparaître les casiers judiciaires des dossiers de procédure

Le régime dérogatoire sert enfin d'alibi à une consigne inacceptable donnée au greffe par la circulaire du 21 juillet 2011 leur prescrivant, au motif déclaré de vérifier si les personnes relèvent du régime procédural dérogatoire, de solliciter systématiquement le bulletin numéro un du casier judiciaire des personnes concernées, qui devient ainsi une pièce de procédure portée à la connaissance de toutes les parties. Pourtant seules les décisions d'irresponsabilité pénale prises depuis 2008 et accompagnées d'une mesure de sûreté ou d'hospitalisation figurent au casier judiciaire, contrairement aux autres décisions d'irresponsabilité pénale ayant pu conduire le préfet à ordonner une admission en soins psychiatriques (sur le fondement des dispositions de l'article L 3213-7 du code de la santé publique) et aux mesures d'hospitalisation en unité pour malades difficiles.

Ces instructions sont le stigmate d'une perception de la maladie mentale et des soins sous l'angle exclusif de la dangerosité.

Exclure les comportements sociaux atypiques des situations justifiant des soins contraints

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 a souhaité maintenir un double régime d'admission et a conservé le critère bien flou du « trouble grave à l'ordre public » rarement caractérisé dans les arrêtés préfectoraux qui s'en prévalent ; ce critère est encore aujourd'hui largement utilisé pour faire hospitaliser tous ceux qui, alors pourtant qu'ils ne mettent en péril ni eux-mêmes ni autrui, ont un mode de vie marginal ou un comportement qui dérange les autorités locales (plaintes itératives, courriers insultants, comportements asociaux,...).

Le Syndicat de la magistrature propose en conséquence à la mission de recommander :

- la suppression du régime dérogatoire
- l'exclusion du dossier des casiers judiciaires des personnes hospitalisées sous contrainte et l'abrogation des instructions données au greffe en ce sens
- l'adoption de nouvelles garanties légales pour l'hospitalisation en « unité pour malades difficiles » (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

.....
Renforcer les droits des patients et assurer un contrôle effectif des mesures de soins contraints

Par une judiciarisation complète de la procédure

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 par la loi du 5 juillet 2011, bien au contraire.

La mise en oeuvre de la loi révèle que de nombreuses mesures de soins échappent au contrôle du juge.

Tel est le cas des mesures de soins s'exerçant sous une autre forme que l'hospitalisation complète qui permettent l'évitement du juge (malheureusement validé par le Conseil constitutionnel qui n'y voit qu'une obligation sans contrainte ...) ; il suffit pour cela de mettre en place un programme de soins prévoyant une hospitalisation « à temps partiel » de 23 heures sur 24.

Cette stratégie permet d'échapper aux déplacements mobilisant un très grand nombre de personnels soignants lorsque les audiences sont tenues au siège du tribunal.

Elle est aussi parfois mise en oeuvre pour éviter la multiplication des contrôles pour les patients non stabilisés qui alternent les périodes d'hospitalisation et les retours à domicile avec suivi ambulatoire (chaque modification des modalités de prise en charge impliquant, en cas de réadmission en hospitalisation complète, un nouveau contrôle à quinzaine).

Échappent enfin au contrôle du juge les nombreuses mesures d'hospitalisation, notamment pour des motifs parfois discutables liés au critère d'ordre public, dont la durée est inférieure à 15 jours, ce qui peut être long lorsqu'une partie de ce séjour se sera déroulée en chambre d'isolement, voire sous contention.

Ces constatations militent en faveur d'une judiciarisation complète impliquant un contrôle à très bref délai de toutes les mesures de soins psychiatriques, qu'elles s'exercent sous la forme d'une hospitalisation complète ou pas.

Par un accès au juge et un contrôle effectif

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 15 jours, contrôle renouvelé au bout de 6 mois.

Pour permettre au juge de jouer pleinement son rôle constitutionnel de garant des libertés, l'institution judiciaire doit bien évidemment se voir doter de moyens suffisants pour appliquer le texte - ce qui est loin d'être le cas.

Quant au malade, il doit être pleinement informé de ses droits et pouvoir les exercer effectivement selon des modalités respectant sa dignité. Cela suppose, 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.

Les échanges avec les établissements de soins révèlent en effet que, dans l'ensemble, les patients sont satisfaits de rencontrer le juge et perçoivent bien son rôle ; l'audience se révèle un lieu de parole important où, au-delà de la poursuite de la mesure d'hospitalisation, le malade peut exprimer d'autres difficultés quant à l'exercice de ses droits.

Les données statistiques témoignent par ailleurs de l'utilité de ce contrôle avec des taux de mainlevée significatifs (entre 6 et 7 %).

Ce contrôle doit donc être maintenu et renforcé, le temps s'écoulant entre deux contrôles apparaissant excessif : il devrait être ramené à trois mois.

Les juges appelés à intervenir doivent par ailleurs bénéficier d'une formation adaptée à la particularité des situations auxquelles ils se trouvent confrontés.

La pratique révèle cependant que la loi du 5 juillet 2011 ne garantit pas un contrôle effectif des mesures de soins respectueux des droits des personnes. Ainsi, dans certaines juridictions où les audiences se tiennent au siège du tribunal, des certificats médicaux de non audition sont établis dans plus de 80 % des cas et le contrôle s'exerce donc exclusivement sur dossier, l'avocat désigné d'office, souvent à la dernière minute, n'ayant lui-même pas rencontré son

client.

Dans d'autres juridictions, les personnes pour lesquelles un certificat de non audition n'aura pas été établi seront toutes entendues en visioconférence, alors que l'usage de cette technique privant la personne d'un accès direct au juge et rendant plus difficile la communication doit être circonscrit à des situations exceptionnelles ainsi que le soulignent le contrôleur général des lieux de privation de liberté et la cour européenne des droits de l'homme.

Par ailleurs, le droit du malade à être assisté ou représenté par un avocat n'est que partiellement et imparfaitement respecté.

La loi du 5 juillet 2011, si elle a bien prévu la représentation par avocat dans l'hypothèse où un certificat de non audition est établi, n'a pas jugé utile, en dépit de la jurisprudence de la cour européenne des droits de l'homme à ce sujet, d'étendre cette représentation à toutes les situations où la personne ne sera pas entendue par le juge, éventuellement parce qu'elle s'y refuse ; le législateur a ainsi une conception à géométrie variable de la capacité à consentir du malade, incapable de consentir aux soins mais capable de renoncer à être défendu (de même qu'il est censé l'être pour consentir à être entendu par visioconférence).

Les conditions d'attribution de l'aide juridictionnelle (prise en compte des revenus de la personne alors même qu'il s'agit d'un contrôle obligatoire) et de rémunération de l'avocat (quatre unités de valeur soit environ 91 €, sans prise en compte des frais de déplacements éventuels) restent enfin des obstacles importants à une défense efficiente.

Les oubliés de la réforme

Tel est le cas des mesures de soins concernant les mineurs, lorsqu'elles sont ordonnées à la demande des représentants légaux (parents), qui ne sont pas considérées comme des hospitalisations à la demande d'un tiers mais comme des hospitalisations libres, compte tenu de l'incapacité du mineur ; elles ne sont donc pas soumises au contrôle du juge des libertés et de la détention et le mineur, qui ne dispose pas lui-même d'un recours, n'est pas entendu. Cette situation est paradoxale alors que, dès son plus jeune âge, il pourra être entendu à sa demande dans la procédure de divorce de ses parents. Il paraît donc nécessaire qu'une réflexion s'engage sur l'organisation d'un contrôle judiciaire (par le juge des enfants ?) dans un certain délai en cas d'hospitalisation contrainte d'un mineur à la demande de ses représentants légaux.

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.

Le Syndicat de la magistrature demande ainsi 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 3 mois ;
- par l'abandon du recours à la visio-conférence 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 » CGLPL 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 « Commission Départementale des Soins Psychiatriques » CDSP dont la composition doit être revue pour y donner plus de place à des personnes extérieures au monde médical (avocat, représentants d'usagers).