

12-14 rue Charles Fourier
75 013 PARIS
Tel 01 48 05 47 88
Fax 01 47 00 16 05
Mail : syndicat.magistrature@wanadoo.fr
Site : www.syndicat-magistrature.org

Paris, le 1^{er} février 2012

Observations sur l'application de 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

La loi du 5 juillet 2011 est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011, dans la précipitation et sans qu'aucun moyen supplémentaire n'ait été déployé sur le terrain. Pourtant l'étude d'impact réalisée par le ministère de la justice et des libertés, sur la base d'une évaluation minimaliste de la charge de travail générée, concluait à la nécessité de créer 80 postes de magistrats et 77 de fonctionnaires (pour mémoire, alors que les juges des libertés et de la détention devaient faire face antérieurement à 2 à 3000 saisines par an, les statistiques communiquées par la Chancellerie font état de plus de 15 000 saisines en trois mois) Il est indispensable que ces besoins en personnel soient effectivement remplis au plus tôt.

Nous avons dénoncé, à l'occasion de notre audition sur le projet de loi, son orientation sécuritaire qui, encore une fois à la suite d'un drame médiatisé et instrumentalisé, portait 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.

Nous nous étions par ailleurs félicités de l'instauration, sous l'impulsion de la décision du conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, d'un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sous contrainte tout en en

relevant les limites et en s'inquiétant de son effectivité.

Après six mois d'application de cette loi, il apparaît que ces craintes étaient tout à fait fondées et qu'il est nécessaire de revenir rapidement sur ce 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.

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.

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 le bilan établi par le ministère de la justice et des libertés après trois mois d'application de la loi ne fournit 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).

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.

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.

Elle 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.

Ces dispositions, 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.

* * *

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,...).

Il conviendra de supprimer ce critère d'admission pour s'en tenir au risque d'atteinte à l'intégrité d'autrui.

* * *

Un contrôle toujours insuffisant

Les échanges avec les établissements de soins révèlent 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 sur trois mois témoignent par ailleurs de l'utilité de ce contrôle avec des taux de mainlevée significatifs (entre 6 et 7 %).

Mais, au-delà de ces aspects positifs, 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 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.

L'absence de contrôle des mesures de soins s'exerçant sous une autre forme que l'hospitalisation complète conduit aussi à l'évitement du juge ; il suffit pour cela, comme indiqué plus haut, 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 ; l'expérience nous amène d'ailleurs à recommander à nos collègues, lorsque cela est possible, des déplacements dans les lieux de soins, les conditions d'audition étant plus sécurisantes pour les malades que les déplacements et les temps d'attente souvent importants dans les tribunaux.

Cette stratégie 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 concernent des majeurs ou des mineurs et qu'elles s'exercent sous la forme d'une hospitalisation complète ou pas.

Il serait par ailleurs indispensable que la loi encadre plus précisément le régime des soins contraints à domicile et définisse par exemple les modalités de l'intervention forcée si elle est nécessaire.

* * *

La pratique révèle par ailleurs 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.