

La réforme des soins sans consentement en psychiatrie, deux ans après

Delphine Moreau
Sociologue, École
des hautes études
en sciences
sociales, Centre de
recherche «IMM-
LIER – Laboratoire
interdisciplinaire
d'études sur les
réflexivités»

La psychiatrie est la seule spécialité médicale pour laquelle il existe une contrainte légale aux soins. 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 la dernière réforme importante¹ des modalités de cette contrainte après la loi du 27 juin 1990. Si elle réaffirme à la suite de cette dernière que le soin libre, analogue au soin dans tout autre contexte médical, doit rester privilégié et la contrainte l'exception, ses mesures portent essentiellement sur les modalités des soins sans consentement sans être véritablement intégrés dans une politique d'ensemble concernant la psychiatrie et la prise en charge des troubles psychiques graves. Les éléments de réforme, notables, introduits par la loi de 2011 procèdent d'origines hétérogènes, ce qui soulève d'autant plus la question de la manière dont ils seront investis en pratique par les principaux acteurs de sa mise en œuvre.

Présentation de la loi : des origines hétérogènes

L'intitulé de la loi du 5 juillet 2011 l'indique, ce ne sont plus des mesures d'hospitalisation qui sont prises, mais de *soins* sans consentement, ce qui peut se traduire par une hospitalisation ou par un programme de soin, défini après une période d'observation en hospitalisation de 72 heures. Ce programme de soin peut inclure, entre autres, des consultations régulières, la prise de traitements médicamenteux, des soins à domicile et des séjours brefs en hospitalisation. La loi conserve deux modalités principales de soins sans consentement, qui nécessitent toutes deux un système complexe de certificats médicaux au début de la mesure, puis à échéance régulière tout au long de son déroulement : les soins sur décision du représentant de l'État, qui se substituent aux hospitalisations d'office, en cas de « besoins de soins » et de menace pour la « sûreté des personnes » ou de trouble « grave » à l'« ordre public » ; et les soins à la demande d'un tiers ou soins sur décision du directeur de l'établissement qui se substituent aux hospitalisations à la demande d'un tiers, lorsque les troubles psychiques de la personne rendent impossible son consentement et que son état nécessite une surveillance immédiate et constante en milieu hospitalier ou régulière en ambulatoire. À cela s'ajoute une modalité de soins sur décision particulière du directeur de l'établissement, dite en « péril imminent », qui vient se joindre aux procédures en urgence qui existaient

1. Certaines de ses dispositions ont été modifiées par la loi du 27 septembre 2013 (voir ci-dessous), sans que ses principales innovations soient affectées.

précédemment : le directeur de l'établissement admet en urgence la personne en soins sans consentement au vu d'un seul certificat médical et en l'absence de demande de soins signée par un tiers, c'est-à-dire par une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne souffrant de troubles.

La loi du 5 juillet 2011 procède d'origines hétérogènes, qui y intègrent des mesures relevant d'orientations distinctes². L'introduction d'un soin sans consentement en ambulatoire ainsi que la mesure de soins « en péril imminent » en l'absence de tiers demandeur sont ainsi issues des nombreuses propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990. Ces deux mesures étaient notamment demandées par une association de proches, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), mais également préconisées par différents rapports publics, qui attestent de la difficulté récurrente à trouver des tiers signataires d'une demande d'hospitalisation sans consentement et du détournement de certaines sorties d'essai qui, prolongées sur plusieurs mois voire années, fonctionnaient déjà comme des formes de contrainte au soin extra-hospitalières.

La deuxième origine de cette loi est la volonté de réforme des hospitalisations d'office impulsée depuis 2007 par le pouvoir politique alors en place. Celle-ci a été qualifiée par beaucoup de « sécuritaire » car centrée sur le contrôle des dangers que sont supposées représenter les personnes souffrant de troubles psychiques graves. La loi de 2011 tend de fait à renforcer le pouvoir des préfets et à rendre plus difficile la levée des soins sur décision du représentant de l'État. Elle créait une sorte de « casier psychiatrique » pour les personnes hospitalisées d'office ayant déjà été en unités pour malades difficiles (cette dernière mesure a été supprimée par la loi du 27 septembre 2013 après une nouvelle décision du Conseil constitutionnel) ou après avoir été déclarées pénalement irresponsables (aujourd'hui seulement si la peine encourue pour les faits était de 5 ou 10 ans d'emprisonnement).

Enfin, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de toute hospitalisation complète de plus de 15 jours a été imposé par une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, considérant qu'il s'agit d'une privation de liberté dont les juges sont constitutionnellement les garants. Ce délai a été réduit à 12 jours (à partir du 1^{er} septembre 2014) par la loi du 27 septembre 2013.

2. Elle fut même malicieusement décrite comme le « télescopage d'une carpe et d'un lapin » [3].

La mise en œuvre de la loi

La mise en œuvre pratique de la loi a soulevé de nombreuses interrogations et critiques, ce d'autant plus qu'elle a été relativement rapide, avec un texte voté début juillet pour une entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Il est vrai que certains éléments pouvaient être anticipés, l'avis du Conseil constitutionnel avait été rendu en décembre 2010 et le projet de loi initial déposé le 5 mai 2010. C'est sur cette mise en œuvre de la loi que se sont concentrées nombre de critiques, relevant la surcharge de travail des tribunaux avant même que leur échoie cette nouvelle mission et le manque chronique de personnels soignants en psychiatrie, qui rendrait difficile le transport des personnes hospitalisées vers les tribunaux. Elles ont souligné le surcroît de complexité et la démultiplication du nombre de certificats nécessaires à chaque étape des mesures de soins sans consentement³, sans que cela semble toujours apporter des garanties supplémentaires pour les droits des patients et leur soin psychiatrique, ce qui était déjà contesté à propos de la loi de 1990 [2]. Ont également été mis en avant la perturbation pour les personnes sous contrainte que représenterait la comparution devant le juge des libertés et de la détention, le déplacement au tribunal ou l'usage de la vidéoconférence (prévu par la loi). Certains services ont systématiquement fait des certificats attestant de l'impossibilité pour le patient d'assister à l'audience, en forme de protestation plus globale contre la loi de 2011.

Localement, différents *statu quo* avaient été trouvés quant à l'organisation des audiences. La loi du 27 septembre 2013 a établi le principe de la tenue de l'audience dans l'établissement de santé, avec l'assistance obligatoire d'un avocat, et supprimé la vidéoconférence.

Une redistribution des pouvoirs et des responsabilités

Cette loi reste le vecteur autant que la manifestation de déplacements majeurs. La loi de 2011 instaure en effet une nouvelle judiciarisation des soins sans consentement dans le cadre d'une redistribution plus générale de la répartition des pouvoirs entre autorité médicale, autorité administrative et autorité judiciaire. La première loi sur les hospitalisations sous contrainte du 30 juillet 1838 consacrait une modalité administrative d'hospitalisations sous contrainte dont les médecins étaient la clef et qui n'a pas été remise en cause par la loi de 1990. La revendication que les hospitalisations sous contrainte, en tant que privation de liberté, soient du ressort du juge et d'un débat contradictoire⁴ a fait l'objet de controverses récurrentes [70]. La décision du Conseil constitutionnel impose le contrôle systématique des hospitalisations complètes mais non pas leur décision initiale par le juge, ce qui en fait une judiciarisation partielle.

3. Procédure légèrement simplifiée par la loi du 27 septembre 2013.

4. Par la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy) et la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, entre autres, ces dernières années.

de soins sous contrainte en ambulatoire et de séjours hospitaliers plus courts demeurent hors de ce contrôle systématique et ne sont susceptibles que de recours facultatifs. Certains psychiatres mettent en cause la légitimité des magistrats à intervenir dans des questions qu'ils considèrent comme relevant strictement d'un savoir médical. La question se pose de savoir dans quelle mesure ces derniers se contenteront d'un contrôle formel du respect de la loi (nombre de certificats, qualité de l'auteur, mentions nécessaires etc.) ou s'ils s'autoriseront à examiner les justifications de la restriction des libertés apportées par les certificats⁵; des pratiques distinctes peuvent déjà être constatées.

Cette intervention du juge a pour conséquence de faire peser sur les psychiatres une contrainte nouvelle d'explicitation et de justification publique de leurs décisions, quand leur autorité suffisait antérieurement (ce dont témoignaient leurs certificats, souvent formulés en des termes cliniques spécialisés peu explicites sur le contexte ayant conduit à la mesure de soins sans consentement). Certains psychiatres y voient une remise en cause de leur pouvoir de décision [5]. Celui-ci était déjà réduit, avant même la loi de 2011, par des injonctions faites aux préfets de contrôler davantage les levées d'hospitalisations d'office. De manière plus générale, les psychiatres ont vu leur pouvoir rogné sur le plan administratif au bénéfice des directeurs d'établissement par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 et fragilisé par la crainte de voir leur responsabilité exposée lors d'actes commis par leurs patients. La décision du tribunal de Marseille condamnant un psychiatre après le meurtre commis par un de ses patients après sa sortie d'hospitalisation a constitué pour ses pairs un signal inquiétant, qui pourrait les inciter à leur tour à prolonger les hospitalisations pour conjurer tout risque.

Conclusion : le soin sans consentement, l'exception psychiatrique

Si, dans les premiers temps d'application de la loi, la relative proximité avec la loi précédente pouvait conduire à n'observer qu'un faible changement des pratiques [51], il reste à observer dans les années à venir la manière dont seront mises en œuvre des mesures telles que le soin en péril imminent (sans tiers) et surtout les programmes de soin. Il faudra notamment examiner si cette nouvelle possibilité qu'est le soin sous contrainte en ambulatoire permet de limiter la contrainte à ce qui est nécessaire au soin, sans imposer l'enfermement à

5. Voir l'ordonnance de la Cour d'appel de Paris n° 13/00096 du 4 avril 2013 qui donne main levée d'une hospitalisation à temps complet dans le cadre d'une SDRE en établissant que, bien que le besoin de soins soit attesté, les troubles de la personne « ne compromettent plus la sûreté des personnes ni ne portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », selon les termes de la loi. Il faut noter que ce n'est pas la mesure qui est levée et que la décision de la magistrature ouvre un délai de 24 heures permettant d'établir un programme de soin.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



ceux qui ne nécessitent pas de surveillance hospitalière constante, ou si elle conduit à étendre à un plus grand nombre de personnes et dans le temps une forme de contrainte plus discrète. Le fait que la loi du 27 septembre 2013 précise qu'il ne peut être mis en œuvre aucune contrainte (physique ?) lors d'un programme de soin (art. L. 3211-2-1.-III) ne supprime pas toute dimension coercitive de la mesure, notamment la menace d'une ré-hospitalisation possible – le contraire rendrait la notion de « soins sans consentement » d'ailleurs bien opaque. La question de l'effectivité des droits des personnes sous contrainte demeure : la possibilité d'avoir

accès au juge, de voir l'avocat qui les représentera le cas échéant et de disposer d'une information claire et facilement mobilisable, notamment quant à leurs recours possibles. La psychiatrie reste la seule spécialité où le soin peut n'être pas soumis au principe du libre consentement du patient – sans compter que celui-ci n'a souvent, de fait, pas le choix de son praticien ou de son service dans le cadre des soins sans consentement. Il ne faudrait pas que la réflexion sur les modalités légales de l'encadrement de la contrainte éclipse la réflexion sur la place que celle-ci conserve dans le soin psychiatrique. 